BỘ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
	Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 3073 /QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 02 tháng 10 năm 2026*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
"Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 313/2026/NĐ-CP ngày 08/8/2026 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 25/2026/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 01/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 32/2023/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 42/2025/TT-BYT quy định về tiêu chuẩn sức khỏe của người điều khiển phương tiện giao thông đường sắt;

Căn cứ Biên bản họp ngày 18/4/2024; 11/7/2025; 05/3/2026 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình - Thẩm mỹ" và Công văn số 4220/VĐ-KHTH ngày 01/7/2026 của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức gửi dự thảo quy trình kỹ thuật Chương Tạo hình - Thẩm mỹ;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1", gồm 350 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình - Thẩm mỹ" được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế một phần "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ" đã được ban hành tại Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07 tháng 06 năm 2018 *(danh sách kèm theo).*

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng, Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- BHXHVN - Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục KCB;
- Tổng hội Y học Việt Nam và các hội y khoa;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC

Vũ Mạnh Hà

Quy trình kỹ thuật đã ban hành được thay thế theo
Quyết định số:3073**/QĐ-BYT ngày** *02* **/** *10* **/2026**

STT	Quyết định ban hành	STT trong quyết định	Tên Quy trình
1.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	1	Kỹ thuật Cắt lọc - khâu vết thương da đầu mang tóc
2.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	2	Phẫu thuật che phủ vết thương khuyết da đầu mang tóc bằng vạt tại chỗ
3.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	3	Phẫu thuật che phủ vết thương khuyết da đầu mang tóc bằng vạt lân cận
4.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	4	Phẫu thuật che phủ vết thương khuyết da đầu mang tóc bằng vạt tự do
5.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	5	Phẫu thuật điều trị lột da đầu bán phần
6.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	6	Phẫu thuật điều trị da đầu đứt rời không sử dụng kỹ thuật vi phẫu
7.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	7	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 2cm trở lên
8.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	8	Phẫu thuật cắt bỏ ung thư da vùng da đầu dưới 2cm
9.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	9	Phẫu thuật cắt bỏ ung thư da vùng da đầu từ 2cm trở lên
10.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	10	Kỹ thuật Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da mỏng
11.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	11	Kỹ thuật Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da dày
12.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	25	Phẫu thuật tái tạo trán lõm bằng xi măng xương
13.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	27	Phẫu thuật ghép bộ phận mũi đứt rời không sử dụng vi phẫu
14.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	29	Phẫu thuật tạo hình môi toàn bộ bằng vạt tự do
15.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	30	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần bằng vạt tại chỗ

16.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	31	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần bằng vạt lân cận
17.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	32	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần bằng vạt từ xa
18.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	33	Phẫu thuật tạo hình môi kết hợp các bộ phận xung quanh bằng kỹ thuật vi phẫu
19.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	34	Phẫu thuật chỉnh sửa lệch miệng do liệt thần kinh VII
20.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	36	Phẫu thuật khâu vết thương thấu má và ống tuyến nước bọt
21.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	37	Phẫu thuật khâu vết thương ống tuyến nước bọt
22.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	38	Phẫu thuật khâu vết thương thần kinh
23.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	39	Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời không bằng vi phẫu
24.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	41	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 7
25.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	42	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 8
26.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	48	Phẫu thuật Ghép da dầy toàn bộ, diện tích dưới 10cm^2
27.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	49	Phẫu thuật Ghép da dầy toàn bộ, diện tích trên 10cm^2
28.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	50	Phẫu thuật Cắt u máu vùng đầu mặt cổ
29.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	61	Phẫu thuật thu nhỏ vú phì đại
30.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	72	Phẫu thuật điều trị vết thương bàn tay bằng các vạt da lân cận
31.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	76	Phẫu thuật điều trị vết thương ngón tay bằng các vạt da tại chỗ
32.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	77	Phẫu thuật điều trị vết thương ngón tay bằng các vạt da lân cận
33.	3449/QĐ-BYT Ngày	78	Phẫu thuật điều trị vết thương ngón tay bằng các vạt da từ xa

	07/06/2018		
34.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	86	Phẫu thuật Khâu nối thần kinh sử dụng vi phẫu thuật
35.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	88	Phẫu thuật tái tạo ngón cái bằng kỹ thuật vi phẫu
36.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	90	Phẫu thuật Chuyển ngón có cuống mạch nuôi
37.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	92	Phẫu thuật Rút nẹp vít và các dụng cụ khác sau phẫu thuật
38.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	95	Phẫu thuật tách dính 2 ngón tay
39.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	96	Phẫu thuật tách dính 3 ngón tay
40.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	97	Phẫu thuật tách dính 4 ngón tay
41.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	100	Phẫu thuật tạo hình ngón tay cái xẻ đôi
42.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	114	Phẫu thuật tạo vạt trì hoãn cho bàn ngón tay
43.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	115	Phẫu thuật tạo vạt tĩnh mạch cho khuyết phần mềm bàn ngón tay
44.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	122	Phẫu thuật tạo hình các khuyết da vùng cổ chân bằng ghép da tự thân
45.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	130	Phẫu thuật tạo hình các khuyết da vùng bàn chân bằng ghép da lân cận
46.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	133	Kỹ thuật Khâu nối thần kinh ngoại biên vùng cổ
47.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	134	Kỹ thuật khâu vết thương thấu má
48.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	137	Phẫu thuật chỉnh sửa góc hàm xương hàm dưới
49.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	139	Phẫu thuật cắt chỉnh cằm
50.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	140	Phẫu thuật chỉnh sửa thân xương hàm dưới

51.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	141	Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy
52.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	143	Phẫu thuật cắt bỏ u da mặt lành tính
53.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	144	Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (dưới 3cm)
54.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	145	Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (trên 3cm)
55.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	147	Phẫu thuật ghép xương tự thân tức thì sau đoạn xương hàm trên
56.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	149	Phẫu thuật Tạo hình hộp sọ trong dị tật hẹp hộp sọ
57.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	152	Phẫu thuật cắt bỏ tổ chức hoại tử trong ổ loét tỳ đè
58.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	153	Phẫu thuật ghép sụn mi mắt
59.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	158	Phẫu thuật Đặt sụn sườn vào dưới màng xương điều trị lõm mắt
60.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	160	Phẫu thuật Nâng sàn hốc mắt
61.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	168	Phẫu thuật Khâu và cắt lọc vết thương vùng mũi
62.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	172	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da kế cận
63.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	173	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da từ xa
64.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	175	Phẫu thuật tạo hình cánh mũi bằng ghép phức hợp vành tai
65.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	178	Phẫu thuật tạo hình mũi sư tử
66.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	180	Phẫu thuật treo cung mày bằng chỉ
67.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	181	Phẫu thuật tạo hình thiểu năng vòm hầu bằng tiêm chất làm đầy
68.	3449/QĐ-BYT Ngày	182	Kỹ thuật Hút mỡ vùng hông

	07/06/2018		
69.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	183	Kỹ thuật Hút mỡ vùng lưng
70.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	190	Phẫu thuật cấy mỡ vùng mông
71.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	191	Phẫu thuật làm to mông bằng túi độn mông
72.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	192	Phẫu thuật nâng vú bằng túi độn ngực
73.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	195	Phẫu thuật căng da bụng không cắt rời và di chuyển rốn
74.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	196	Phẫu thuật căng da bụng có cắt rời và di chuyển rốn
75.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	201	Phẫu thuật độn cằm
76.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	207	Laser điều trị u da
77.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	208	Laser điều trị nám da
78.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	215	Phẫu thuật cắt xương điều trị nhô cằm
79.	3449/QĐ-BYT Ngày 07/06/2018	223	Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời bằng vi phẫu

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ TẠO HÌNH - THẨM MỸ
TẬP 1

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3073 /QĐ-BYT ngày 02 tháng 10 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Hà Nội - 2026

Chỉ đạo biên soạn, thẩm định	
TS. Hà Anh Đức	Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (QLKCB)
Chủ biên	
GS. TS. Trần Thiết Sơn	Trưởng Bộ môn Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ - Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội
TS. Nguyễn Trọng Khoa	Phó Cục trưởng Cục QLKCB
Tham gia biên soạn, thẩm định	
TS. Nguyễn Công Hựu	Giám đốc Bệnh viện E
PGS. TS. Đồng Văn Hệ	Phó Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
PGS. TS. Trần Đình Thơ	Phó Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
PGS. TS. Vũ Ngọc Lâm	Giám đốc Trung tâm Phẫu thuật sọ mặt và tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
TS. Nguyễn Hồng Lợi	Giám đốc Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế
BSCKII. Vũ Hữu Thịnh	Quản lý và điều hành khoa Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
BSCKII. Trần Thị Thanh Huyền	Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Phó Giám đốc Trung tâm Tế bào gốc - Công nghệ gen và Y học tái tạo - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Trần Văn Dương	Trưởng khoa Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy
BSCKII. Bùi Hữu Trực	Trưởng khoa Răng hàm mặt - Bệnh viện E
TS. Đàm Trọng Nghĩa	Trưởng khoa Ngoại Đầu cổ - Bệnh viện U bướu Hà Nội
TS. Nguyễn Nhật Linh	Phó khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương
BS. Lê Khánh Linh	Phó trưởng khoa Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế
TS. Vũ Trung Trực	Phó trưởng khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Đỗ Thị Ngọc Linh	Phó trưởng khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Thư ký	
ThS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB

TS. Đỗ Mạnh Hùng	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
ThS. Lê Thị Thu Hà	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện E
ThS. Đinh Thị Thanh Hà	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng - Bệnh viện E
BS. Nguyễn Xuân Huy	Phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Lê Văn Trụ	Chuyên viên chính phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
CN. Hà Thị Thu Hằng	Chuyên viên phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
DS. Đỗ Thị Ngát	Chuyên viên phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
ThS. Nguyễn Hồng Nhung	Chuyên viên phòng Điều dưỡng, Dinh dưỡng & Kiểm soát nhiễm khuẩn - Cục QLKCB
ĐDCKI. Trương Thị Thu Hương	Chuyên viên chính phòng Điều dưỡng, Dinh dưỡng & Kiểm soát nhiễm khuẩn - Cục QLKCB

LỜI NÓI ĐẦU

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành Tạo hình - Thẩm mỹ đã được Bộ trưởng Bộ Y tế ký, ban hành tại các Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28 tháng 02 năm 2013, Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07 tháng 06 năm 2018. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật này làm căn cứ để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và nhân viên y tế triển khai áp dụng và thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh về Tạo hình - Thẩm mỹ.

Nhằm mục đích cập nhật, bổ sung tiến bộ khoa học kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và tiếp tục chuẩn hóa quy trình thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh về Tạo hình - Thẩm mỹ, Bộ Y tế đã giao một số bệnh viện Hữu nghị Việt Đức làm đầu mối xây dựng Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Tạo hình - Thẩm mỹ. Bệnh viện đã huy động và phân công các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa Tạo hình- Thẩm mỹ (ngoại khoa) để biên soạn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật; tổ chức họp hội đồng khoa học trong Bệnh viện để nghiệm thu; thực hiện biên tập, hoàn thiện theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu do Bộ Y tế thành lập và chịu trách nhiệm về chuyên môn kỹ thuật quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được các thành viên biên soạn rà soát hướng dẫn hiện có, tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài để cập nhật.

Bộ Y tế đã thành lập Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình - Thẩm mỹ với sự tham gia của đại diện một số vụ, cục chức năng của Bộ Y tế, các thành viên chuyên môn là các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa hàng đầu về Tạo hình - Thẩm mỹ. Các thành viên chuyên môn đã làm việc với tinh thần trách nhiệm, đóng góp về thời gian, trí tuệ, kinh nghiệm để góp ý, nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. "**Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1"** được xây dựng cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 đồng thời có tên (trùng hoặc tên khác nhưng bản chất kỹ thuật và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau) trong Phụ lục số 01 (của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh) đã được Hội đồng chuyên môn nghiệm thu và được Bộ Y tế ban hành với **tổng số 350 quy trình kỹ thuật**, thay thế "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành Tạo hình - Thẩm mỹ" đã được ban hành tại các Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28 tháng 02 năm 2013, Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07 tháng 06 năm 2018.

Bộ Y tế xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp tích cực và hiệu quả của các chuyên gia, đặc biệt là tập thể lãnh đạo và nhóm thư ký biên soạn và nghiệm thu của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Trong quá trình biên tập khó tránh được những sai sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ quý độc giả đồng nghiệp để Tài liệu chuyên môn ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến góp ý xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y Tế, 138A Giảng Võ, Thành phố Hà Nội.

Xin trân trọng cảm ơn!

BAN SOẠN THẢO

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Nguyên tắc xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng chương, chuyên ngành bảo đảm đầy đủ các nội dung cơ bản về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị đến các bước thực hiện kỹ thuật theo trình tự thực hiện từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật;

b) Thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) được quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật căn cứ trên yêu cầu chuyên môn, tính phổ biến, thường quy thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong thực tế triển khai, thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) có thể thay đổi dựa trên cá thể người bệnh, tình trạng bệnh, diễn biến lâm sàng… và điều kiện thực tế hạ tầng, thiết bị, nhân lực của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Ngoài địa điểm thực hiện kỹ thuật như phòng phẫu thuật (phòng mổ), phòng thực hiện kỹ thuật (phòng thủ thuật), phòng bệnh... được quy định trong mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, kỹ thuật có thể được thực hiện ở các địa điểm khác theo nguyên tắc:

- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng bệnh thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật; ngược lại kỹ thuật quy định thực hiện tại phòng phẫu thuật không được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;
- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng thủ thuật thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng phẫu thuật; không được phép thực hiện tại phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nguyên tắc áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và phải có văn bản do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt việc triển khai áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.
Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì việc xây dựng, ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phải tuân thủ theo nguyên tắc quy định tại khoản 1 Điều này, căn cứ trên Hướng dẫn quy trình kỹ thuật tương ứng do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và là căn cứ để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai, áp dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc xây dựng, ban hành và áp dụng.

b) Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng cho các kỹ thuật quy định tại Phụ lục số 02 đồng thời có tên (trùng hoặc tên khác nhưng bản chất kỹ thuật và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau) trong Phụ lục số 01 của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.

c) Quy trình kỹ thuật của kỹ thuật có tên trong cột số 3 được áp dụng đối với các kỹ thuật có tên trong cột số 5 của Phụ lục về Danh mục kỹ thuật được ban hành kèm theo Quyết

định này.

d) Người thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh là người hành nghề có phạm vi hành nghề phù hợp với kỹ thuật thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh mà không bị giới hạn bởi các chức danh nghề nghiệp được liệt kê trong từng quy trình kỹ thuật. Đồng thời các chức danh nghề nghiệp được quy định trong từng quy trình kỹ thuật cũng chỉ được thực hiện khi có phạm vi hành nghề theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

đ) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cho phép và sử dụng thuốc, thiết bị y tế được cấp phép theo quy định hiện hành.

e) Trong quá trình triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nếu có các bất cập hoặc nhu cầu cần sửa đổi, bổ sung, cập nhật…, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động cập nhật và ban hành. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời báo cáo, đề xuất Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh) để xem xét ban hành áp dụng trong cả nước.

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU……...ix
NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH……xi
PHỤ LỤC .....……xxvi
1. CẮT LỌC – KHÂU VẾT THƯƠNG DA ĐẦU MANG TÓC 1
2. CẮT LỌC – KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG TRÁN 4
3. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỘT DA ĐẦU BÁN PHẦN KÍCH THƯỚC < 5 CM².....7
4. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG DA VÙNG MI MẮT 10
5. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG PHỨC HỢP VÙNG MI MẮT 13
6. KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI 16
7. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN VÀNH TAI 19
8. PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG TRỰC TIẾP SẸO VÙNG CỔ MẶT (DƯỚI 3 CM ……...22
9. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT TẠI CHỖ……...25
10. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỘT DA ĐẦU BÁN PHẦN KÍCH THƯỚC > 20 CM.. 28
11. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA TRÁN BẰNG VẠT TẠI CHỖ.....31
12. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA MI.....34
13. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHỮ Z ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI.....37
14. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIÊM MẠC MÔI 40
15. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐÓNG GÓC MÉP 43
16. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO DÍNH MÉP.....46
17. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI GÓC MÉP 49
18. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA LỆCH MIỆNG DO TỔN THƯƠNG THẦN KINH VII.....52
19. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÂN TRUNG 55
20. PHẪU THUẬT TÁI TẠO QUẦNG NÚM VÚ BẰNG VẠT TẠI CHỖ 58
21. PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG SẸO BỎNG CO KÉO VÚ 61
22. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG VẠT TẠI CHỖ 64
23. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CƠ TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ LOÉT TÌ ĐÈ 67
24. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG...71
25. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA VÙNG NÁCH...74
26. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT NHỎ HƠN 2 CM BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ 77

27. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT LỚN HƠN 2 CM BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ 80
28. PHẪU THUẬT KHÂU VÙI TINH HOÀN LỘT DA 83
29. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA NIÊM MẠC VÙNG ÂM HỘ BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ 86
30. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA BÀN TAY 89
31. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY 92
32. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA CỔ BÀN CHÂN 95
33. PHẪU THUẬT ĐÓNG GÓC MÉP 98
34. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT LÂN CẬN 101
35. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA LÂN CẬN CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN 104
36. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT DA MI 107
37. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÁP MŨI BẰNG VẠT DA KẾ CẬN 110
38. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU NĂNG VÒM HẦU BẰNG VẠT THÀNH HỌNG SAU 113
39. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG VẠT DA LÂN CẬN 116
40. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG BỤNG BẰNG VẠT DA LÂN CẬN 119
41. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT DA BÀN TAY.. 122
42. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY 125
43. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT DA CỔ BÀN CHÂN 128
44. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT TỰ DO 131
45. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TỰ DO CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN 134
46. PHẪU THUẬT TẠO VẠT PHỨC HỢP TỰ DO CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN 137
47. PHẪU THUẬT TÁI TẠO CUNG MÀY BẰNG VẠT TỰ DO 140
48. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TOÀN BỘ MŨI BẰNG VẠT TỰ DO 143
49. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MỘT PHẦN MŨI BẰNG VẠT TỰ DO 146
50. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÁP MŨI BẰNG VẠT TỰ DO 149
51. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁNH MŨI BẰNG VẠT TỰ DO 152

52. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐẦU MŨI BẰNG VẠT TỰ DO.....155
53. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TRỤ MŨI BẰNG VẠT TỰ DO.....158
54. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TỰ DO CHO KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG MŨI.....161
55. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TỰ DO CHO KHUYẾT TOÀN BỘ MÔI 164
56. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TỰ DO.....167
57. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TỰ DO CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT CỔ.....170
58. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG VẠT DA CƠ TỰ DO.....173
59. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LOÉT XẠ TRỊ VÙNG NGỰC BẰNG VẠT DA TỰ DO 176
60. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LOÉT XẠ TRỊ VÙNG NGỰC BẰNG VẠT DA CƠ TỰ DO 180
61. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO BỎNG VÚ BẰNG VẠT DA TỰ DO.....183
62. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG VẠT TỰ DO.. 186
63. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT TOÀN BỘ THÀNH NGỰC BẰNG VẠT DA CƠ TỰ DO.....189
64. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT TOÀN BỘ THÀNH NGỰC BẰNG VẠT DA TỰ DO KẾT HỢP GHÉP XƯƠNG SỤN TỰ THÂN……..193
65. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM THÀNH BỤNG BẰNG VẠT DA TỰ DO……..196
66. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHUYỂN VẠT DA CƠ TỰ DO ĐIỀU TRỊ LOÉT……...200
67. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG …….203
68. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN CƠ TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG.....199
69. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG NÁCH.....203
70. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN CƠ TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG NÁCH.....206
71. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT BẰNG VẠT TỰ DO 209
72. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÔNG ÂM ĐẠO BẰNG VẠT DA TỰ DO.....212
73. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP ÂM ĐẠO BẰNG VẠT DA TỰ DO.....215
74. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHUYỂN VẠT DA TỰ DO TRONG RÒ ÂM ĐẠO TRỰC TRÀNG.....218

75. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHUYỂN VẠT DA TỰ DO TRONG RÒ ÂM ĐẠO BÀNG QUANG 221
76. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ BẰNG VẠT DA CÂN TỰ DO.....224
77. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ BẰNG VẠT DA CÂN TỰ DO.....227
78. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG CHI THỂ BẰNG VẠT DA CÂN TỰ DO 230
79. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TĨNH MẠCH CHO KHUYẾT PHẦN MỀM BÀN NGÓN TAY 233
80. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT TỰ DO CHO LOÉT CHI DƯỚI.....236
81. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỘT DA ĐẦU BÁN PHẦN KÍCH THƯỚC 6 - 20 CM2 239
82. PHẪU THUẬT GHÉP MẢNH NHỎ VÀNH TAI ĐỨT RỜI.....242
83. PHẪU THUẬT BẢO TỒN SỤN VÀNH TAI ĐỨT RỜI 245
84. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG THẤU MÁ.....248
85. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG THẤU ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT 251
86. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT 254
87. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT DO HOẢ KHÍ 257
88. PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG TRỰC TIẾP SẸO VÙNG CỔ, MẶT (TRÊN 3 CM) 260
89. PHẪU THUẬT CẮT BỎ TỔ CHỨC HOẠI TỬ TRONG Ổ LOÉT TÌ ĐÈ.....263
90. PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG VẾT THƯƠNG DƯƠNG VẬT.....266
91. RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT.....269
92. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DA ĐẦU ĐỨT RỜI < 50 C**M²** BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU…… 272
93. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DA ĐẦU ĐỨT RỜI > 50 CM² BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 275
94. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DA ĐẦU ĐỨT RỜI TOÀN BỘ BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 278
95. PHẪU THUẬT GHÉP DA ĐẦU ĐỨT RỜI 281
96. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY TRÊN 10 CM².....284
97. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH TRÊN 10 CM².....287
98. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU DƯỚI 2 CM ..290
99. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI DƯỚI 2-5 CM SẸO LỒI. 293
100. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U SỤN VÀNH TAI DƯỚI 2CM. 296
101. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI DƯỚI 2CM.....299
102. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT DƯỚI 2 CM. 302

103. CẮT U MÁU NHỎ HƠN 2 CM VÙNG ĐẦU MẶT CỔ.....305
104. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ DƯỚI 2 CM.....308
105. CẮT U DA LÀNH TÍNH VÙNG HÀM MẶT.....311
106. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2 CM ĐẾN 5 CM.....314
107. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI DƯỚI 2-5 CM SẸO LỒI.....317
108. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U SỤN VÀNH TAI TỪ 2-5 CM.....320
109. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI TRÊN 2 CM.....323
110. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT TRÊN 2CM.....326
111. CẮT U MÁU LỚN HƠN 2 CM VÙNG ĐẦU MẶT CỔ.....329
112. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ TỪ 2-5 CM.....332
113. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 5 CM TRỞ LÊN.....335
114. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ TRÊN 5 CM.....338
115. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA ÁC TÍNH VÙNG DA ĐẦU DƯỚI 2 CM.....341
116. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA ÁC TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2 ĐẾN 5 CM.....344
117. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI.....348
118. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA ÁC TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 5 CM TRỞ LÊN.....353
119. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI VÙNG XUNG QUANH.....356
120. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA MỎNG DƯỚI 10 CM².....359
121. PHẪU THUẬT GHÉP DA KHUYẾT DA VÙNG LƯNG NHỎ HƠN 10 CM².....362
122. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ NHỎ HƠN 10 CM².....365
123. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA PHẦN MỀM CHI THỂ NHỎ HƠN 10 CM2.....369
124. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY TRÊN 10 CM².....373
125. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN.....376
126. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM THÀNH BỤNG BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN.....379
127. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ LOÉT TÌ ĐÈ.....382
128. PHẪU THUẬT GHÉP DA KHUYẾT DA VÙNG LƯNG LỚN HƠN 10 CM²…….....386
129. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ LỚN HƠN 10 CM².....390

130. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ LỚN HƠN 10 CM² 394
131. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT DA CỔ BÀN CHÂN. 398
132. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY TRÊN 10 CM² 402
133. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ DIỆN TÍCH DƯỚI 10 CM² 406
135. PHẪU THUẬT GHÉP SỤN SƯỜN ĐIỀU TRỊ LÕM Ổ MẮT 409
136. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUNG SỤN NHÂN TẠO CHO KHUYẾT VÀNH TAI 412
137. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÁP MŨI BẰNG VẠT DA TỪ XA 415
138. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁNH MŨI BẰNG GHÉP PHỨC HỢP VÀNH TAI 419
139. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI MỘT PHẦN BẰNG VẠT TỪ XA 423
140. TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM HÀM MẶT CÓ KHUYẾT HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TỪ XA 426
141. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT BẰNG VẠT DA TRỤ MỠ 428
142. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG TỪ XA CHO KHUYẾT DA BÀN TAY 431
143. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG TỪ XA CHO KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY 433
144. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH RÚT NGẮN NGÓN TAY 436
145. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TÁCH DÍNH 2 NGÓN TAY 438
146. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TÁCH DÍNH 3 NGÓN TAY 441
147. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TÁCH DÍNH 4 NGÓN TAY 444
148. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NGÓN TAY CÁI BỊ TÁCH ĐÔI 446
149. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG MẠCH CHO KHUYẾT CỔ BÀN TAY 449
150. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TRÌ HOÃN CHO BÀN NGÓN TAY 451
151. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG MẠCH CHO KHUYẾT CỔ BÀN CHÂN 453
152. PHẪU THUẬT MỞ RỘNG GÓC MÉP 456
153. PHẪU THUẬT LÀM ĐẦY MÔI LỚN 458
154. PHẪU THUẬT LÀM ĐẦY MU 460
155. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ 1 KHỚP 462
156. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ 2 KHỚP 465
157. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ ĐA KHỚP 468
158. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 8 470
159. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 9 472
160. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 10 475

161. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 11 478
162. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 12 481
163. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 13 484
164. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 14 487
165. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ MẶT TỪ KHE HỞ SỐ 0 ĐẾN KHE HỞ SỐ 7 490
166. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO SÀN HỐC MẮT 493
167. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG GÓC MẮT TRONG 496
168. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG GÓC MẮT NGOÀI 499
169. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG BỜ MI 502
170. KHÂU VÀ CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI 505
171. KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG MÔI 508
172. KHÂU, CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÀNH TAI 511
173. PHẪU THUẬT GHÉP DA MỎNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA MI NHỎ HƠN 1 CM^2 514
174. PHẪU THUẬT GHÉP DA MỎNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA MI LỚN HƠN CM^2 516
175. PHẪU THUẬT GHÉP DA DÀY TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA MI LỚN HƠN CM^2 519
176. PHẪU THUẬT GHÉP DA MI ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI 521
177. PHẪU THUẬT GHÉP BỘ PHẬN MŨI ĐỨT RỜI KHÔNG SỬ DỤNG VI PHẪU 524
178 PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG GHÉP TỰ THÂN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI NHỎ HƠN CM^2 527
179. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG GHÉP TỰ THÂN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI LỚN HƠN 2 CM^2 530
180. PHẪU THUẬT GHÉP LÔNG MÀY 533
181. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TỰ DO CHO KHUYẾT TOÀN BỘ MI TRÊN 535
182. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TỰ DO CHO KHUYẾT TOÀN BỘ MI DƯỚI 538
184. PHẪU THUẬT GẤP CÂN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI 541
185. PHẪU THUẬT CẮT CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI 544
186. PHẪU THUẬT KÉO DÀI CƠ TRÁN ĐIỀU TRỊ SỤP MI 547
187. PHẪU THUẬT TREO MI BẰNG CHỈ ĐIỀU TRỊ SỤP MI 550
188. PHẪU THUẬT KÉO DÀI CƠ NÂNG MI TRÊN 553
189. PHẪU THUẬT KHÂU CỐ ĐỊNH BỜ MI 556
190. PHẪU THUẬT TREO MI BẰNG CÂN TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ SỤP MI 559

191. PHẪU THUẬT GHÉP GÂN TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ HỞ MI 561
192. PHẪU THUẬT GHÉP GÂN ĐỒNG LOẠI ĐIỀU TRỊ HỞ MI.....564
193. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MỞ GÓC MẮT NGOÀI.....671
194. PHẪU THUẬT LÀM HẸP GÓC MẮT NGOÀI 674
195. PHẪU THUẬT MỞ RỘNG KHE MI.....568
196. PHẪU THUẬT LÀM HẸP KHE MI 574
197. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NẾP DA GÓC MẮT TRONG.....577
198. PHẪU THUẬT THỪA DA MI TRÊN 580
199. PHẪU THUẬT TREO CUNG MÀY 583
200. PHẪU THUẬT THỪA MỠ Ổ MẮT 586
201. PHẪU THUẬT TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN] 589
202. PHẪU THUẬT KHÂU TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN].....592
203. PHẪU THUẬT THỪA DA MI DƯỚI 595
204. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI.....599
205. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI 603
206. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/3 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ.....606
207. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/2 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ.....609
208. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/4 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ.....612
209. PHẪU THUẬT TẠO VẠT LÂN CẬN ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI 615
210. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI NHỎ HƠN 1 CM^2 618
211. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MŨI LỚN HƠN 1 CM^2.....621
212. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI.....623
213. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U MI MẮT NHỎ HƠN 1 CM.....626
214. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U MI MẮT LỚN HƠN 1 CM 629
215. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U BỜ MI.....632
216. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U GÓC MẮT TRONG 635
217. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U GÓC MẮT NGOÀI.....638
218. PHẪU THUẬT GHÉP SỤN MI MẮT 641
219. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KÉO GẦN HAI HỐC MẮT.....644
220. PHẪU THUẬT TÁI TẠO GÓC MẮT TRONG.....647

221. PHẪU THUẬT TÁI TẠO GÓC MẮT NGOÀI 650
222. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO CHO Ổ MẮT 653
223. PHẪU THUẬT NÂNG SÀN HỐC MẮT 656
224. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MI 659
225. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MẶT 662
226. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ DÁI TAI 665
227. PHẪU THUẬT GHÉP BỘ PHẬN MŨI ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU 667
228. PHẪU THUẬT GHÉP TOÀN BỘ MŨI ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU 780
229. PHẪU THUẬT GHÉP TOÀN BỘ MŨI VÀ BỘ PHẬN XUNG QUANH ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU 784
230. GHÉP MỘT PHẦN MÔI ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 788
231. GHÉP TOÀN BỘ MÔI ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 791
232. GHÉP TOÀN BỘ MÔI ĐỨT RỜI VÀ PHẦN XUNG QUANH BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 794
233. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI KẾT HỢP CÁC BỘ PHẬN XUNG QUANH BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 797
234. PHẪU THUẬT GHÉP VÀNH TAI ĐỨT RỜI BẰNG VI PHẪU 801
235. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THU GỌN MŨI SƯ TỬ 804
236. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁNH MŨI BIẾN DẠNG 807
237. PHẪU THUẬT CHỈNH SỤN CÁNH MŨI 810
238. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ MŨI 813
239. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP LỖ MŨI 816
240. PHẪU THUẬT LẤY SỤN VÁCH NGĂN MŨI LÀM VẬT LIỆU GHÉP TỰ THÂN 819
241. PHẪU THUẬT THU GỌN CÁNH MŨI 822
242. PHẪU THUẬT HẠ SỐNG MŨI GỒ 825
243. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI LỆCH 828
244. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI 830
245. KHÂU NỐI THẦN KINH VI PHẪU 832
246. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI BẨM SINH MỘT BÊN 835
247. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI BẨM SINH HAI BÊN 838
248. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG MẮC PHẢI 841
249. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 1 BÊN KHÔNG TOÀN BỘ 844
250. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 2 BÊN KHÔNG TOÀN BỘ 846

251. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 1 BÊN TOÀN BỘ....848
252. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 2 BÊN TOÀN BỘ....851
253. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BIẾN DẠNG MÔI TRONG SẸO KHE HỞ MÔI MỘT BÊN....854
254. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BIẾN DẠNG MÔI TRONG SẸO KHE HỞ MÔI HAI BÊN....857
255. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU NĂNG VÒM HẦU BẰNG TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY....860
256. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU SẢN BẨM SINH NỬA MẶT BẰNG CHẤT LÀM ĐẦY....862
257. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU SẢN BẨM SINH TOÀN BỘ MẶT BẰNG CHẤT LÀM ĐẦY....864
258. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THU NHỎ VÀNH TAI....866
259. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI CỤP....868
260. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI VÙI....870
261. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI VỂNH....872
262. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ TAI NGOÀI....874
263. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO LỒI QUÁ PHÁT VÀNH TAI TRÊN 5 CM 876
264. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U SỤN VÀNH TAI TRÊN 5 CM....878
265. PHẪU THUẬT CẮT U SẮC TỐ VÙNG HÀM MẶT....880
266. PHẪU THUẬT CẮT U THẦN KINH VÙNG HÀM MẶT....882
267. CẮT U XƠ THẦN KINH VÙNG HÀM MẶT DƯỚI 5 CM....884
268. CẮT U XƠ THẦN KINH VÙNG HÀM MẶT TRÊN 5 CM....886
269. PHẪU THUẬT KHÂU ĐƠN GIẢN VẾT THƯƠNG VÙNG MẶT CỔ....888
270. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM HÀM MẶT KHÔNG THIẾU HỔNG TỔ CHỨC....891
271. CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ HOẶC CẮT LỌC VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN....894
272. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TẠI CHỖ....897
273. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT LÂN CẬN....900
274. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT CỔ....903
275. KHÂU NỐI THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÙNG MẶT CỔ....906
276. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG THẦN KINH....909

278. PHẪU THUẬT GHÉP LẠI MẢNH DA MẶT ĐỨT RỜI KHÔNG SỬ DỤNG VI PHẪU 912
279. PHẪU THUẬT GHÉP LẠI MẢNH DA MẶT ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU 915
280. PHẪU THUẬT GHÉP LẠI MÔ MẶT ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU ...918
281. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI MỘT BÊN.921
282. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI 2 BÊN.....924
283. PHẪU THUẬT CHỈNH GÒ MÁ - CUNG TIẾP 1 BÊN.....927
284. PHẪU THUẬT CHỈNH GÒ MÁ - CUNG TIẾP 2 BÊN.....930
285. PHẪU THUẬT CẮT CHỈNH CẰM.....933
286. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA THÂN XƯƠNG HÀM DƯỚI 936
287. PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM DƯỚI ĐIỀU TRỊ NHÔ CẰM 939
288. PHẪU THUẬT GHÉP VẠT XƯƠNG TỰ DO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM TRÊN.....942
289. PHẪU THUẬT GHÉP VẠT XƯƠNG TỰ DO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM DƯỚI.....946
290. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT DA CÂN VI PHẪU CHO KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG HÀM MẶT 949
291. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT XƯƠNG VI PHẪU CHO KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG HÀM MẶT 952
292. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG CHI THỂ BẰNG VẠT DA – CÂN – XƯƠNG TỰ DO.....955
293. PHẪU THUẬT TÁI TẠO NGÓN CÁI BẰNG CHUYỂN NGÓN CHÂN 958
294. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NGÓN 1, 2 BÀN TAY BẰNG CHUYỂN NGÓN CHÂN.....961
295. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO 964
296. PHẪU THUẬT ĐỘN MÔNG BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO 967
297. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG GHÉP MỠ TỰ THÂN.....970
298. PHẪU THUẬT TÁI TẠO QUẦNG NÚM VÚ BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN.....973
299. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT NHỎ HƠN 2 CM.....976
300. PHẪU THUẬT TÁI TẠO NÚM VÚ VẠT TẠI CHỖ 979
301. PHẪU THUẬT TÁI TẠO NÚM VÚ VẠT TẠI CHỖ KẾT HỢP GHÉP SỤN TỰ THÂN.....982
302. PHẪU THUẬT CẮT BỎ QUẦNG NÚM VÚ PHỤ 985
303. PHẪU THUẬT THU NHỎ VÚ PHÌ ĐẠI 988
304. PHẪU THUẬT TREO VÚ SA TRỄ.....991

305. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÚ SA TRỄ PHÌ ĐẠI 994
306. PHẪU THUẬT THU NHỎ MÔI BÉ.....997
307. PHẪU THUẬT THU NHỎ MÔI LỚN.....1000
308. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ VÚ.....1003
309. PHẪU THUẬT CẮT BỎ TUYẾN VÚ PHỤ.....1006
310. PHẪU THUẬT CẮT BỎ VÚ THỪA.....1010
311. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U TUYẾN VÚ PHYLLODE.....1014
312. PHẪU THUẬT THẨM MỸ VÚ BẰNG TÚI ĐỘN NGỰC 1017
313. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ BẰNG VẠT TẠI CHỖ 1020
314. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT LỚN HƠN 2 CM 1022
315. PHẪU THUẬT GHÉP DA TẠO HÌNH BAO QUY ĐẦU 1024
316. PHẪU THUẬT GHÉP MẢNH DA DƯƠNG VẬT BỊ LỘT GĂNG BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 1026
317. PHẪU THUẬT GHÉP TINH HOÀN ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU ……...1028
318. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TINH HOÀN BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO.1030
319. PHẪU THUẬT ĐẶT BỘ PHẬN GIẢ (PROSTHESIS) CHỮA LIỆT DƯƠNG.....1032
320. PHẪU THUẬT NỐI BÀN TAY ĐỨT RỜI 1034
321. PHẪU THUẬT NỐI NGÓN TAY CÁI ĐỨT RỜI 1037
322. PHẪU THUẬT NỐI NGÓN TAY DÀI ĐỨT RỜI [1 NGÓN].....1040
323. PHẪU THUẬT GHÉP DA CHO DÍNH KẼ NGÓN 1043
324. TREO CUNG MÀY BẰNG CHỈ.....1046
325. PHẪU THUẬT ĐỘN CÁC VẬT LIỆU SINH HỌC ĐIỀU TRỊ MÁ HÓP 1048
326. PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO KẾT HỢP SỤN TỰ THÂN 1051
327. PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO.....1055
328. PHẪU THUẬT ĐỘN GÒ MÁ.....1058
329. PHẪU THUẬT ĐỘN CẰM BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO 1061
330. PHẪU THUẬT THU GỌN MÔI 1064
331. PHẪU THUẬT LÀM DÀY MÔI 1067
332. PHẪU THUẬT KÉO DÀI MÔI TRÊN TRONG HỞ LỢI.....1070
333. HÚT MỠ VÙNG DƯỚI CẰM.....1073
334. HÚT MỠ VÙNG DƯỚI HÀM 1076
335. HÚT MỠ VÙNG MÁ 1079

336. HÚT MỠ VÙNG CÁNH TAY 1082
337. HÚT MỠ VÙNG CHÂN 1085
338. HÚT MỠ VÙNG ĐÙI 1088
339. HÚT MỠ VÙNG VÚ 1091
340. HÚT MỠ BỤNG MỘT PHẦN 1095
341. HÚT MỠ BỤNG TOÀN PHẦN 1099
342. HÚT MỠ HÔNG 1103
343. HÚT MỠ VÙNG LƯNG 1107
344. PHẪU THUẬT CẤY MỠ VÙNG MÔNG 1111
345. PHẪU THUẬT THẨM MỸ VÚ BẰNG GHÉP MỠ TỰ THÂN 1115
346. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỤNG BÁN PHẦN 1119
347. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỤNG TOÀN PHẦN CÓ CHUYỂN RỐN 1123
348. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỤNG TOÀN PHẦN KHÔNG CHUYỂN RỐN 1127
349. LASER ĐIỀU TRỊ U DA 1130
350. LASER ĐIỀU TRỊ NÁM DA 1133

PHỤ LỤC

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
1	1	Cắt lọc - khâu vết thương da đầu mang tóc	28.1	Cắt lọc - khâu vết thương da đầu mang tóc
2	2	Cắt lọc - khâu vết thương vùng trán	28.2	Cắt lọc - khâu vết thương vùng trán
3	3	Phẫu thuật tái tạo lột da đầu bán phần kích thước < 5cm2	28.6	Phẫu thuật điều trị lột da đầu bán phần
4	4	Phẫu thuật tạo hình vết thương da vùng mi mắt	28.33	Xử lý vết thương phần mềm nông vùng mi mắt
5	5	Phẫu thuật tạo hình vết thương phức hợp vùng mi mắt	28.59	Phẫu thuật tạo hình khuyết toàn bộ mi mắt trên
6	6	Khâu phục hồi bờ mi	3.1664	Khâu phục hồi bờ mi
			14.172	Khâu phục hồi bờ mi
			28.35	Khâu phục hồi bờ mi
7	7	Phẫu thuật khâu vết rách đơn giản vành tai	28.136	Phẫu thuật khâu vết rách đơn giản vành tai
8	8	Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (dưới 3cm)	28.198	Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (dưới 3 cm)
9	9	Phẫu thuật che phủ khuyết da đầu mang tóc bằng vạt tại chỗ	28.3	Phẫu thuật che phủ vết thương khuyết da đầu mang tóc bằng vạt tại chỗ
10	10	Phẫu thuật tái tạo lột da đầu bán phần kích thước > 20 cm2	28.6	Phẫu thuật điều trị lột da đầu bán phần
11	11	Tạo hình khuyết da trán bằng vạt da tại chỗ	3.2953	Phẫu thuật tái tạo tổn khuyết da bằng vạt tại chỗ
12	12	Phẫu thuật tạo vạt da tại chỗ cho khuyết da mi	28.38	Phẫu thuật tạo vạt da tại chỗ cho vết thương khuyết da mi
13	13	Phẫu thuật tạo hình chữ Z điều trị lộn mi dưới	3.1618	Ghép da mi hay vạt da điều trị lật mi dưới do sẹo

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
14	14	Phẫu thuật tạo hình niêm mạc môi	3.2925	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần
15	15	Phẫu thuật tạo hình đóng góc mép	3.2925	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần
16	16	Phẫu thuật tạo hình mở góc mép	3.2925	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần
17	17	Phẫu thuật tạo hình môi - góc mép	3.2924	Phẫu thuật tạo hình môi toàn bộ
18	18	Phẫu thuật chỉnh sửa lệch miệng do tổn thương thần kinh VII	28.122	Phẫu thuật chỉnh sửa lệch miệng do liệt thần kinh VII
19	19	Phẫu thuật tạo hình nhân trung	28.134	Phẫu thuật tạo hình nhân trung
20	20	Phẫu thuật tái tạo quầng núm vú bằng vạt da tại chỗ	28.250 28.252	Phẫu thuật tái tạo quầng núm vú Phẫu thuật tái núm vú bằng vạt tại chỗ
21	21	Phẫu thuật giải phóng sẹo bỏng co kéo vú	28.257	Phẫu thuật giải phóng sẹo bỏng co kéo vú
22	22	Phẫu thuật tạo hình khuyết da vùng ngực bằng vạt da tại chỗ	3.2953	Phẫu thuật tái tạo tổn khuyết da bằng vạt tại chỗ
23	23	Phẫu thuật tạo hình chuyển vạt da cơ tại chỗ điều trị loét tì đè	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
24	24	Phẫu thuật tạo vạt da tại chỗ cho khuyết da vùng lưng	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
25	25	Phẫu thuật tạo vạt da tại chỗ cho khuyết da vùng nách	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
26	26	Phẫu thuật tạo hình khuyết da dương vật nhỏ hơn 2 cm bằng vạt da tại chỗ	28.286	Phẫu thuật tạo hình vết thương khuyết da dương vật bằng vạt da tại chỗ
27	27	Phẫu thuật tạo hình khuyết da dương vật lớn	28.286	Phẫu thuật tạo hình vết thương khuyết da dương vật bằng vạt da tại chỗ

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
		hơn 2 cm bằng vạt da tại chỗ		
28	28	Phẫu thuật khâu vùi tinh hoàn lột da	BS_10.1259	Phẫu thuật che phủ tinh hoàn trong bệnh lý Fournier
29	29	Phẫu thuật tạo hình khuyết da niêm mạc vùng âm hộ bằng vạt da tại chỗ	28.295	Phẫu thuật vết thương khuyết da niêm mạc vùng âm hộ âm đạo bằng vạt da tại chỗ
30	32	Phẫu thuật chuyển vạt da tại chỗ cho khuyết da bàn tay	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
31	33	Phẫu thuật tạo hình vạt da tại chỗ cho khuyết phần mềm ngón tay	28.329	Phẫu thuật điều trị vết thương ngón tay bằng các vạt da tại chỗ
32	34	Phẫu thuật tạo hình vạt da tại chỗ cho khuyết da cổ bàn chân	28.393	Phẫu thuật tạo hình các khuyết da vùng bàn chân bằng vạt da tại chỗ
33	35	Phẫu thuật đóng góc mép	3.2925	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần
34	36	Phẫu thuật che phủ khuyết da đầu mang tóc bằng vạt lân cận	28.4	Phẫu thuật che phủ vết thương khuyết da đầu mang tóc bằng vạt lân cận
35	37	Phẫu thuật tạo vạt da lân cận che phủ các khuyết da trán	3.2953	Phẫu thuật tái tạo tổn khuyết da bằng vạt tại chỗ
36	38	Phẫu thuật tạo vạt da lân cận cho khuyết da mi	28.39	Phẫu thuật tạo vạt da lân cận cho vết thương khuyết da mi
37	39	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da kế cận	28.91	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da kế cận
38	41	Phẫu thuật tạo hình thiểu năng vòm hầu bằng vạt thành họng sau	28.130	Phẫu thuật tạo hình thiểu năng vòm hầu bằng vạt thành họng sau
39	42	Phẫu thuật tạo hình khuyết da vùng ngực bằng vạt da lân cận	28.271	Phẫu thuật Tạo hình khuyết phần mềm thành ngực bụng bằng vạt da lân cận
40	43	Phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm thành bụng bằng vạt da lân cận	28.271	Phẫu thuật Tạo hình khuyết phần mềm thành ngực bụng bằng vạt da lân cận

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
41	44	Phẫu thuật chuyển vạt da lân cận cho khuyết da bàn tay	28.325	Phẫu thuật điều trị vết thương bàn tay bằng các vạt da lân cận
42	45	Phẫu thuật tạo hình vạt da lân cận cho khuyết phần mềm ngón tay	28.330	Phẫu thuật điều trị vết thương ngón tay bằng các vạt da lân cận
43	46	Phẫu thuật tạo hình vạt da lân cận cho khuyết da cổ bàn chân	28.397	Phẫu thuật tạo hình các khuyết da vùng bàn chân bằng ghép da lân cận
44	47	Phẫu thuật che phủ khuyết da đầu mang tóc bằng vạt tự do	28.5	Phẫu thuật che phủ vết thương khuyết da đầu mang tóc bằng vạt tự do
45	48	Phẫu thuật tạo vạt tự do che phủ các khuyết da trán	26.33	Chuyển vạt da có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
46	49	Phẫu thuật tạo vạt phức hợp tự do che phủ các khuyết da trán	26.35	Chuyển vạt cơ có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
47	50	Phẫu thuật tái tạo cung mày bằng vạt tự do	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
48	51	Phẫu thuật tạo hình toàn bộ mũi bằng vạt tự do	28.86	Phẫu thuật ghép toàn bộ mũi đứt rời có sử dụng vi phẫu
49	52	Phẫu thuật tạo hình một phần mũi bằng vạt tự do	28.85	Phẫu thuật ghép bộ phận mũi đứt rời có sử dụng vi phẫu
50	53	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt tự do	28.90 28.91 28.92	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt có cuống mạch nuôi Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da kế cận Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da từ xa
51	54	Phẫu thuật tạo hình cánh mũi bằng vạt tự do	15.318 28.93	Phẫu thuật tạo hình cánh mũi bằng vạt da Phẫu thuật tạo hình cánh mũi bằng các vạt da có cuống mạch nuôi

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
52	55	Phẫu thuật tạo hình đầu mũi bằng vạt tự do	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
53	56	Phẫu thuật tạo hình trụ mũi bằng vạt tự do	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
54	57	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tự do cho khuyết phức hợp vùng mũi	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
55	58	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tự do cho khuyết toàn bộ môi	28.117	Phẫu thuật tạo hình môi toàn bộ bằng vạt tự do
56	60	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng vạt tự do	28.164	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức
57	61	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tự do cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ	26.15	Phẫu thuật vi phẫu tạo hình các khuyết hổng lớn vùng hàm mặt sử dụng vạt tự do (cơ, xương, da, vạt phức hợp …)
58	62	Phẫu thuật tái tạo vú bằng vạt da cơ tự do	12.307	Phẫu thuật tái tạo vú bằng các vạt tự than
59	63	Phẫu thuật điều trị loét xạ trị vùng ngực bằng vạt da tự do	26.33	Chuyển vạt da có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
60	64	Phẫu thuật điều trị loét xạ trị vùng ngực bằng vạt da cơ tự do	26.35	Chuyển vạt cơ có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
61	65	Phẫu thuật tạo hình sẹo bỏng vú bằng vạt da tự do	28.258	Phẫu thuật diều trị sẹo bỏng vú bằng vạt da cơ có cuống mạch
62	66	Phẫu thuật tạo hình khuyết da vùng ngực bằng vạt tự do	26.33	Chuyển vạt da có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
63	67	Phẫu thuật tạo hình khuyết toàn bộ thành ngực bằng vạt da cơ tự do	26.35	Chuyển vạt cơ có nối hoặc ghép mạch vi phẫu

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
64	68	Phẫu thuật tạo hình khuyết toàn bộ thành ngực bằng vạt da tự do kết hợp ghép xương sụn tự thân	28.272	Phẫu thuật Tạo hình khuyết phần mềm thành ngực, bụng bằng vạt da tự do
65	69	Phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm thành bụng bằng vạt da tự do	28.272	Phẫu thuật Tạo hình khuyết phần mềm thành ngực, bụng bằng vạt da tự do
66	70	Phẫu thuật tạo hình chuyển vạt da cơ tự do điều trị loét	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
67	71	Phẫu thuật tạo vạt da cân tự do cho khuyết da vùng lưng	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
68	72	Phẫu thuật tạo vạt da cân cơ tự do cho khuyết da vùng lưng	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
69	73	Phẫu thuật tạo vạt da cân tự do cho khuyết da vùng nách	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
70	74	Phẫu thuật tạo vạt da cân cơ tự do cho khuyết da vùng nách	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
71	75	Phẫu thuật tạo hình dương vật bằng vạt tự do	28.293	Phẫu thuật tạo hình dương vật bằng vạt tự do
72	76	Phẫu thuật tạo hình không âm đạo bằng vạt da tự do	28.302	Phẫu thuật tạo hình không âm đạo bằng vạt da tự do
73	77	Phẫu thuật tạo hình hẹp âm đạo bằng vạt da tự do	28.306	Phẫu thuật tạo hình dị tật ngắn âm đạo bằng vạt da tự do
74	78	Phẫu thuật tạo hình chuyển vạt da tự do trong rò âm đạo trực tràng	3.2255	Đóng rò trực tràng - âm đạo hoặc rò tiết niệu- sinh dục
75	79	Phẫu thuật tạo hình chuyển vạt da tự do trong rò âm đạo bàng quang	3.2255	Đóng rò trực tràng - âm đạo hoặc rò tiết niệu- sinh dục

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
76	80	Phẫu thuật tạo hình các khuyết da chi thể bằng vạt da cân tự do	26.33	Chuyển vạt da có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
77	81	Phẫu thuật tạo hình các khuyết phần mềm chi thể bằng vạt da cân tự do	26.35	Chuyển vạt cơ có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
78	82	Phẫu thuật tạo hình khuyết phức hợp vùng chi thể bằng vạt da cơ tự do	26.36	Phẫu thuật tái tạo các tổn khuyết bằng vạt vi phẫu
79	85	Phẫu thuật tạo vạt tĩnh mạch cho khuyết phần mềm bàn ngón tay	28.381	Phẫu thuật tạo vạt tĩnh mạch cho khuyết phần mềm bàn ngón tay
80	86	Phẫu thuật tạo hình vạt tự do cho loét chi dưới	28.285	Phẫu thuật loét tì đè bằng vạt tự do
81	87	Phẫu thuật tái tạo lột da đầu bán phần kích thước 6 -20 cm2	28.6	Phẫu thuật điều trị lột da đầu bán phần
82	89	Phẫu thuật ghép mảnh nhỏ vành tai đứt rời	28.138	Phẫu thuật ghép mảnh nhỏ vành tai đứt rời
83	90	Phẫu thuật bảo tồn sụn vành tai đứt rời	28.140	Phẫu thuật bảo tồn sụn vành tai đứt rời
84	91	Phẫu thuật khâu vết thương thấu má	28.167	Phẫu thuật khâu vết thương thấu má
85	92	Phẫu thuật khâu vết ống tuyến nước bọt thương thấu	28.168	Phẫu thuật khâu vết thương thấu má và ống tuyến nước bọt
86	93	Phẫu thuật khâu vết thương ống tuyến nước bọt	28.169	Phẫu thuật khâu vết thương ống tuyến nước bọt
87	94	Phẫu thuật vết thương vùng hàm mặt do hoả khí	28.174	Phẫu thuật vết thương vùng hàm mặt do hoả khí
88	95	Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (trên 3cm)	28.199	Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (trên 3 cm)
89	96	Phẫu thuật cắt bỏ tổ chức hoại tử trong ổ loét tì đè	28.280	Phẫu thuật cắt bỏ tổ chức hoại tử trong ổ loét tì đè

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
90	97	Phẫu thuật khâu đóng vết thương dương vật	28.288	Phẫu thuật điều trị vết thương dương vật
91	98	Rút nẹp vít và các dụng cụ khác sau phẫu thuật	3.3900	Rút nẹp vít và các dụng cụ khác sau phẫu thuật
92	99	Phẫu thuật điều trị da đầu đứt rời < 50cm2 bằng kỹ thuật vi phẫu	28.7	Phẫu thuật điều trị da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu
93	100	Phẫu thuật điều trị da đầu đứt rời > 50cm2 bằng kỹ thuật vi phẫu	28.7	Phẫu thuật điều trị da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu
94	101	Phẫu thuật điều trị da đầu đứt rời toàn bộ bằng kỹ thuật vi phẫu	28.7	Phẫu thuật điều trị da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu
95	102	Phẫu thuật ghép da đầu đứt rời	BS_10.1446	Ghép da đầu trong chấn thương
96	103	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da dày trên 10 cm2	28.14 28.214	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da dày Ghép da dầy toàn bộ, diện tích trên 10 cm²
97	104	Ghép da dầy toàn bộ, diện tích trên 10cm2	28.214	Ghép da dầy toàn bộ, diện tích trên 10 cm²
98	105	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu dưới 2cm	28.9	Ghép da đầu trong chấn thương
99	106	Phẫu thuật tạo hình vành tai dưới 2-5cm sẹo lồi	28.157	Phẫu thuật tạo hình sẹo lồi quá phát vành tai
100	107	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai dưới 2cm	28.158	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai
101	108	Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai dưới 2cm	28.159	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vành tai
102	109	Phẫu thuật cắt u da mặt dưới 2cm	28.197	Phẫu thuật cắt u da mặt lành tính
103	110	Cắt u máu nhỏ hơn 2 cm vùng đầu mặt cổ	28.217	Cắt u máu vùng đầu mặt cổ
104	111	Cắt u phần mềm vùng cổ dưới 2cm	28.225	Cắt u phần mềm vùng cổ

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
105	112	Cắt u da lành tính vùng hàm mặt	28.230	Cắt u da lành tính vùng hàm mặt
106	113	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 2 cm đến 5 cm	28.10	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 2 cm trở lên
107	114	Phẫu thuật tạo hình vành tai từ 2-5cm sẹo lồi	28.157	Phẫu thuật tạo hình sẹo lồi quá phát vành tai
108	115	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai từ 2-5cm	28.158	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai
109	116	Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai trên 2cm	28.159	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vành tai
110	117	Phẫu thuật cắt u da mặt trên 2cm	28.197	Phẫu thuật cắt u da mặt lành tính
111	118	Cắt u máu lớn hơn 2 cm vùng đầu mặt cổ	28.217	Cắt u máu vùng đầu mặt cổ
112	119	Cắt u phần mềm vùng cổ từ 2-5cm	28.225	Cắt u phần mềm vùng cổ
113	120	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 5 cm trở lên	28.10	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 2 cm trở lên
114	121	Cắt u phần mềm vùng cổ trên 5cm	28.225	Cắt u phần mềm vùng cổ
115	122	Phẫu thuật cắt bỏ u da ác tính vùng da đầu dưới 2cm	28.11	Phẫu thuật cắt bỏ ung thư da vùng da đầu dưới 2 cm
116	123	Phẫu thuật cắt bỏ u da ác tính vùng da đầu từ 2 cm đến 5 cm	28.12	Phẫu thuật cắt bỏ ung thư da vùng da đầu từ 2 cm trở lên
117	124	Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai	28.159	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vành tai
118	125	Phẫu thuật cắt bỏ u da ác tính vùng da đầu từ 5 cm trở lên	28.12	Phẫu thuật cắt bỏ ung thư da vùng da đầu từ 2 cm trở lên
119	126	Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai và vùng xung quanh	28.159	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vành tai

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
120	127	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da mỏng dưới 10 cm2	28.13	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da mỏng
121	128	Phẫu thuật ghép da khuyết da vùng lưng nhỏ hơn 10 cm2	11.31	Ghép da tự thân mảnh lớn dưới 5% diện tích cơ thể ở người lớn
122	129	Phẫu thuật ghép da tự thân các khuyết da chi thể nhỏ hơn 10 cm2	11.31	Ghép da tự thân mảnh lớn dưới 5% diện tích cơ thể ở người lớn
123	130	Phẫu thuật ghép da tự thân các khuyết phần mềm chi thể nhỏ hơn 10 cm2	28.274	Phẫu thuật Tạo hình khuyết phần mềm thành ngực bụng bằng ghép da tự thân
124	131	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da mỏng trên 10 cm2	28.13	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da mỏng
125	132	Phẫu thuật tạo hình khuyết da vùng ngực bằng ghép da tự thân	11.30	Ghép da tự thân mảnh lớn từ 5% - 10% diện tích cơ thể ở người lớn
126	133	Phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm thành bụng bằng ghép da tự thân	28.274	Phẫu thuật Tạo hình khuyết phần mềm thành ngực bụng bằng ghép da tự thân
127	134	Phẫu thuật ghép da tự thân điều trị loét tì đè	28.281	Phẫu thuật loét tì đè cùng cụt bằng ghép da tự thân
128	135	Phẫu thuật ghép da khuyết da vùng lưng lớn hơn 10 cm2	11.29	Ghép da tự thân mảnh lớn trên 10% diện tích cơ thể ở người lớn
129	136	Phẫu thuật ghép da tự thân các khuyết da chi thể lớn hơn 10 cm2	11.29	Ghép da tự thân mảnh lớn trên 10% diện tích cơ thể ở người lớn
130	137	Phẫu thuật ghép da tự thân các khuyết phần mềm chi thể lớn hơn 10 cm2	28.274	Phẫu thuật Tạo hình khuyết phần mềm thành ngực bụng bằng ghép da tự thân
131	138	Phẫu thuật ghép da tự thân cho khuyết da cổ bàn chân	28.389	Phẫu thuật tạo hình các khuyết da vùng bàn chân bằng ghép da tự thân

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
132	139	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da dày dưới 10 cm2	28.14	Tạo hình khuyết da đầu bằng ghép da dày
133	140	Ghép da dầy toàn bộ, diện tích dưới 10 cm2	28.213	Ghép da dầy toàn bộ, diện tích dưới 10 cm^2
134	142	Phẫu thuật tái tạo trán lõm bằng vật liệu nhân tạo	28.31	Phẫu thuật tái tạo trán lõm bằng xi măng xương
135	143	Phẫu thuật ghép sụn sườn điều trị lõm mắt	28.70	Đặt sụn sườn vào dưới màng xương điều trị lõm mắt
136	145	Phẫu thuật tạo hình khung sụn nhân tạo cho khuyết vành tai	28.152	Phẫu thuật tạo hình lỗ tai ngoài
137	148	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da từ xa	28.92	Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da từ xa
138	149	Phẫu thuật tạo hình cánh mũi bằng ghép phức hợp vành tai	28.94	Phẫu thuật tạo hình cánh mũi bằng ghép phức hợp vành tai
139	151	Phẫu thuật tạo hình môi một phần bằng vạt từ xa	28.120	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần bằng vạt từ xa
140	152	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng vạt từ xa	3.2952	Phẫu thuật tái tạo tổn khuyết da bằng vạt có cuống
141	153	Phẫu thuật tạo hình dương vật bằng vạt da trụ mỡ	28.292	Phẫu thuật tạo hình dương vật bằng vạt da có cuống mạch kế cận
142	154	Phẫu thuật tạo hình vạt da có cuống từ xa cho khuyết da bàn tay	3.2952	Phẫu thuật tái tạo tổn khuyết da bằng vạt có cuống
143	155	Phẫu thuật tạo hình vạt da có cuống từ xa cho khuyết phần mềm ngón tay	3.3801	Chuyển vạt da có cuống mạch
144	254	Phẫu thuật tạo hình rút ngắn ngón tay	3.3711	Tháo bỏ các ngón tay, đốt ngón tay
145	255	Phẫu thuật tạo hình tách dính 2 ngón tay	28.355	Phẫu thuật tách dính 2 ngón tay

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
146	256	Phẫu thuật tạo hình tách dính 3 ngón tay	28.356	Phẫu thuật tách dính 3 ngón tay
147	257	Phẫu thuật tạo hình tách dính 4 ngón tay	28.357	Phẫu thuật tách dính 4 ngón tay
148	258	Phẫu thuật tạo hình ngón tay cái tách đôi	28.360	Phẫu thuật tạo hình ngón tay cái xẻ đôi
149	259	Phẫu thuật tạo hình vạt da có cuống mạch cho khuyết cổ bàn tay	3.3801	Chuyển vạt da có cuống mạch
150	261	Phẫu thuật tạo vạt trì hoãn cho bàn ngón tay	28.380	Phẫu thuật tạo vạt trì hoãn cho bàn ngón tay
151	262	Phẫu thuật tạo hình vạt da có cuống mạch cho khuyết da cổ bàn chân	3.3801	Chuyển vạt da có cuống mạch
152	263	Phẫu thuật mở rộng góc mép	3.2925	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần
153	264	Phẫu thuật làm đầy môi lớn	28.235	Ghép mỡ tự thân coleman
154	265	Phẫu thuật làm đầy mu	BS_5.132	Cấy mỡ vùng mu và trẻ hóa vùng sinh dục nữ
155	266	Phẫu thuật tạo hình hẹp hộp sọ 1 khớp	28.504	Tạo hình hộp sọ trong bệnh lý dính hộp sọ, hẹp hộp sọ
156	267	Phẫu thuật tạo hình hẹp hộp sọ 2 khớp	28.504	Tạo hình hộp sọ trong bệnh lý dính hộp sọ, hẹp hộp sọ
157	268	Phẫu thuật tạo hình hẹp hộp sọ đa khớp	28.504	Tạo hình hộp sọ trong bệnh lý dính hộp sọ, hẹp hộp sọ
158	269	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ số 8	28.185	Tạo hình hộp sọ trong bệnh lý dính hộp sọ, hẹp hộp sọ
159	270	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ số 9	28.183	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 6 - 9
160	271	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ số 10	28.182	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 5 - 10
161	272	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ số 11	28.181	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 4 - 11
162	273	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ số 12	28.180	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 3 - 12

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
163	274	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ số 13	28.179	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 2 - 13
164	275	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ số 14	28.178	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 1 - 14
165	276	Phẫu thuật tạo hình khe hở mặt từ số 0 đến khe hở số 7	28.177	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt số 0
166	278	Phẫu thuật nội soi tái tạo sàn hốc mắt	28.40	Phẫu thuật tái tạo cho vết thương góc mắt
167	279	Phẫu thuật tạo hình vết thương góc mắt trong	28.40	Phẫu thuật tái tạo cho vết thương góc mắt
168	280	Phẫu thuật tạo hình vết thương góc mắt ngoài	28.40	Phẫu thuật tái tạo cho vết thương góc mắt
169	281	Phẫu thuật tạo hình vết thương bờ mi	28.35	Khâu phục hồi bờ mi
170	282	Khâu và cắt lọc vết thương vùng mũi	28.83	Khâu và cắt lọc vết thương vùng mũi
171	283	Khâu vết thương vùng môi	28.110	Khâu vết thương vùng môi
172	284	Khâu cắt lọc vết thương vành tai	28.137	Khâu cắt lọc vết thương vành tai
173	285	Phẫu thuật ghép da mỏng tự thân cho khuyết da mi nhỏ hơn 1 cm2	28.37	Phẫu thuật ghép da tự thân cho vết thương khuyết da mi
174	286	Phẫu thuật ghép da mỏng tự thân cho khuyết da mi lớn hơn 1cm2	28.37	Phẫu thuật ghép da tự thân cho vết thương khuyết da mi
175	287	Phẫu thuật ghép da dày tự thân cho khuyết da mi lớn hơn 1cm2	28.37	Phẫu thuật ghép da tự thân cho vết thương khuyết da mi
176	288	Phẫu thuật ghép da điều trị lộn mi dưới	28.49	Ghép da mi hay vạt da điều trị lật mi dưới do sẹo
177	289	Phẫu thuật ghép bộ phận mũi đứt rời không sử dụng vi phẫu	28.84	Phẫu thuật ghép bộ phận mũi đứt rời không sử dụng vi phẫu

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
178	290	Phẫu thuật tạo hình bằng ghép da tự thân cho khuyết phần mềm môi nhỏ hơn 2 cm2	11.31	Ghép da tự thân mảnh lớn dưới 5% diện tích cơ thể ở người lớn
179	291	Phẫu thuật tạo hình bằng ghép da tự thân cho khuyết phần mềm môi lớn hơn 2 cm2	11.3	Thay băng điều trị vết bỏng từ 20% - 39% diện tích cơ thể ở người lớn
180	292	Phẫu thuật ghép lông mày	28.410	Phẫu thuật cấy, ghép lông mày
181	293	Phẫu thuật tạo vạt da tự do cho khuyết toàn bộ mi trên	28.59	Phẫu thuật tạo hình khuyết toàn bộ mi mắt trên
182	294	Phẫu thuật tạo vạt da tự do cho khuyết toàn bộ mi dưới	28.61	Phẫu thuật tạo hình khuyết toàn bộ mi mắt dưới
183	296	Phẫu thuật tạo hình khuyết bộ phận vành tai bằng vạt da tự do	28.144	Phẫu thuật tạo hình khuyết bộ phận vành tai bằng vạt da tự do
184	298	Phẫu thuật gấp cơ nâng mi trên điều trị sụp mi	28.43	Phẫu thuật rút ngắn, gấp cơ nâng mi trên điều trị sụp mi
185	299	Phẫu thuật cắt cơ nâng mi trên điều trị sụp mi	14.118	Phẫu thuật rút ngắn cơ nâng mi trên điều trị sụp mi
186	300	Phẫu thuật kéo dài cơ trán điều trị sụp mi	28.44	Phẫu thuật treo mi lên cơ trán điều trị sụp mi
187	301	Phẫu thuật treo mi bằng chỉ điều trị sụp mi	28.44	Phẫu thuật treo mi lên cơ trán điều trị sụp mi
188	303	Phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi trên	28.46	Kéo dài cân cơ nâng mi
189	304	Phẫu thuật khâu cố định bờ mi	28.35	Khâu phục hồi bờ mi
190	305	Phẫu thuật treo mi bằng cân tự thân điều trị sụp mi	14.120	Phẫu thuật treo mi - cơ trán (bằng silicon, cân cơ đùi…) điều trị sụp mi
191	306	Phẫu thuật ghép gân tự thân điều trị hở mi	14.231	Phẫu thuật chuyển gân điều trị mắt hở mi (2 mắt)

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
192	307	Phẫu thuật ghép gân đồng loại điều trị hở mi	14.231	Phẫu thuật chuyển gân điều trị mắt hở mi (2 mắt)
193	309	Phẫu thuật tạo hình mở góc mắt ngoài	28.52	Phẫu thuật mở rộng khe mi
194	310	Phẫu thuật tạo hình làm hẹp góc mắt ngoài	28.53	Phẫu thuật hẹp khe mi
195	311	Phẫu thuật mở rộng khe mi	3.1621	Phẫu thuật mở rộng khe mi
196	312	Phẫu thuật làm hẹp khe mi	28.53	Phẫu thuật hẹp khe mi
197	313	Phẫu thuật tạo hình nếp da góc mắt trong	3.2920	Phẫu thuật tạo hình mi mắt từng phần
198	314	Phẫu thuật thừa da mi trên	28.418	Phẫu thuật thừa da mi trên
199	315	Phẫu thuật treo cung mày	28.503	Treo cung mày bằng chỉ
200	316	Phẫu thuật thừa mỡ ổ mắt	15.325	Phẫu thuật cắt bỏ các túi mỡ mi mắt
201	317	Phẫu thuật tạo nếp mí mắt [2 bên]	14.233	Phẫu thuật tạo nếp mi
202	318	Phẫu thuật khâu tạo nếp mí mắt [2 bên]	14.233	Phẫu thuật tạo nếp mi
203	319	Phẫu thuật thừa da mi dưới	28.424	Phẫu thuật thừa da mi dưới
204	320	Phẫu thuật tạo vạt tại chỗ điều trị lộn mi dưới	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
205	322	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tại chỗ cho khuyết phần mềm môi	28.118	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần bằng vạt tại chỗ
206	323	Phẫu thuật tạo hình khuyết 1/3 vành tai bằng vạt tại chỗ	28.141	Phẫu thuật tạo hình khuyết 1/3 vành tai bằng vạt tại chỗ
207	324	Phẫu thuật tạo hình khuyết 1/2 vành tai bằng vạt tại chỗ	28.142	Phẫu thuật tạo hình khuyết 1/2 vành tai bằng vạt tại chỗ

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
208	325	Phẫu thuật tạo hình khuyết 1/4 vành tai bằng vạt tại chỗ	28.143	Phẫu thuật tạo hình khuyết ¼ vành tai bằng vạt tại chỗ
209	326	Phẫu thuật tạo vạt lân cận điều trị lộn mi dưới	28.49	Ghép da mi hay vạt da điều trị lật mi dưới do sẹo
210	327	Phẫu thuật tạo hình vạt lân cận cho khuyết phần mềm vùng mũi nhỏ hơn 1 cm2	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
211	328	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt lân cận cho khuyết phần mềm vùng mũi lớn hơn 1 cm2	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
212	329	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt lân cận cho khuyết phần mềm môi	28.119	Phẫu thuật tạo hình môi từng phần bằng vạt lân cận
213	330	Phẫu thuật cắt bỏ u mi mắt nhỏ hơn 1 cm	BS_10.1461	Phẫu thuật u máu mi mắt
214	331	Phẫu thuật cắt bỏ u mi mắt lớn hơn 1 cm	BS_10.1461	Phẫu thuật u máu mi mắt
215	332	Phẫu thuật cắt bỏ u bờ mi	14.84	Cắt u mi cả bề dày không ghép
216	333	Phẫu thuật cắt bỏ u góc mắt trong	28.63	Phẫu thuật cắt bỏ khối u da lành tính mi mắt
217	334	Phẫu thuật cắt bỏ u góc mắt ngoài	28.63	Phẫu thuật cắt bỏ khối u da lành tính mi mắt
218	335	Phẫu thuật ghép sụn mi mắt	28.65	Phẫu thuật ghép sụn mi mắt
219	336	Phẫu thuật tạo hình kéo gần hai hốc mắt	28.52	Phẫu thuật mở rộng khe mi
220	338	Phẫu thuật tái tạo góc mắt trong	28.57	Phẫu thuật tạo hình khuyết một phần mi mắt
221	339	Phẫu thuật tái tạo góc mắt ngoài	28.57	Phẫu thuật tạo hình khuyết một phần mi mắt
222	341	Phẫu thuật ghép vật liệu nhân tạo cho ổ mắt	BS_16.384	Phục hình khuyết hổng quanh ổ mắt bằng vật liệu thích hợp

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
223	344	Phẫu thuật nâng sàn hốc mắt	28.72	Nâng sàn hốc mắt
224	345	Phẫu thuật tạo hình khe hở mi	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
225	346	Phẫu thuật tạo hình khe hở mặt	28.186	Phẫu thuật tạo hình khe hở sọ mặt 2 bên
226	347	Phẫu thuật tạo hình khe hở dái tai	28.155	Phẫu thuật tạo hình dị dạng dái tai bằng vạt tại chỗ
227	353	Phẫu thuật ghép bộ phận mũi đứt rời có sử dụng vi phẫu	28.85	Phẫu thuật ghép bộ phận mũi đứt rời có sử dụng vi phẫu
228	354	Phẫu thuật ghép toàn bộ mũi đứt rời có sử dụng vi phẫu	28.86	Phẫu thuật ghép toàn bộ mũi đứt rời có sử dụng vi phẫu
229	355	Phẫu thuật ghép toàn bộ mũi và bộ phận xung quanh đứt rời có sử dụng vi phẫu	28.87	Phẫu thuật ghép toàn bộ mũi và bộ phận xung quanh đứt rời có sử dụng vi phẫu
230	356	Ghép một phần môi đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu	28.113	Ghép một phần môi đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu
231	357	Ghép toàn bộ môi đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu	28.114	Ghép toàn bộ môi đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu
232	358	Ghép toàn bộ môi đứt rời và phần xung quanh bằng kỹ thuật vi phẫu	28.115	Ghép toàn bộ môi đứt rời và phần xung quanh bằng kỹ thuật vi phẫu
233	359	Phẫu thuật tạo hình môi kết hợp các bộ phận xung quanh bằng kỹ thuật vi phẫu	28.121	Phẫu thuật tạo hình môi kết hợp các bộ phận xung quanh bằng kỹ thuật vi phẫu
234	360	Phẫu thuật ghép vành tai đứt rời bằng vi phẫu	28.139	Phẫu thuật ghép vành tai đứt rời bằng vi phẫu
235	361	Phẫu thuật tạo hình thu gọn mũi sư tử	28.97	Phẫu thuật tạo hình mũi sư tử
236	362	Phẫu thuật tạo hình cánh mũi biến dạng	28.432	Phẫu thuật thu gọn cánh mũi
237	363	Phẫu thuật chỉnh sụn cánh mũi	28.106	Phẫu thuật chỉnh sụn cánh mũi

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
238	364	Phẫu thuật tạo hình lỗ mũi	28.107	Phẫu thuật tạo lỗ mũi
239	365	Phẫu thuật tạo hình hẹp lỗ mũi	28.108	Phẫu thuật giải phóng sẹo chít hẹp lỗ mũi
240	366	Phẫu thuật lấy sụn vách ngăn mũi làm vật liệu ghép tự thân	15.346	Phẫu thuật lấy sụn vách ngăn mũi làm vật liệu ghép tự thân
241	367	Phẫu thuật thu gọn cánh mũi	28.432	Phẫu thuật thu gọn cánh mũi
242	368	Phẫu thuật hạ sống mũi gồ	15.310	Phẫu thuật thẩm mỹ hạ sống mũi gồ
243	369	Phẫu thuật tạo hình mũi lệch	28.434	Phẫu thuật chỉnh hình mũi lệch
244	370	Phẫu thuật tạo hình nâng xương chính mũi	28.103	Phẫu thuật tạo hình nâng xương chính mũi
245	383	Khâu nối thần kinh vi phẫu	28.343	Khâu nối thần kinh sử dụng vi phẫu thuật
246	384	Phẫu thuật tạo hình khe hở môi bẩm sinh một bên	28.123	Phẫu thuật tạo hình khe hở môi bẩm sinh một bên
247	385	Phẫu thuật tạo hình khe hở môi bẩm sinh hai bên	28.124	Phẫu thuật tạo hình khe hở môi bẩm sinh hai bên
248	386	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng mắc phải	28.127	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng mắc phải
249	387	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh 1 bên không toàn bộ	28.128	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh
250	388	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh 2 bên không toàn bộ	28.128	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh
251	389	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh 1 bên toàn bộ	28.128	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh
252	390	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh 2 bên toàn bộ	28.128	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
253	391	Phẫu thuật tạo hình biến dạng môi trong sẹo khe hở môi một bên	28.125	Phẫu thuật tạo hình biến dạng môi trong sẹo khe hở môi một bên
254	392	Phẫu thuật tạo hình biến dạng môi trong sẹo khe hở môi hai bên	28.126	Phẫu thuật tạo hình biến dạng môi trong sẹo khe hở môi hai bên
255	398	Phẫu thuật tạo hình thiểu năng vòm hầu bằng tiêm chất làm đầy	28.131	Phẫu thuật tạo hình thiểu năng vòm hầu bằng tiêm chất làm đầy
256	399	Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy	28.193	Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy
257	400	Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh toàn bộ mặt bằng chất làm đầy	28.195	Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh toàn bộ mặt bằng chất làm đầy
258	410	Phẫu thuật tạo hình thu nhỏ vành tai	28.148	Phẫu thuật tạo hình thu nhỏ vành tai
259	411	Phẫu thuật tạo hình vành tai cụp	28.149	Phẫu thuật tạo hình vành tai cụp
260	412	Phẫu thuật tạo hình vành tai vùi	28.150	Phẫu thuật tạo hình vành tai vùi
261	413	Phẫu thuật tạo hình vành tai vểnh	3.2935	Phẫu thuật tai vểnh
262	414	Phẫu thuật tạo hình lỗ tai ngoài	28.152	Phẫu thuật tạo hình lỗ tai ngoài
263	415	Phẫu thuật tạo hình sẹo lồi quá phát vành tai trên 5cm	28.157	Phẫu thuật tạo hình sẹo lồi quá phát vành tai
264	416	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai trên 5cm	28.158	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai
265	418	Cắt u sắc tố vùng hàm mặt	3.2509	Cắt u sắc tố vùng hàm mặt
266	419	Cắt u thần kinh vùng hàm mặt	3.2511	Cắt u thần kinh vùng hàm mặt
267	420	Cắt u xơ thần kinh vùng hàm mặt dưới 5cm	28.229	Cắt u xơ thần kinh vùng hàm mặt

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
268	423	Cắt u xơ thần kinh vùng hàm mặt trên 5cm	28.229	Cắt u xơ thần kinh vùng hàm mặt
269	424	Phẫu thuật khâu đơn giản vết thương vùng mặt cổ	28.161	Phẫu thuật khâu đơn giản vết thương vùng mặt cổ
270	425	Phẫu thuật vết thương phần mềm vùng hàm mặt không thiếu hổng tổ chức	28.162	Phẫu thuật vết thương phần mềm vùng hàm mặt không thiếu hổng tổ chức
271	426	Cắt lọc tổ chức hoại tử hoặc cắt lọc vết thương đơn giản	3.3821	Cắt lọc tổ chức hoại tử hoặc cắt lọc vết thương đơn giản
272	427	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng vạt tại chỗ	3.2953	Phẫu thuật tái tạo tổn khuyết da bằng vạt tại chỗ
273	429	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng vạt lân cận	28.164	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức
274	430	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt lân cận cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ	28.164	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức
275	431	Khâu nối thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ	28.165	Khâu nối thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ
276	432	Phẫu thuật khâu vết thương thần kinh	28.170	Phẫu thuật khâu vết thương thần kinh
277	434	Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời không sử dụng vi phẫu	28.171	Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời không bằng vi phẫu
278	435	Phẫu thuật tạo hình bằng ghép da cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ	28.171	Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời không bằng vi phẫu
279	436	Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời có sử dụng vi phẫu	28.172	Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời bằng vi phẫu
280	437	Phẫu thuật ghép lại mô mặt phức hợp đứt rời có sử dụng vi phẫu	28.173	Phẫu thuật ghép lại mô mặt phức hợp đứt rời bằng vi phẫu

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
281	438	Phẫu thuật chỉnh sửa góc hàm xương hàm dưới 1 bên	28.187	Phẫu thuật chỉnh sửa góc hàm xương hàm dưới
282	439	Phẫu thuật chỉnh sửa góc hàm xương hàm dưới 2 bên	28.187	Phẫu thuật chỉnh sửa góc hàm xương hàm dưới
283	440	Phẫu thuật chỉnh sửa gò má - cung tiếp 1 bên	28.188	Phẫu thuật chỉnh sửa gò má - cung tiếp
284	441	Phẫu thuật chỉnh sửa gò má - cung tiếp 2 bên	28.188	Phẫu thuật chỉnh sửa gò má - cung tiếp
285	442	Phẫu thuật cắt chỉnh cằm	28.189	Phẫu thuật cắt chỉnh cằm
286	443	Phẫu thuật chỉnh sửa thân xương hàm dưới	28.190	Phẫu thuật chỉnh sửa thân xương hàm dưới
287	444	Phẫu thuật cắt xương điều trị nhô cằm	28.208	Phẫu thuật cắt xương điều trị nhô cằm
288	450	Phẫu thuật ghép vạt xương tự do cho khuyết xương hàm trên	26.7	Phẫu thuật vi phẫu ghép sau cắt đoạn xương hàm bằng xương mác
289	451	Phẫu thuật ghép vạt xương tự do cho khuyết xương hàm dưới	28.232	Phẫu thuật vi phẫu ghép tức thì sau cắt đoạn xương hàm dưới bằng xương mác
290	452	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt da cân vi phẫu cho khuyết phức hợp vùng hàm mặt	16.303	Phẫu thuật điều trị khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt bằng vi phẫu thuật
291	453	Phẫu thuật tạo hình bằng vạt xương vi phẫu cho khuyết phức hợp vùng hàm mặt	26.7	Phẫu thuật vi phẫu ghép sau cắt đoạn xương hàm bằng xương mác
292	454	Phẫu thuật tạo hình khuyết phức hợp vùng chi thể bằng vạt da cân xương tự do	26.35	Chuyển vạt cơ có nối hoặc ghép mạch vi phẫu
293	456	Phẫu thuật tạo hình ngón cái bằng chuyển ngón chân	3.3708	Phẫu thuật chuyển ngón thay thế ngón cái

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
294	457	Phẫu thuật tạo hình ngón 1, 2 bàn tay bằng chuyển ngón chân	28.350	Chuyển ngón có cuống mạch nuôi
295	475	Phẫu thuật tái tạo vú bằng vật liệu nhân tạo	12.308	Phẫu thuật tái tạo vú bằng các chất liệu độn
296	478	Phẫu thuật độn mông bằng vật liệu nhân tạo	28.469	Phẫu thuật làm to mông bằng túi độn mông
297	479	Phẫu thuật tái tạo vú bằng ghép mỡ tự thân	28.235	Ghép mỡ tự thân coleman
298	482	Phẫu thuật tái tạo quầng núm vú bằng ghép da tự thân	28.250	Phẫu thuật tái tạo quầng núm vú
299	483	Phẫu thuật ghép da tự thân khuyết da dương vật nhỏ hơn 2 cm	28.287	Phẫu thuật ghép mảnh da dương vật bị lột găng
300	484	Phẫu thuật tái tạo núm vú bằng vạt tại chỗ	28.252	Phẫu thuật tái núm vú bằng vạt tại chỗ
301	485	Phẫu thuật tái tạo núm vú bằng vạt tại chỗ kết hợp ghép sụn tự thân	28.252	Phẫu thuật tái núm vú bằng vạt tại chỗ
302	486	Phẫu thuật cắt bỏ quầng núm vú phụ	28.265	Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú phụ
303	487	Phẫu thuật thu nhỏ vú phì đại	28.253	Phẫu thuật thu nhỏ vú phì đại
304	488	Phẫu thuật treo vú sa trễ	28.254	Phẫu thuật treo vú sa trễ
305	489	Phẫu thuật tạo hình vú sa trễ phì đại	28.253	Phẫu thuật thu nhỏ vú phì đại
306	495	Phẫu thuật thu nhỏ môi bé	28.485	Phẫu thuật thẩm mỹ cơ quan sinh dục ngoài nữ
307	496	Phẫu thuật thu nhỏ môi lớn	28.485	Phẫu thuật thẩm mỹ cơ quan sinh dục ngoài nữ
308	498	Phẫu thuật cắt bỏ u xơ vú	28.264	Phẫu thuật cắt bỏ u xơ vú
309	499	Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú phụ	28.265	Phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú phụ

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
310	500	Phẫu thuật cắt bỏ vú thừa	28.266	Phẫu thuật cắt bỏ vú thừa
311	501	Phẫu thuật cắt bỏ u tuyến vú Phylloid	28.267	Phẫu thuật cắt bỏ u tuyến vú lành tính philoid
312	503	Phẫu thuật thẩm mỹ vú bằng túi độn ngực	28.470	Phẫu thuật nâng vú bằng túi độn ngực
313	506	Phẫu thuật tạo hình các khuyết da chi thể bằng vạt tại chỗ	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản
314	509	Phẫu thuật ghép da tự thân khuyết da dương vật lớn hơn 2 cm	28.287	Phẫu thuật ghép mảnh da dương vật bị lột găng
315	510	Phẫu thuật ghép da tạo hình bao quy đầu	3.2951	Phẫu thuật tái tạo tổn khuyết da bằng ghép da tự do
316	514	Phẫu thuật ghép mảnh da dương vật bị lột găng bằng kỹ thuật vi phẫu	26.47	Tạo hình dương vật bằng vi phẫu thuật
317	515	Phẫu thuật ghép tinh hoàn đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu	28.290	Ghép tinh hoàn đứt rời bằng vi phẫu
318	516	Phẫu thuật tạo hình tinh hoàn bằng vật liệu nhân tạo	10.413	Đặt tinh hoàn nhân tạo
319	517	Phẫu thuật đặt bộ phận giả (prosthesis) chữa liệt dương	10.380	Phẫu thuật đặt bộ phận giả (prosthesis) chữa liệt dương
320	551	Phẫu thuật nối bàn tay đứt rời	28.378	Kết hợp phẫu thuật vi phẫu nối các mạch máu, thần kinh trong nối lại bàn và các ngón tay bị cắt rời
321	552	Phẫu thuật nối ngón tay cái đứt rời	28.347	Phẫu thuật tái tạo ngón cái bằng kỹ thuật vi phẫu
322	553	Phẫu thuật nối ngón tay dài đứt rời [1 ngón]	28.377	Kết hợp phẫu thuật vi phẫu nối các mạch máu, thần kinh trong nối lại 1 ngón tay bị cắt rời
323	558	Phẫu thuật ghép da cho dính kẽ ngón	28.373	Phẫu thuật sửa sẹo co ngón tay bằng ghép da tự thân

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
324	583	Treo cung mày bằng chỉ	28.503	Treo cung mày bằng chỉ
325	586	Phẫu thuật độn các vật liệu sinh học điều trị má hóp	28.428	Phẫu thuật nâng, độn các vật liệu sinh học điều trị má hóp
326	587	Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân	28.429	Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu đôn nhân tạo kết hợp sụn tự thân
327	588	Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo	28.430	Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu đôn nhân tạo
328	589	Phẫu thuật độn gò má	28.437	Phẫu thuật nâng gò má thẩm mỹ
329	590	Phẫu thuật độn cằm bằng vật liệu nhân tạo	28.481	Phẫu thuật độn cằm
330	591	Phẫu thuật thu gọn môi	28.414	Phẫu thuật thu gọn môi dày
331	592	Phẫu thuật làm dày môi	15.339	Phẫu thuật thẩm mỹ làm dày môi
332	593	Phẫu thuật kéo dài môi trên trong hở lợi	15.339	Phẫu thuật thẩm mỹ làm dày môi
333	594	Hút mỡ vùng dưới cằm	28.451	Hút mỡ vùng cằm
334	595	Hút mỡ vùng dưới hàm	28.452	Hút mỡ vùng dưới hàm
335	596	Hút mỡ vùng má	28.453	Hút mỡ vùng nếp mũi má, má
336	597	Hút mỡ vùng cánh tay	28.454	Hút mỡ vùng cánh tay
337	598	Hút mỡ vùng chân	28.455	Hút mỡ vùng nhượng chân, cổ chân
338	599	Hút mỡ vùng đùi	28.459	Hút mỡ đùi
339	600	Hút mỡ vùng vú	28.456	Hút mỡ vùng vú
340	601	Hút mỡ bụng một phần	28.457	Hút mỡ bụng một phần
341	602	Hút mỡ bụng toàn phần	28.458	Hút mỡ bụng toàn phần

STT trong QTKT (cột 1)	STT của chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 5)
342	603	Hút mỡ hông	28.460	Hút mỡ hông
343	604	Hút mỡ vùng lưng	28.461	Hút mỡ vùng lưng
344	605	Phẫu thuật cấy mỡ vùng mông	28.468	Phẫu thuật cấy mỡ vùng mông
345	606	Phẫu thuật thẩm mỹ vú bằng ghép mỡ tự thân	3.2956	Phẫu thuật hút mỡ và bơm mỡ tự thân thẩm mỹ
346	607	Phẫu thuật tạo hình bụng bán phần	28.473	Phẫu thuật tạo hình bụng bán phần
347	608	Phẫu thuật tạo hình bụng toàn phần có chuyển rốn	28.476	Phẫu thuật căng da bụng có cắt rời và di chuyển rốn
348	609	Phẫu thuật tạo hình bụng toàn phần không chuyển rốn	28.475	Phẫu thuật căng da bụng không cắt rời và di chuyển rốn
349	610	Laser điều trị u da	28.487	laser điều trị u da
350	611	Laser điều trị nám da	28.488	laser điều trị nám da

1. CẮT LỌC – KHÂU VẾT THƯƠNG DA ĐẦU MANG TÓC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương vùng da đầu mang tóc do các nguyên nhân tai nạn khác nhau.
- Nguyên lý: Lấy bỏ triệt để các tổ chức hoại tử, dị vật, bảo tồn tối đa các cấu trúc lành, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:

Tránh vết thương nhiễm trùng

Tạo vết sẹo có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương da đầu không thiếu tổ chức hoặc khuyết nhỏ, có thể đóng trực tiếp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đến muộn
- Khuyết da đầu

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6.2. Bước 2: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.3. Bước 3: Kỹ thuật:
- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp
- Cắt lọc mép vết thương theo hướng song song với hướng tóc, tránh cắt qua nang tóc, nên cắt lọc tới lớp mô liên kết lỏng lẻo; lấy bỏ dị vật, bơm rửa làm sạch
- Cầm máu bằng bipolar hoặc chỉ khâu cầm máu
- Bóc tách 2 mép vết thương để làm giảm lực căng cho đường mổ
- Khâu vết thương theo lớp: lớp cân Galea và lớp dưới da đóng bằng chỉ tiêu, lớp da khâu bằng chỉ không tiêu, đặt dẫn lưu nếu cần thiết
- Băng ép vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

- Hoại tử da đầu: da đầu hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc
- Grabb and Smith's Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

2. CẮT LỌC – KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương vùng trán do các nguyên nhân tai nạn khác nhau.
- Nguyên lý: Lấy bỏ triệt để các tổ chức hoại tử, dị vật, bảo tồn tối đa các cấu trúc lành, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:

Tránh vết thương nhiễm trùng

Tạo vết sẹo có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vùng trán không thiếu tổ chức hoặc khuyết nhỏ, có thể đóng trực tiếp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đến muộn
- Khuyết da trán rộng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 60 phút (0,5 - 1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng

6.2. Bước 2: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.3. Bước 3: Kỹ thuật:
- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp
- Cắt lọc mép vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa làm sạch
- Cầm máu bằng bipolar hoặc chỉ khâu cầm máu
- Bóc tách 2 mép vết thương để làm giảm lực căng cho đường mổ và tránh sẹo lõm sau khi liền thương
- Khâu vết thương theo lớp: lớp cơ trán và lớp dưới da đóng bằng chỉ tiêu, lớp da khâu bằng chỉ không tiêu, đặt dẫn lưu nếu cần thiết
- Băng ép vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần

- Hoại tử da đầu: da đầu hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc
- Grabb and Smith's Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

3. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỘT DA ĐẦU BÁN PHẦN KÍCH THƯỚC < 5 cm2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý vết thương lột da đầu bán phần kích thước < 5 cm^2 do các nguyên nhân tai nạn khác nhau.
- Nguyên lý: Lấy bỏ triệt để các tổ chức hoại tử, dị vật, bảo tồn tối đa các cấu trúc lành, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:
  + Tránh vết thương nhiễm trùng
  + Tạo vết sẹo có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương lột da đầu bán phần kích thước nhỏ hơn 5 cm^2

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đến muộn
- Khuyết da đầu quá rộng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.1. Bước 1: Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương theo hướng song song với hướng tóc, tránh cắt qua nang tóc, nên cắt lọc tới lớp mô liên kết lỏng lẻo; lấy bỏ dị vật, bơm rửa làm sạch

6.3. Bước 3: Cầm máu bằng bipolar hoặc chỉ khâu cầm máu

6.4. Bước 4: Khâu vết thương theo lớp: lớp cân Galea và lớp dưới da đóng bằng chỉ tiêu, lớp da khâu bằng chỉ không tiêu, đặt dẫn lưu nếu cần thiết

6.5. Bước 5: Trong trường hợp vạt da lóc không còn đủ khả năng cấp máu, tiến hành ghép lại mảnh da đầu. Làm mỏng mảnh da đầu, xẻ lỗ, ghép lại trên màng xương

6.6. Bước 6: Băng ép vết mổ hoặc cố định gối gạc trong trường hợp ghép lại mảnh da.

6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần

- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử da đầu: da đầu hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương
- Loét trợt mảnh da ghép: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc
- Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

4. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG DA VÙNG MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương phần mềm nông vùng da mi mắt do các nguyên nhân khác nhau.
- Nguyên lý: Lấy bỏ triệt để các tổ chức hoại tử, dị vật, bảo tồn tối đa các cấu trúc lành, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:
  + Tránh vết thương nhiễm trùng
  + Tạo vết sẹo thẩm mỹ
  + Đảm bảo chức năng bảo vệ nhãn cầu của mi mắt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm nông vùng da mi mắt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đến muộn

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.1. Bước 1: Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp như đứt dây chằng góc mắt, đứt lệ quản, vết thương nhãn cầu,…

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương tiết kiệm, lấy bỏ dị vật, bơm rửa làm sạch

6.3. Bước 3: Khâu vết thương da

6.4. Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng vết mổ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử da mi mắt: da hoại tử khô đen. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo xấu, sẹo lồi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc
- Grabb and Smith's Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

5. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG PHỨC HỢP VÙNG MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương phần mềm phức hợp vùng mi mắt do các nguyên nhân khác nhau.
- Nguyên lý: Lấy bỏ triệt để các tổ chức hoại tử, dị vật, bảo tồn tối đa các cấu trúc lành, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:
  + Tránh vết thương nhiễm trùng
  + Tạo vết sẹo thẩm mỹ
  + Đảm bảo chức năng bảo vệ nhãn cầu của mi mắt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm phức hợp vùng mi mắt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đến muộn

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 180 phút (0,5 - 3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.1. Bước 1: Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp như đứt dây chằng góc mắt, đứt lệ quản, vết thương nhãn cầu,…

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương tiết kiệm, lấy bỏ dị vật, bơm rửa làm sạch

6.3. Bước 3: Vết thương tổn khuyết cả 3 lớp giải phẫu của mi mắt gồm da, cơ, sụn kết mạc được chuyển thành hình ngũ giác có đáy ở bờ tự do mi

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi 3 lớp riêng rẽ, cần khâu mũi định hướng trước ở bờ mi để tránh sẹo lệch bờ mi

6.5. Bước 5: Băng ép vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng vết mổ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần

- Hoại tử da mi mắt: da hoại tử khô đen. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc
- Grabb and Smith's Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

6. KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương phần mềm mi mắt toàn bộ gồm cả bờ tự do do các nguyên nhân khác nhau.
- Nguyên lý: Lấy bỏ triệt để các tổ chức hoại tử, dị vật, bảo tồn tối đa các cấu trúc lành, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:
+ Tránh vết thương nhiễm trùng.
+ Tạo vết sẹo thẩm mỹ.
+ Đảm bảo chức năng bảo vệ nhãn cầu của mi mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm mi mắt toàn bộ gồm cả bờ tự do có thể đóng trực tiếp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương nhiễm trùng, đến muộn.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

6.1. Bước 1: Người bệnh nằm ngửa

6.2. Bước 2: Gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.3. Bước 3: Kỹ thuật:
- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp như đứt dây chằng góc mắt, đứt lệ quản, vết thương nhãn cầu,…
- Cắt lọc mép vết thương tiết kiệm, lấy bỏ dị vật, bơm rửa làm sạch
- Khâu vết thương da, cần khâu mũi định hướng trước ở bờ mi để tránh sẹo lệch bờ mi
- Băng ép vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng vết mổ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử da mi mắt: da hoại tử khô đen. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc
- Grabb and Smith's Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

7. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương phần mềm nông vùng vành tai do các nguyên nhân khác nhau.
- Nguyên lý: Lấy bỏ triệt để các tổ chức hoại tử, dị vật, bảo tồn tối đa các cấu trúc lành, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:
  + Tránh vết thương nhiễm trùng
  + Tạo vết sẹo thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm nông vùng vành tai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đến muộn
- Vết thương dập nát hoặc khuyết vành tai

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí tổn thương, người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6.2. Bước 2: Gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.3. Bước 3: Kỹ thuật:
- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp.
- Cắt lọc mép vết thương tiết kiệm, lấy bỏ dị vật, bơm rửa làm sạch.
- Khâu sụn bằng chỉ đơn sợi để tránh nhiễm trùng, đặt các mũi khâu tại các điểm giải phẫu của khung sụn nhằm cố định hình thể của khung sụn, nút chỉ giấu ở giữa các mảnh sụn.
- Khâu da kèm màng sụn.
- Băng ép vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng vết mổ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn,

băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử da vành tai, viêm sụn vành tai. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc
- Grabb and Smith's Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

8. PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG TRỰC TIẾP SẸO VÙNG CỔ MẶT (DƯỚI 3CM)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt bỏ và khâu đóng trực tiếp sẹo xấu vùng cổ mặt dưới 3cm.
- Nguyên lý: Lấy bỏ tổ chức xơ sẹo, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:

+ Lấy bỏ tổ chức xơ sẹo cũ
+ Tạo vết sẹo mới có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo xấu vùng cổ mặt kích thước dưới 3cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng sẹo đang nhiễm trùng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 60 phút (0,5 - 1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6.2. Bước 2: Gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ hoặc gây tê vùng ở người lớn

6.3. Bước 3: Kỹ thuật:

- Đánh giá vết sẹo về vị trí, kích thước, sự co kéo tổ chức xung quanh
- Cắt theo ranh giới giữa tổ chức sẹo và da lành, cắt đến hết đáy tổ chức sẹo
- Cầm máu bằng bipolar hoặc chỉ khâu cầm máu
- Bóc tách 2 mép vết thương để làm giảm lực căng cho đường mổ
- Với vùng cổ mặt có thể tạo vết sẹo zig-zag hoặc Z-plasty để đem lại kết quả thẩm mỹ hơn
- Khâu vết thương theo lớp
- Băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc
- Grabb and Smith's Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

9. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật che phủ các vết thương da đầu rộng bằng sử dụng các vạt tại chỗ
- Nguyên lý: chuyển một vạt da từ vùng da đầu lân cận, khỏe mạnh, có tóc đến vùng khuyết hổng cần che phủ, đồng thời vẫn giữ nguyên được nguồn cấp máu.
- Mục đích: Che phủ tổn khuyết vùng da đầu mang tóc không thể đóng trực tiếp, phục hồi tính thẩm mỹ, ngăn ngừa các biến chứng (nhiễm trùng, hoại tử…)

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết da đầu do các nguyên nhân: bỏng, sẹo di chứng bỏng, chấn thương, sau cắt u không thể đóng trực tiếp.

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng: rối loạn đông máu, u ác tính lan tràn…
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.
- Tổn khuyết rộng hơn 50cm^2

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có tình trạng viêm vùng phẫu thuật, tóc – nang tóc, đảm bảo cuống mạch nuôi, tránh căng vạt khi khâu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện
- Dao lấy da
- Mỡ kháng sinh
- Băng chun

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến

chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kĩ thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết: vị trí, kích thước, lộ xương…

6.2. Bước 2: Cắt lọc tổn thương, làm sạch, cầm máu tổn khuyết, bơm rửa làm sạch.

6.3. Bước 3: Lựa chọn vạt phù hợp với tổn khuyết: vạt ngẫu nhiên (vạt đẩy, vạt xoay, vạt chuyển, vạt 2 cuống nuôi); vạt trục mạch.
- Thiết kế vạt phù hợp với tổn khuyết.
- Tê tại chỗ vùng lấy vạt
- Rạch da vùng lấy vạt theo thiết kế
- Bóc tách vạt dưới cân/ không tổn thương trục mạch nuôi.
- Cầm máu kỹ.

6.4. Bước 4: Di chuyển vạt che phủ tổn khuyết.

Khâu theo lớp: lớp cân Galea và lớp dưới da đóng bằng chỉ tiêu, lớp da khâu bằng chỉ không tiêu, đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

6.5. Bước 5: Đóng vùng cho vạt trực tiếp hoặc ghép da mỏng
- Băng ép vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử da đầu: da đầu hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3.Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

10. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỘT DA ĐẦU BÁN PHẦN KÍCH THƯỚC > 20CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tái tạo lại tổn thương đứt rời hoàn toàn một phần da đầu mang tóc (gồm 1 hoặc các vùng: trán, thái dương, đỉnh, chẩm), toàn bộ cân Galea và một số vùng màng xương lột theo cùng da đầu.
- Nguyên lý: đảm bảo sử dụng chính mô da đầu lột che phủ tổn khuyết.
- Mục đích: che kín phần tổn thương lột da đầu, tái tạo lại phần lột da đầu mang tóc, đảm bảo tính liền thương, thẩm mỹ và tạo hình vùng da đầu mang tóc cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lột da đầu bán phần do các nguyên nhân.

3.CHỐNG CHỈ

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng: rối loạn đông máu, u ác tính lan tràn…
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Đảm bảo thời gian vàng từ khi chấn thương tới khi được can thiệp
- Kỹ thuật vi phẫu tỉ mỉ
- Theo dõi sát tuần hoàn tại vạt sau mổ

5.CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ phẫu thuật: 02 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình
- Bác sỹ: 04 phụ phẫu thuật.
- Điều dưỡng: 04

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Thuốc chống đông

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm: 5ml, 10 ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Bộ dụng cụ lấy da
- Dao mổ điện: đơn cực, lưỡng cực.
- Mỡ kháng sinh
- Băng chun

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kĩ thuật: 120 - 180 phút (2 - 3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết: vị trí, kích thước, lộ xương…

6.2. Bước 2: Cắt lọc tổn thương, làm sạch nền nhận và da đầu lột kỹ bằng dụng dịch nước muối sinh lý, cạo sạch tóc, phẫu tích tìm bó mạch thái dương nông dưới kính hiển vi phẫu thuật

6.3. Bước 3: Lựa chọn kỹ thuật tạo hình phù hợp: vạt còn mạch nuôi tốt (nối vi phẫu tạo hình lại da lột), mảnh da đầu lột mạch dập nát (ghép da mỏng) hoặc phối hợp cả 2 kỹ thuật.

- Đối với nối vi phẫu: khâu các mũi cố định cân Galea với màng xương và cố định mép da. Vi phẫu nối lại da đầu với 01 ĐM, 01 TM vùng thái dương.
- Đối với ghép da mỏng: sử dụng dao lấy da, lấy da xẻ đôi từ chính mảnh lột da đầu không nối được vi phẫu.

6.4. Bước 4:

- Ghép da mảnh lên nền tổn khuyết.
- Kiểm tra cấp máu vạt.
- Cố định da ghép.

6.5. Bước 5:

- Đặt dẫn lưu, Đóng da thưa
- Băng ép vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Theo dõi tình trạng vạt: dấu hiệu tác động mạch, tĩnh mạch, khối máu tụ dưới da đầu.
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử da đầu: da đầu hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018

2.Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.

3.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

4.Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

11. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA TRÁN BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật che phủ các vết thương da trán bằng sử dụng các vạt tại chỗ
- Nguyên lý: chuyển một vạt da từ vùng da trán lân cận, khỏe mạnh đến vùng khuyết hổng cần che phủ, đồng thời vẫn giữ nguyên được nguồn cấp máu.
- Mục đích: Che phủ tổn khuyết vùng da đầu mang tóc không thể đóng trực tiếp, phục hồi tính thẩm mỹ, ngăn ngừa các biến chứng (nhiễm trùng, hoại tử…)

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết da trán do các nguyên nhân: bỏng, sẹo di chứng bỏng, chấn thương, sau cắt u không thể đóng trực tiếp.

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng: rối loạn đông máu, u ác tính lan tràn…
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có tình trạng viêm vùng phẫu thuật, đảm bảo cuống mạch nuôi, tránh căng vạt khi khâu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện
- Dao lấy da
- Mỡ kháng sinh
- Băng chun

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kĩ thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết: vị trí, kích thước, lộ xương…

6.2. Bước 2: Cắt lọc tổn thương, làm sạch, cầm máu tổn khuyết, bơm rửa làm sạch.

6.3. Bước 3: Lựa chọn vạt phù hợp với tổn khuyết: vạt ngẫu nhiên (vạt đẩy, vạt xoay, vạt chuyển, vạt 2 cuống nuôi); vạt trục mạch.
- Thiết kế vạt phù hợp với tổn khuyết.
- Tê tại chỗ vùng lấy vạt
- Rạch da vùng lấy vạt theo thiết kế
- Bóc tách vạt dưới cân/ không tổn thương trục mạch nuôi.
- Cầm máu kỹ.

6.4. Bước 4:
- Di chuyển vạt che phủ tổn khuyết.
- Khâu theo lớp: lớp cân Galea và lớp dưới da đóng bằng chỉ tiêu, lớp da khâu bằng chỉ không tiêu, đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

6.5. Bước 5:
- Đóng vùng cho vạt trực tiếp hoặc ghép da mỏng
- Băng ép vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử: da trán hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo xấu, sẹo lồi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3.Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

12. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là kỹ thuật phẫu thuật tạo hình sử dụng một phần da và mô dưới da có cuống mạch nuôi, nằm ngay cạnh khuyết hổng ở mi mắt, di chuyển (xoay, đẩy, chuyển vị) đến che phủ và tái tạo lại vùng mi bị thiếu tổ chức.
- Nguyên lý: chuyển một vạt da từ vùng da lân cận, khỏe mạnh, có tóc đến vùng khuyết hổng cần che phủ, đồng thời vẫn giữ nguyên được nguồn cấp máu.
- Mục đích: Che phủ tổn khuyết vùng da mi không thể đóng trực tiếp

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết da mi do các nguyên nhân: bỏng, sẹo di chứng bỏng, chấn thương, sau cắt u không thể đóng trực tiếp.

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng: rối loạn đông máu, u ác tính lan tràn…
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có tình trạng viêm vùng phẫu thuật, giải phẫu – hình thái các cấu trúc lân cận, đảm bảo cuống mạch nuôi, tránh căng vạt khi khâu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ phẫu thuật: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình
- Bác sỹ: 02 phụ phẫu thuật.
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện
- Dao lấy da
- Mỡ kháng sinh
- Băng chun

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến

chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kĩ thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết: vị trí, kích thước…

6.2. Bước 2: Cắt lọc tổn thương, làm sạch, cầm máu tổn khuyết, bơm rửa làm sạch.

6.3. Bước 3: Lựa chọn vạt phù hợp với tổn khuyết: vạt ngẫu nhiên (vạt đẩy, vạt xoay, vạt chuyển, vạt 2 cuống nuôi); vạt trục mạch.
- Thiết kế vạt phù hợp với tổn khuyết.
- Tê tại chỗ vùng lấy vạt
- Rạch da vùng lấy vạt theo thiết kế
- Bóc tách vạt dưới cân/ không tổn thương trục mạch nuôi.
- Cầm máu kỹ.

6.4. Bước 4:
- Di chuyển vạt che phủ tổn khuyết.
- Khâu theo lớp: lớp da khâu bằng chỉ không tiêu, đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

6.5. Bước 5:
- Đóng vùng cho vạt trực tiếp hoặc ghép da mỏng
- Băng ép vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử vạt da: vạt da hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo co kéo mi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3.Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

13. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHỮ Z ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: là kỹ thuật phẫu thuật tạo hình sử dụng đường rạch hình chữ Z trên vùng co kéo mi dưới nhằm điều trị tình trạng lộn mi dưới.
- Nguyên lý: sử dụng kỹ thuật thay đổi hướng của sẹo, làm dài trục co kéo, tái phân bố lại lục căng của da.
- Mục đích: điều chỉnh vị trí mi dưới, phục hồi chức năng bảo vệ mắt, cải thiện thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương gây lộn mi dưới do vết thương, sẹo nhiễm trùng…

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có tình trạng viêm vùng phẫu thuật, đảm bảo thiết kế vạt chính xác, kỹ thuật bóc tách tỉ mỉ, chăm sóc sau mổ tránh co kéo sẹo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện
- Mỡ kháng sinh
- Băng chun

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kĩ thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết: vị trí, kích thước…

6.2. Bước 2: Cắt lọc tổn thương, làm sạch, cầm máu tổn khuyết, bơm rửa làm sạch

6.3. Bước 3: Đánh giá tổn thương phối hợp.
- Chuẩn bị nơi nhận, cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa.
- Thiết kế các vạt chữ Z theo hướng làm giãn sẹo giảm lộn mi, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Tê tại chỗ vùng lấy vạt
- Rạch da vùng lấy vạt theo thiết kế
- Cầm máu kỹ.

6.4. Bước 4:
- Chuyển các vạt chữ Z hoán vị để tạo hình kéo dài sẹo giảm lộn mi. Khâu cò mi nếu cần.
- Băng vết mổ

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng

sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử vạt da: vạt da hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo co kéo mi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3. Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

14. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIÊM MẠC MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: kỹ thuật phẫu thuật tạo hình sử dụng chính phần niêm mạc môi để sửa chữa, tái tạo làm thay đổi hình dáng, thể tích phần môi đỏ.
- Nguyên lý: tận dụng mô tương đồng, sử dụng các kỹ thuật tạo hình (vạt đẩy, vạt trượt…)
- Mục đích: tăng độ dày và chiều cao môi đỏ, cân đối lại giải phẫu và hình thái môi

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương/ bẩm sinh gây biến dạng, mất một phần hoặc toàn bộ niêm mạc môi

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có tình trạng viêm vùng phẫu thuật, đảm thiết kế vạt đủ nuôi dưỡng, tránh căng vạt khi khâu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ phẫu thuật: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình
- Bác sỹ: 02 phụ phẫu thuật.
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện
- Mỡ kháng sinh
- Băng chun

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 120 phút (0,5 - 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết: vị trí, kích thước…

6.2. Bước 2: Cắt lọc tổn thương, làm sạch, cầm máu tổn khuyết, bơm rửa làm sạch.
- Đánh giá tổn thương phối hợp.
- Chuẩn bị nơi nhận, cắt lọc vết thương, bơm rửa.

6.3. Bước 3:
- Thiết kế các vạt niêm mạc chữ Z, V-Y hoặc các vạt tại chỗ, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Tê tại chỗ vùng lấy vạt
- Rạch da vùng lấy vạt theo thiết kế
- Cầm máu kỹ.

6.4. Bước 4:
- Chuyển các vạt hoán vị, dồn đẩy, xoay… cho phù hợp để tạo hình niêm mạc môi.
- Băng vết mổ

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng

sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: băng ép, mổ cầm máu nếu cần
- Hoại tử vạt da: vạt da hoại tử khô đen. Xử trí: phẫu thuật tái thông, cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo co kéo: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3. Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

15. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐÓNG GÓC MÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình đóng góc mép là kỹ thuật tái tạo lại vùng mép miệng bị khuyết hổng, thường do cắt bỏ u, chấn thương hoặc dị tật, nhằm phục hồi hình dạng và chức năng mép.
- Nguyên lý: Sử dụng các vạt da – niêm mạc tại chỗ hoặc lân cận để che phủ vùng khuyết, khôi phục liên tục giải phẫu của môi và góc miệng.
- Mục đích: Phục hồi lại hình thể, chức năng đóng – mở miệng, đảm bảo thẩm mỹ vùng quanh miệng cho các trường hợp mất một phần góc mép do u, chấn thương hoặc dị dạng.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sẹo bỏng gây dính biến dạng góc mép.
- Khuyết hổng góc mép

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ

+ Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
+ Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân
6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương
6.2. Bước 2: Thiết kế lựa chọn vạt: vạt cuống nuôi rãnh mũi má, vạt dưới cằm, vạt xoay đẩy tại chỗ, vạt V-Y, hoặc vạt chữ Z.
6.3 Bước 3: Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
6.4 Bước 4: Tái tạo lại góc mép theo từng lớp giải phẫu của môi: da, cơ vòng môi, niêm mạc
6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
7.3. Biến chứng muộn
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ. [L SEP]
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ellis DAF, Bakala CD, Harlock JN. Analysis of the peri-oral complex. Facial Plast Surg Clin North Am. 1997;5:1–6.
- Spiegel JH, Spiegel OL. Lip lifting: not just fullness-everything you need to know about lifting and creating youthful, beautiful lips. Facial Plast Surg. 2019;35:129–33. - PubMed

- Austin HW, Weston GW. Rejuvenation of the aging mouth. Clin Plast Surg. 1992;19:511–24. - PubMed
- Cheng JT, Perkins SW, Hamilton MM. Perioral rejuvenation. Facial Plast Surg Clin North Am. 2000;8:223–33.
- Chang CS, Chang BL, Lanni M, et al. Perioral rejuvenation: a prospective, quantitative dynamic three-dimensional analysis of a dual modality treatment. Aesthet Surg J. 2018;38:1225–36. - PubMed

16. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO DÍNH MÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

- **Định nghĩa**: Phẫu thuật tạo hình sẹo dính mép là kỹ thuật giải phóng và tái tạo lại cấu trúc mép miệng bị co kéo, dính do sẹo, thường gặp sau bỏng, chấn thương hoặc nhiễm trùng.
- **Nguyên lý**: Loại bỏ mô sẹo xơ hóa gây dính và co kéo, sau đó tạo hình lại mép miệng bằng cách sử dụng vạt da – niêm mạc tại chỗ hoặc vạt chuyển để phục hồi hình dạng và chức năng môi.
- **Mục đích**: Khôi phục lại hình thể và chức năng của mép miệng, giúp bệnh nhân ăn uống, phát âm, và cải thiện thẩm mỹ sau các tổn thương gây sẹo co kéo mép.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sẹo bỏng gây dính biến dạng góc mép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ

+ Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
+ Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân
6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương
6.2. Bước 2: Thiết kế lựa chọn vạt: vạt cuống nuôi rãnh mũi má, vạt dưới cằm, vạt xoay đẩy tại chỗ, vạt V-Y, hoặc vạt chữ Z.
6.3. Bước 3: Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
6.4 Bước 4: Tái tạo lại góc mép theo từng lớp giải phẫu của môi: da, cơ vòng môi, niêm mạc
6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ. [SEP]
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ramirez OM. Three-dimensional endoscopic midface enhancement: a personal quest for the ideal cheek rejuvenation. Plast Reconstr Surg. 2002;109:329–40. - PubMed
- Parsa FD, Parsa NN, Murariu D. Surgical correction of the frowning mouth. Plast Reconstr Surg. 2010;125:667–76. - PubMed
- Weston GW, Poindexter BD, Sigal RK, et al. Lifting lips: 28 years of experience using

the direct excision approach to rejuvenating the aging mouth. Aesthet Surg J. 2009;29:83–6. - PubMed

- Jeong TK. Surgical method of a corner mouth lift. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2020;8:e2653. - PMC - PubMedReiffel
- RS. Prevention of hypertrophic scars by long-term paper tape application. Plast Reconstr Surg. 1995;96:1715–8. – PubMed

17. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI GÓC MÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình môi – góc mép là phương pháp tái tạo lại một phần hoặc toàn bộ môi và góc mép bị khuyết hổng do dị tật bẩm sinh, u vùng miệng, hoặc chấn thương, nhằm phục hồi cấu trúc và chức năng vùng này.

- Nguyên lý: Sử dụng các vạt mô tại chỗ, vạt chuyển vùng kế cận hoặc ghép mô để tái lập cấu trúc giải phẫu môi và góc mép, đảm bảo chức năng khép kín miệng và thẩm mỹ vùng mặt.

- Mục đích: Phục hồi lại hình thể, chức năng phát âm, ăn uống và biểu cảm vùng môi – miệng cho các bệnh nhân bị khuyết tổ chức do bệnh lý, chấn thương hoặc sau cắt bỏ u.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết hổng môi góc mép

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ

+ Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
+ Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương.

6.2. Bước 2: Thiết kế lựa chọn vạt: Các thủ thuật tạo hình môi -góc mép hay dùng là vạt da Karapandzic và Estlander. Vạt da Karapandzic bản chất là vạt da Gilles, vạt da có kèm các dây thần kinh đến môi dưới và thay thế vạt da Gilles. Vạt da này là vạt da nâng-xoay dọc theo nếp gấp mũi môi mà xoay tại khéo môi và môi trên. Estlander là một vạt chuyển môi có liên quan đến khóe môi và chuyển một phần môi trên sang môi dưới. Trong số những vạt da, Kara- pandzic là hữu ích nhất. Vạt da Karapandzic đôi có thể sử dụng để khắc phục đến 80% khuyết hổng. Ưu điểm là môi thì được phân bố các dây thần kinh trong khi nhược điểm là chứng miệng nhỏ, xoay quanh góc miệng.

6.3. Bước 3: Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.

6.4. Bước 4: Tái tạo lại góc mép theo từng lớp giải phẫu của môi: da, cơ vòng môi, niêm mạc

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Berkovitz BKB, Moxham BK, Brown, MW, et al. Sách giáo khoa về Phẫu thuật Đầu

và Cổ. London: Wolfe Medical; 1988: 154.
- Dupin C, Metzinger S, Rizzuto R. Tạo hình môi sau khi cắt bỏ khối u ác tính trong da. Clin Plast Surg. 2004; 31 (1): 69.
- Langstein HN, Robb GL. Môi và Tạo hình lại quanh miệng. Clin Plast Surg. 2005; 32 (3): 431, viii.
- Sultan MR, Hugo NE. Nguyên tắc cơ bản của hoạt động tạo hình môi, khóe môi và má. Trong: Georgiade GS, Riefkhol R, Levin LS, eds. Plastic, Maxillofacial, and Reconstructive Surgery (Phẫu thuật Thẩm mỹ, Hàm và Tạo hình). Xuất bản lần thứ 3. Baltimore, Md: Williams và Wilkins; 1997.
- Zide BM. Dị tật môi và má. Trong: McCarthy JE, ed. Phẫu thuật thẩm mỹ. Philadelphia: Saunders; 1990: 2009.

18. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA LỆCH MIỆNG DO TỔN THƯƠNG THẦN KINH VII

1. ĐẠI CƯƠNG

- **Định nghĩa**: Phẫu thuật chỉnh sửa lệch miệng do tổn thương thần kinh VII là phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm cải thiện tình trạng mất cân đối vùng miệng, đặc biệt là lệch mép, do liệt mặt ngoại biên.
- **Nguyên lý**: Tận dụng các mô và cơ chức năng còn lại hoặc thực hiện ghép, chuyển cơ, tạo hình da – niêm để phục hồi cân bằng lực kéo giữa hai bên cơ môi, từ đó cải thiện đối xứng vùng miệng.
- **Mục đích**: Cải thiện chức năng đóng – mở miệng, phát âm, ăn uống và nâng cao thẩm mỹ vùng mặt cho các bệnh nhân bị liệt mặt gây lệch mép miệng sau tổn thương dây thần kinh VII.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết hổng môi góc mép

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ:

- Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
- Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6.2. Bước 2: Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.3. Bước 3: Kỹ thuật

Phẫu thuật treo môi tĩnh bằng cân cơ tự thân hay vật liệu trơ

-Bước 1: Đánh giá tổn thương, đo khoảng cách bên lành để tính cân cơ cần kéo bên liệt

-Bước 2: Thiết kế, bóc tách, phẫu tích dưới da bộc lộ cơ bám da mặt cơ vòng môi

-Bước 3: Đính chỉ tại nếp rãnh mũi má bên liệt và cơ vòng môi

-Bước 4: Rạch da mặt ngoài đùi, lấy cân đùi với kích thước và độ dài được thiết kế từ trước, thường lấy 3 dải cân. Nếu không dung cân đùi có thể dung chỉ Prolene.

- Bước 5: Đưa cân đùi lên vùng mặt, một đầu đính với nếp mũi má và cơ vòng môi, một đầu đính với cung tiếp gò má và cân trước nắp tai.

- Bước 6: Đặt lam dẫn lưu và khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

6.4. Bước 4: Kết thúc:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Davis RA, Anson BJ, B udinger JM, Kurth LE. Surgical anatomy of the facial nerve

and parotid gland based upon a study of 350 cervico-facial halves.Surg Gynaecol Obstet. 1956;102:385.

- Freilinger G, Gruber H, Happak W, Pechmann U. Surgical anatomy of the mimic muscle system and the facial nerve: importance for reconstructive and aesthetic surgery. Plast Reconstr Surg. 1987;80:686.
- Freilinger G, Gruber H, Happak W, Pechmann U. Surgical anatomy of the mimic muscle system and the facial nerve: importance for reconstructive and aesthetic surgery. Plast Reconstr Surg. 1987;80: 686.
- Tomat L, Manktelow R. Evaluation of a new measurement tool for facial paralysis reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2005;115:696.

19. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÂN TRUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- **Định nghĩa**: Phẫu thuật tạo hình nhân trung là kỹ thuật can thiệp ngoại khoa nhằm tái tạo hoặc cải thiện rãnh nhân trung – vùng giữa môi trên – giúp khôi phục hình dạng giải phẫu đặc trưng của vùng này.
- **Nguyên lý**: Dựa trên việc điều chỉnh độ dày, hình dạng và chiều sâu của mô mềm vùng nhân trung bằng các kỹ thuật tạo hình mô, cắt bỏ, khâu tạo nếp hoặc ghép mô, nhằm đạt được hình thể tự nhiên, cân đối với gương mặt.
- **Mục đích**: Cải thiện thẩm mỹ vùng nhân trung cho các trường hợp bị mờ, biến dạng do bẩm sinh, chấn thương, phẫu thuật trước đó, hoặc theo yêu cầu thẩm mỹ cá nhân.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn khuyết của nhân trung môi trên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ

- Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
- Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6.2. Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.3. Kỹ thuật

- Chuyển vạt Abbe của môi dưới để tạo hình nhân trung có thể phỗ hợp với vạt đẩy Webster một hay hai bên để đóng kín khuyết hổng trong trường hợp tổn khuyết lớn. Đối với các khuyết hổng trung tâm liên quan đến một nửa khoảng cách giữa phần ngấn rãnh chữ V, thì khâu trực tiếp là lựa chọn tốt nhất. Điều này sẽ thay đổi phần ngấn rãnh này trong hầu hết các trường hợp, và sẽ làm cho môi trung tâm hẹp hơn. Đối với các khuyết hổng lớn hơn một nửa của môi trung tâm, vạt Abbe sẽ cho kết quả tốt nhất. Phần còn lại của môi trung tâm từ ngấn bên này của rãnh chữ V đến ngấn bên kia của rãnh chữ V nên được cắt bỏ. Việc cắt bỏ này tất nhiên có thể mở rộng các ngấn rãnh, rõ ràng điều này có thể dẫn đến sự bất đối xứng nhẹ.

- Bước 1: Đánh giá tổn thương

- Bước 2: Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt: Thiết kế và sử dụng vạt Abbe cần tuân thủ một số nguyên tắc (HÌNH 5). Vạt da được thiết kế dựa trên động mạch vòng môi. Đường dẫn trong tĩnh mạch không đi theo đường động mạch, tốt nhất nên giữ một phần niêm mạc miệng khoảng vài milimet để tạo đường dẫn tĩnh mạch. Vạt da Abbe nên được lấy từ môi dưới ở trung tâm. Phải nhớ rằng cơ vòng là cơ đôi. Vạt da Abbe cần bao gồm rãnh trung tâm để rời lại cơ vòng môi phải được khâu lại trên cả hai mặt. Bất cứ khi nào có thể, vạt da Abbe phải ở trong vị trí chính xác trung tâm của môi dưới. Rạch môi trung tâm sẽ để lại vết sẹo đạt tính thẩm mỹ cao trên môi và cằm. Sau chuyển vạt Abbe lên môi trên cần cắt thêm hai hình tam giác Burrow ở hai bên và để lại một vết sẹo ngang nhỏ tại nếp gấp môi mũi. hiếm khi vạt da Abbe cần phải được mở rộng hơn nếp gấp môi mũi. Điều này đúng bởi vì hầu hết các khuyết hổng bên trong môi trên nên được điều trị cùng với má và do đó cả nếp gấp mũi môi. Điều này làm giảm giới hạn của khuyết hổng. Trong trường hợp vạt da Abbe phải được mở rộng hơn nếp gấp môi cằm, nó nên được giữ ngay ở đường giữa. Điều này sẽ tránh phá vỡ sự cân bằng của cơ cằm và thường để lại một vết sẹo dọc chấp nhận được. Khi vạt da Abbe chèn vào môi trên, nó nên được khâu trên nhân trung.

- Bước 3: Chuyển các vạt tạo hình che phủ, đóng vạt theo các lớp giải phẫu

- Bước 4: Cắt cuống vạt Abbes au 3 tuần

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wu J, Yin N. Anatomy research of nasolabial muscle structure in fetus with cleft lip: an iodine staining technique based on microcomputed tomography. J Craniofac Surg. 2014;25(3):1056-1061. [PubMed] [Google Scholar]
- Bo C, Ningbei Y. Reconstruction of upper lip muscle system by anatomy, magnetic resonance imaging, and serial histological sections. J Craniofac Surg. 2014;25(1):48-54. [PubMed] [Google Scholar]
- Yin N, Song T, Wu J, et al.. Unilateral microform cleft lip repair: application of muscle tension line group theory. J Craniofac Surg. 2015;26(2):343-346. [PubMed] [Google Scholar]
- Coppit GL, Lin DT, Burkey BB. Current concepts in lip reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;12(4):281-287. [PubMed] [Google Scholar]
- Sabattini P. Rinoplastica e Cheiliplastica operate sopra un solo individuo. Bull Sci Med (Bologna). 1838;10:387.

20. PHẪU THUẬT TÁI TẠO QUẦNG NÚM VÚ BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- **Định nghĩa**: Phẫu thuật tái tạo quầng núm vú bằng vạt tại chỗ là kỹ thuật tạo lại hình dạng núm vú và quầng vú cho bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc các dị tật bẩm sinh, bằng cách sử dụng mô da tại vùng ngực kế cận.
- **Nguyên lý**: Tận dụng phần da và mô dưới da tại vùng vú để tạo vạt xoay, vạt cuộn hoặc vạt chữ C, H, sao cho mô được định hình và nâng cao tạo thành núm vú, đồng thời có thể xăm sắc tố tạo màu quầng vú.
- **Mục đích**: Khôi phục hình thể thẩm mỹ của vú, đặc biệt là núm và quầng vú, giúp bệnh nhân hoàn thiện quá trình tái tạo vú sau ung thư hoặc chỉnh sửa dị tật bẩm sinh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn khuyết phức hợp quầng núm vú

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ

+ Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
+ Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Tạo hình quầng vú: Vùng da sẫm màu của quầng vú có thể được tạo ra bằng phương pháp ghép da hoặc xăm

- Ghép da: Bác sĩ sẽ lấy một mảnh da ghép từ vùng bẹn, hoặc vùng âm hộ. Với những trường hợp quầng vú bên đối diện rộng, các bác sĩ có thể lấy mảnh ghép từ vùng da này để giúp thu nhỏ quầng vú cho bệnh nhân
- Xăm: là một phương pháp đơn giản để tạo vùng da có màu sắc giống với màu của quầng vú tự nhiên mà không cần phẫu thuật. Tuy nhiên có nhược điểm bị phai màu và đổi màu theo thời gian

6.2. Bước 2: Tạo hình núm vú: để tạo hình được cấu trúc không gian ba chiều của núm vú, các bác sĩ phẫu thuật sẽ phải sử dụng khéo léo các kĩ thuật tạo hình. Có 2 phương pháp chính hay được sử dụng hiện nay là ghép phức hợp từ 1 phần núm vú bên đối diện hoặc tái tạo bằng các vạt da tại chỗ

- Ghép phức hợp: thường lấy từ núm vú bên lành. Phương pháp này phù hợp với những bệnh nhân có núm vú bên đối diện lớn. Các bác sĩ sẽ lấy 1 phần núm vú này ghép sang bên đối diện, mảnh ghép sẽ sống nhờ máu và dịch dinh dưỡng thẩm thấu từ mô phía dưới. Ưu điểm của phương pháp này cho hiệu quả về thẩm mỹ giống núm vú bình thường nhất, giúp thu nhỏ núm vú bên đối diện. Nhược điểm của phương pháp là khả năng sống hạn chế của mảnh ghép phức hợp, mảnh ghép cần lấy với kích thước vừa phải, được cố định và chăm sóc tốt tránh hoại tử.
- Vạt tại chỗ: Với phương pháp này các bác sĩ sẽ sử dụng các tổ chức da và mỡ ngay tại chỗ tuyến vú đã tạo hình lần trước để tái tạo lại núm vú. Có nhiều kỹ thuật được các tác giả sử dụng, có thể chia thành 2 nhóm chính: kỹ thuật "pull-up" dựng lên từ cuống vạt là hạ bì và tổ chức mỡ và kỹ thuật "traction" sử dụng các vạt da dồn đẩy. Ngoài ra để tăng độ nhô cho núm vú, những mảnh ghép nhân tạo hoặc tự thân có thể được sử dụng để độn thêm phía trong.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nahabedian MY. Nipple reconstruction. Clin Plast Surg. 2007;34:131–7. [PubMed] [Google Scholar]
- Yanaga H. Nipple-areola reconstruction with a dermal-fat flap: technical improvement from rolled auricular cartilage to artificial bone. Plast Reconstr Surg. 2003;112:1863–9. [PubMed] [Google Scholar]
- Nahabedian MY. Secondary nipple reconstruction using local flaps and AlloDerm. Plast Reconstr Surg. 2005;115:2056–61. [PubMed] [Google Scholar]
- Losken A, Mackay GJ, Bostwick J 3rd. Nipple reconstruction using the C-V flap technique: a long-term evaluation. Plast Reconstr Surg. 2001;108:361–9. [PubMed] [Google Scholar]
- Jabor MA, Shayani P, Collins DR Jr, Karas T, Cohen BE. Nipple-areola reconstruction: satisfaction and clinical determinants. Plast Reconstr Surg. 2002;110:457–63. [PubMed] [Google Scholar]

21. PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG SẸO BỎNG CO KÉO VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật giải phóng sẹo bỏng co kéo vú là kỹ thuật điều trị các di chứng sẹo sau bỏng vùng ngực gây biến dạng, co kéo và mất đối xứng vú, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng.

- Nguyên lý: Loại bỏ mô sẹo xơ co kéo, tái lập lại vị trí và hình dạng vú thông qua sử dụng vạt da, ghép da hoặc các kỹ thuật tái tạo mô mềm để phục hồi hình thể tự nhiên vùng ngực.

- Mục đích: Phục hồi hình thể, tính linh hoạt và thẩm mỹ của vùng vú cho bệnh nhân sau bỏng sâu, hạn chế co rút, đau nhức và cải thiện chất lượng sống cũng như tâm lý người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

Sẹo bỏng vùng ngực gây biến dạng giải phẫu vùng vú

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ

- Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
- Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 3-5 giờ
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân
6.1. Bước 1: Rạch da cắt bỏ sẹo dùng dao điện hay bằng kéo, cắt bỏ hết tổ chức xơ sẹo đến mô lành mềm mại. Xác định kích thước của khuyết hổng thực tế.
6.2. Bước 2: Bóc tách vạt da theo thiết kế đến nền cân, khâu da - cân bảo tồn cấp máu vạt, để phẫu tích tìm cuống mạch nuôi vạt đảm bảo sự cấp máu cho vạt da.
6.3. Bước 3: Giải phóng cuống mạch vạt đủ để dễ dàng xoay vạt
6.4. Bước 4: Xoay vạt da đã bóc tách để che phủ kín tổn khuyết.
6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu
6.6. Bước 6: Khâu cố định vạt tại nơi nhận
6.7. Bước 7: Đóng kín nơi cho vạt bằng các biện pháp tạo hình khác: đóng trực tiếp, ghép da…
6.8. Bước 8: Đặt gạc khô, băng kín
6.9. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
7.3. Biến chứng muộn
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ...
Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ.
Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ.
Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi:
Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ho PJ, Hartman M, Young-Afat DA, Gernaat SAM, Lee SC, Verkooijen HM. Determinants of satisfaction with cosmetic outcome in breast cancer survivors: a cross-sectional study. PLoS One. 2018;13:e0193099. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
- Jaspers ME, Brouwer KM, van Trier AJ, Groot ML, Middelkoop E, van Zuijlen PP. Effectiveness of autologous fat grafting in adherent scars: results obtained by a comprehensive scar evaluation protocol. Plast Reconstr Surg. 2017;139:212–9. [PubMed] [CrossRef]

22. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình khuyết da vùng ngực bằng vạt tại chỗ là phương pháp sử dụng mô da – mỡ lân cận để che phủ các vùng khuyết da do chấn thương, cắt bỏ u, hoại tử hoặc bỏng vùng ngực.
- Nguyên lý: Tận dụng vạt da tại chỗ với nguồn cấp máu tại chỗ (vạt xoay, vạt tiến, vạt hình chữ Z…) để che phủ vùng thiếu da, đồng thời bảo tồn chức năng và hạn chế biến dạng thành ngực.
- Mục đích: Khôi phục lại lớp phủ da vùng ngực, đảm bảo liền thương, bảo vệ cấu trúc bên dưới, cải thiện thẩm mỹ và phục hồi chức năng thành ngực cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sau cắt bỏ các khối u vùng ngực không đóng được trực tiếp vết mổ
- Sau cắt bỏ sẹo bỏng
- Khuyết hổng thành ngực do các nguyên nhân khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

Pha dung dịch co mạch tại chỗ

+ Thuốc co mạch (Adrenalin 1/1000, …)
+ Dung dịch nước muối (natriclorid, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Làm xét nghiệm bổ sung nếu cần: CT, MRI...
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa

- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 3-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Khi các mạch máu nuôi vạt được giữ lại và nối liền từ phần cơ thể chỗ lấy vạt đến vị trí tái tạo gọi là vạt có cuống (pedicle flap).Dưới đây là một số vạt thường được sử dụng:

- Vạt LD (vạt da cơ lưng rộng): Đây là vạt có cuống, lấy từ vùng lưng (ngay sau vị trí vú cần tái tạo bao gồm da, mỡ và một phần cơ lưng).
- Vạt TRAM (vạt ngang cơ thẳng bụng): Được lấy từ vùng bụng dưới như vạt DIEP nhưng bao gồm da, mỡ và một phần cơ bụng. Vạt TRAM có thể là vạt tự do hoặc có cuống, tùy thuộc vào việc lựa chọn mạch máu cung cấp cho vạt mà bác sĩ quyết định có cắt rời mạch máu hay không.

6.2. Bước 2: Giải phóng cuống mạch vạt đủ để dễ dàng xoay vạt

6.3. Bước 3: Xoay vạt da đã bóc tách để che phủ kín tổn khuyết

6.4. Bước 4: Đặt dẫn lưu

6.5. Bước 5: Khâu cố định vạt tại nơi nhận

- Đóng kín nơi cho vạt bằng các biện pháp tạo hình khác: đóng trực tiếp, ghép da…
- Đặt gạc khô, băng kín

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc, hồi lưu, tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Matros E, Disa JJ. Uncommon flaps for chest wall reconstruction. Semin Plast Surg. 2011;25:55–59. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Rivas B, Carrillo JF, Escobar G. Reconstructive management of advanced breast cancer. Ann Plast Surg. 2001;47:234–239. [PubMed] [Google Scholar]
- Foster RD, Hansen SL, Esserman LJ, et al. Safety of immediate transverse rectus abdominis myocutaneous breast reconstruction for patients with locally advanced disease. Arch Surg. 2005;140:196–198. [PubMed] [Google Scholar]
- Micali E, Carramaschi FR. Extended V-Y latissimus dorsi musculocutaneous flap for anterior chest wall reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2001;107:1382–1390. [PubMed] [Google Scholar]
- Leinster SJ, Webster DJ. Thoraco-abdominal and thoracoepigastric flaps: alternatives to skin grafting after mastectomy. Clin Oncol. 1982;8:145–148. [PubMed] [Google Scholar]
- Lee MC, Newman LA. Management of patients with locally advanced breast cancer. Surg Clin North Am. 2007;87:379–398. [PubMed] [Google Scholar]

23. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CƠ TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ LOÉT TÌ ĐÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật che phủ khuyết phần mềm do loét tì đè bằng vạt da cơ tại chỗ.
- Nguyên lý: Sử dụng vạt da cơ (gồm da, tổ chức dưới da và 1 phần cơ) ở vị trí cạnh tổn thương loét tì đè, dùng kĩ thuật xoay hoặc chuyển vạt giúp che phủ tổn thương khuyết phần mềm do loét tì đè.
- Mục đích kĩ thuật:

+ Che phủ khuyết phần mềm do loét tì đè.
+ Kiểm soát nhiễm trùng: loại bỏ mô hoại tử và che phủ bằng vạt giúp kiểm soát và ngăn ngừa nhiễm trùng lan rộng.
+ Cải thiện thẩm mỹ và chức năng: phục hồi hình thể và chức năng vùng loét tì đè, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết phần mềm do loét tì đè

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Viêm, nhiễm trùng nặng vùng tổn thương.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin 1/1000, ...) x 01 ống
- Nước cất x 10 ống

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi (các cỡ)
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ
- Điện cực tim
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Dẫn lưu

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao lấy da ghép, máy lấy da (nếu cần)

- Dao mổ điện

5.5. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật
- Khám tại chỗ: đánh giá kích thước tổn thương, khuyết tổn dự kiến sau cắt lọc. Khám vùng cho vạt, tổn thương sẹo cũ, mổ cũ.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí cho vạt, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Nâng cao thể trạng, điều trị ổn định các bệnh lý toàn thân kèm theo nếu có.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.6. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Dự kiến 120 phút (2 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm sấp dạng hai tay trên bàn kê tay hoặc nằm nghiêng trái, nghiêng phải (tùy theo vị trí tổn thương loét tì đè)

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: toàn thân hoặc gây tê tủy sống

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nền nhận vạt:

- Cắt lọc sạch tổ chức mủn, dập nát, hoại tử quanh tổn khuyết
- Đánh rửa sạch tổn khuyết bằng nước muối sinh lýpovidon iodin (betadin, …)
- Cầm máu kỹ nền tổn khuyết
- Đo kích thước tổn khuyết, thiết kế lại vạt theo kích thước tổn khuyết

6.2. Bước 2: Tiêm dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000…) đường rạch da

6.3. Bước 3:

- Rạch da theo thiết kế
- Phẫu tích vạt da, bộc lộ lớp cơ phía dưới (cơ mông to, cơ thon, cơ thang,…)
- Cầm máu kĩ dưới vạt
- Chuyển hoặc xoay vạt hoăc để che phủ tổn khuyết vùng loét tì đè.

6.4. Bước 4:

- Đặt dẫn lưu dưới vạt nếu cần
- Vị trí cho khâu đóng trực tiếp theo lớp hoặc ghép da (nếu tổn khuyết rộng) hoặc sử dụng vạt dồn đẩy để đóng nơi lấy vạt.
- Băng bó, kết thúc phẫu thuật.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt
- Theo dõi vạt trong 48 giờ đầu:

24h đầu, theo dõi 3 giờ/ lần các tính chất vạt: nhiệt độ, màu sắc, trương lực, chảy máu mép vạt, dẫn lưu.

24h tiếp theo theo 6 giờ/ lần các tính chất vạt: nhiệt độ, màu sắc, trương lực, chảy máu mép vạt, dẫn lưu.

- Phát hiện sớm những biến chứng như thiểu năng động mạch, tắc mạch, thiểu năng tĩnh mạch xử trí sớm

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua vết mổ nơi nhận vạt, qua nơi cho vạt. Xử trí cầm máu kỹ, bù máu nếu cần

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thiểu năng động mạch: vạt nhợt lạnh, refill chậm, mất trương lực, doppler mất tín hiệu động mạch. Xử trí: mổ cấp cứu sớm tìm nguyên nhân xử trí
- Thiểu năng tĩnh mạch: vạt tím, refill nhanh, ứa máu đen mép vạt. Xử trí: mổ cấp cứu sớm
- Tụ máu dưới vạt: vạt căng phồng, nền vạt chảy nhiều máu. Xử trí : mổ cấp cứu sớm cầm máu

7.4. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh,cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại
- Chậm liền vết mổ vạt. Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc 2007;55:780–91. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Rieger U, Scheufler O, Schmid D, Zweifel-Schlatter M, Kalbermatten D, Pierer G[. Six treatment principles of the basel pressure sore concept]. Handchir Mikrochir Plast Chir 2007;39:206–14. [PubMed] [Google Scholar]
- Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact. Clin Geriatr Med 1997;13:421–36. [PubMed] [Google Scholar]
- Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek AC. Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. Scand J Caring Sci 2004;18:57–64. [PubMed] [Google Scholar]

- Ek AC, Unosson M, Larsson J, Von Schenck H, Bjurulf P. The development and healing of pressure sores related to the nutritional state. Clin Nutr 1991;10:245–50. [PubMed] [Google Scholar]
- Morley JE, Kraenzle D. Causes of weight loss in a community nursing home. J Am Geriatr Soc 1994;42:583–5. [PubMed] [Google Scholar]

24. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật che phủ khuyết phần mềm vùng lưng bằng vạt da tại chỗ
- Nguyên lý: Sử dụng vạt da ở vị trí cạnh tổn thương khuyết da vùng lưng, dùng kĩ thuật xoay hoặc chuyển vạt hoặc dồn đẩy giúp che phủ tổn thương khuyết phần mềm vùng lưng.
- Mục đích kĩ thuật:
  + Che phủ khuyết phần mềm vùng lưng.
  + Cải thiện thẩm mỹ và chức năng: phục hồi hình thể và chức năng vùng lưng, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết phần mềm vùng lưng do các nguyên nhân: vết thương rộng vùng lưng không thể khâu đóng trực tiếp, sau cắt bỏ khối u, sẹo,…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Viêm, nhiễm trùng nặng vùng tổn thương.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc.

- Thuốc co mạch (adrenalin 1/1000, ...) x 01 ống
- Nước cất x 10 ống

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi (các cỡ)
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Dẫn lưu

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao lấy da ghép, máy lấy da (nếu cần)
- Dao mổ điện

5.5. Người bệnh
- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật
- Khám tại chỗ: đánh giá kích thước tổn thương, khuyết tổn dự kiến sau cắt lọc. Khám vùng cho vạt, tổn thương sẹo cũ, mổ cũ.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí cho vạt, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Nâng cao thể trạng, điều trị ổn định các bệnh lý toàn thân kèm theo.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.6. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Dự kiến 120 phút (2 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm sấp dạng hai tay trên bàn kê tay

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm toàn thân

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nền nhận vạt
- Cắt lọc sạch tổ chức mủn, dập nát, hoại tử quanh tổn khuyết
- Đánh rửa sạch tổn khuyết bằng nước muối sinh lýpovidon iodin (betadin, …)
- Cầm máu kỹ nền tổn khuyết
- Đo kích thước tổn khuyết, thiết kế lại vạt theo kích thước tổn khuyết

6.2. Bước 2: Tiêm dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000, ...) đường rạch da.

6.3. Bước 3: Rạch da theo thiết kế

- Phẫu tích vạt đến mặt phẳng cân sâu.
- Cầm máu kĩ dưới vạt

6.4. Bước 4:
- Chuyển hoặc xoay vạt hoặc dồn đẩy vạt để che phủ tổn khuyết vùng lưng

6.5. Bước 5:
- Đặt dẫn lưu dưới vạt nếu cần
- Vị trí cho khâu đóng trực tiếp theo lớp hoặc ghép da (nếu tổn khuyết rộng) hoặc sử dụng vạt dồn đẩy để đóng nơi lấy vạt.
- Băng bó, kết thúc phẫu thuật.

6.6. Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt
- Theo dõi vạt trong 48 giờ đầu:
  + 24h đầu, theo dõi 3 giờ/ lần các tính chất vạt: nhiệt độ, màu sắc, trương lực, chảy máu mép vạt, dẫn lưu.
  + 24h tiếp theo theo 6 giờ/ lần các tính chất vạt: nhiệt độ, màu sắc, trương lực, chảy máu mép vạt, dẫn lưu.
- Phát hiện sớm những biến chứng như thiểu năng động mạch, tắc mạch, thiểu năng tĩnh mạch xử trí sớm

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua vết mổ nơi nhận vạt, qua nơi cho vạt. Xử trí cầm máu kỹ, bù máu nếu cần

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thiểu năng động mạch: vạt nhợt lạnh, refill chậm, mất trương lực, doppler mất tín hiệu động mạch. Xử trí: mổ cấp cứu sớm tìm nguyên nhân xử trí
- Thiểu năng tĩnh mạch: vạt tím, refill nhanh, ứa máu đen mép vạt. Xử trí: mổ cấp cứu sớm
- Tụ máu dưới vạt: vạt căng phồng, nền vạt chảy nhiều máu. Xử trí : mổ cấp cứu sớm cầm máu

7.4. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh,cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại
- Chậm liền vết mổ vạt. Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Prasad V, Almutairi K, Kimble FW, et al. Dorsolateral musculocutaneous perforators of posterior intercostal artery: An anatomical study. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012;65:1518–24.
- Kim JT, Ho SYM, Kim YH. An Improved Perforator–Based Island Flap: The Heart Balloon Flap. Plast Reconstr Surg. 2015;135:1472–5.
- Daniel RK, Kerrigan CL, Gard DA. The great potential of the intercostal flap for torso reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1978;61:653–65.
- Prasad V, Morris SF. Propeller DICAP flap for a large defect on the back-Case report and review of the literature. Microsurgery. 2012;32:617–21
- Atik B, Tan O, Mutaf M, et al. Skin Perforators of Back Region: Anatomical Study and Clinical Applications. Ann Plast Surg. 2008;60:70–5.

25. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA VÙNG NÁCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình vạt da tại chỗ cho khuyết phần mềm vùng nách là phẫu thuật sử dụng vạt da lân cận ngay cạnh tổn khuyết vùng nách để che phủ khuyết phần mềm vùng nách.
- Nguyên lý: Sử dụng vạt da tại chỗ với các kĩ thuật: dồn đẩy, chuyển hoặc xoay vạt che phủ khuyết tổn vùng nách. Vùng nách là vùng vận động, vì vậy vạt tại chỗ che phủ đảm bảo không hạn chế vận động vùng nách và tránh sẹo co kéo. Màu sắc và độ dày, cấu trúc vạt tại chỗ thường tương đồng với vùng tổn khuyết, giúp đạt kết quả thẩm mỹ tốt
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết da vùng nách.
  + Khôi phục chức năng: duy trì chức năng vận động linh hoạt vùng nách.
  + Cải thiện về mặt thẩm mỹ, hạn chế sẹo co kéo.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết phần mềm vùng nách do các nguyên nhân: chấn thương, sau cắt bỏ khối u hoặc sẹo co kéo vùng nách.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện cho một phẫu thuật kéo dài.
- Toàn thân hoặc tại chỗ đang trong tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng.
- Rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin 1mg/1ml, ...):
- Nước cất: pha với thuốc co mạch (adrenalin, ...) thành dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000, ...)
- Dung dịch nước muối (NaCl 0.9%, …): rửa vết mổ

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da (nếu cần)
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu đơn sợi (các cỡ)
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Kính lúp phẫu thuật
- Máy doppler cầm tay
- Dao lấy da ghép, máy lấy da ghép (nếu cần)
- Dao mổ điện

5.5. Người bệnh
- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí cho vạt, kế hoạch và chăm sóc sau mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra, hướng điều trị dự kiến.

5.6. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.7. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 120 phút (2 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa giạng tay trên bàn kê tay hoặc nằm nghiêng (tùy theo vị trí lấy vạt)

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nền nhận vạt:
- Làm sạch tổn khuyết, cắt lọc mép xung quanh, cắt lọc tổ chức giả mạc và hoại tử
- Rửa sạch tổn thương vùng nách bằng nước muối sinh lý betadin
- Đo lại kích thước tổn khuyết vùng nách
- Thiết kế lại vị trí cho vạt theo kích thước tổn khuyết

6.2. Bước 2: Rạch da theo thiết kế
- Bóc tách vạt đến mặt phẳng cân sâu
- Nâng vạt lên, kiểm tra cấp máu mép vạt

6.3. Bước 3: Chuyển vạt tới vị trí nách, khâu tạo hình che phủ khuyết phần mềm vùng nách

6.4. Bước 4: Khâu đóng nơi cho vạt 2 lớp, đặt dẫn lưu (nếu cần)

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi
- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt

- Theo dõi vạt trong 48 giờ đầu, phát hiện sớm biến chứng. Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, trương lực, refill.
- Phát hiện sớm những biến chứng như thiểu năng động mạch, tắc mạch, thiểu năng tĩnh mạch xử trí sớm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua nơi cho vạt và nhận vạt. Xử trí cầm máu kỹ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thiểu năng động mạch: vạt nhợt lạnh, refill chậm, mất trương lực. Xử trí: mổ cấp cứu sớm tìm nguyên nhân xử trí
- Thiểu năng tĩnh mạch: vạt tím, refill nhanh, ứa máu đen mép vạt. Xử trí: mổ cấp cứu sớm

7.3. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh,cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại
- Chậm liền vết mổ vạt. Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery Volume 1, Principles, Elsevier Sauder 2013.
- Bài giảng Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. NXB Y Học, 2017; 225-230
- Isik D, Tekes L, Eseoglu M, et al. Closure of Large Myelomeningocele Defects Using Dorsal Intercostal Artery Perforator Flap. Ann Plast Surg. 2011;67:159–63.
- Durgun M, Baş S, Aslan C, et al. Use of dorsal intercostal artery perforator flap in the repair of back defects. J Plast Surg Hand Surg. 2016;50:80–4.

26. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT NHỎ HƠN 2 CM BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình vạt da tại chỗ cho khuyết phần mềm vùng dương vật là phẫu thuật sử dụng vạt da lân cận ngay cạnh tổn khuyết vùng dương vật để che phủ khuyết phần mềm vùng dương vật có kích thước nhỏ hơn 2cm.
- Nguyên lý: Sử dụng vạt da tại chỗ với các kĩ thuật: dồn đẩy, hoặc chuyển vạt để che phủ khuyết tổn vùng dương vật. Da vùng dương vật và vùng lân cận (vùng bìu, vùng mu) có độ đàn hồi cao, phù hợp với các khuyết hổng nhỏ.
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết da vùng dương vật.
  + Khôi phục chức năng: duy trì chức năng tiểu tiện và cương dương bình thường.
  + Cải thiện về mặt thẩm mỹ, hạn chế sẹo co kéo.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết phần mềm vùng dương vật kích thước nhỏ hơn 2cm do các nguyên nhân: chấn thương, sau cắt bỏ khối u.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện cho một phẫu thuật kéo dài.
- Toàn thân hoặc tại chỗ đang trong tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng.
- Rối loạn đông máu.

4.THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận

5.CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02.

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin 1mg/1ml, ...)
- Nước cất: pha với thuốc co mạch (adrenalin, ...) thành dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000, ...)
- Dung dịch nước muối (NaCl 0.9%, …): rửa vết mổ

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu đơn sợi (các cỡ)
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ
- Điện cực tim
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Kính lúp phẫu thuật
- Dao mổ điện

5.5. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí cho vạt, kế hoạch và chăm sóc sau mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra, hướng điều trị dự kiến.
- Chuẩn bị phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh sạch sẽ vùng phẫu thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.7. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 120 phút (2 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa giạng tay trên bàn kê tay

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nền nhận vạt:

- Làm sạch tổn khuyết, cắt lọc mép xung quanh, cắt lọc tổ chức giả mạc và hoại tử
- Rửa sạch tổn thương vùng dương vật bằng nước muối sinh lý betadin
- Đo lại kích thước tổn khuyết vùng dương vật
- Thiết kế lại vị trí cho vạt theo kích thước tổn khuyết

6.2. Bước 2: Rạch da theo thiết kế

Bóc tách vạt, nâng vạt lên, kiểm tra cấp máu mép vạt

6.3. Bước 3: Chuyển vạt tới vị trí khuyết phần mềm dương vật, khâu tạo hình che phủ

6.4. Bước 4: Khâu đóng nơi cho vạt.

6.5 Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi

- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt
- Theo dõi vạt trong 48 giờ đầu, phát hiện sớm biến chứng. Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, trương lực, refill.
- Phát hiện sớm những biến chứng như thiểu năng động mạch, tắc mạch, thiểu năng tĩnh mạch xử trí sớm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc,

thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua nơi cho vạt và nhận vạt. Xử trí cầm máu kỹ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thiểu năng động mạch: vạt nhợt lạnh, refill chậm, mất trương lực. Xử trí: mổ cấp cứu sớm tìm nguyên nhân xử trí
- Thiểu năng tĩnh mạch: vạt tím, refill nhanh, ứa máu đen mép vạt. Xử trí: mổ cấp cứu sớm

7.3. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh,cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại
- Chậm liền vết mổ vạt. Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hardin CA, Tieu KD. Divided or kissing nevus of the penis. Dermatol Online J. 2013;19(10):20027. doi: 10.5070/D31910020027 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Li ZB, Liu T, Zhang QG, Hu JT. Treatment of divided nevus of the penis with circumcision and free inner prepuce grafting. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2015;3(5):e389. doi: 10.1097/GOX.0000000000000362 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. A brief male sexual function inventory for urology. Urology. 1995;46(5):697–706. doi: 10.1016/S0090-4295(99)80304-5 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res. 1999;11(6):319–326. doi: 10.1038/sj.ijir.3900472 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2005;44(Pt 2):227–239. doi: 10.1348/014466505X29657 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Oomen L, Leijte E, Shilhan DE, Battye M, Feitz WFJ. Rare and complex urology: clinical overview of ERN eUROGEN. Eur Urol. 2022;81(2):204–212. doi: 10.1016/j.eururo.2021.02.043 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

27. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT LỚN HƠN 2 CM BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình vạt da tại chỗ cho khuyết phần mềm vùng dương vật lớn hơn 2cm là phẫu thuật sử dụng vạt da tại chỗ (lấy từ vùng lân cận trên dương vật hoặc khu vực xung quanh) để che phủ khuyết da, đảm bảo chức năng và thẩm mỹ.
- Nguyên lý: Sử dụng vạt da tại chỗ với các kĩ thuật: dồn đẩy, hoặc chuyển vạt hoặc vạt xoay để che phủ khuyết tổn vùng dương vật. Vạt da được thiết kế sao cho phù hợp với kích thước, hình dạng và đặc điểm sinh lý của vùng khuyết da, đảm bảo độ đàn hồi và khả năng co giãn của dương vật
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết da vùng dương vật.
  + Khôi phục chức năng: đảm bảo chức năng tiểu tiện và cương dương bình thường.
  + Cải thiện về mặt thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống, hạn chế sẹo co kéo.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết phần mềm vùng dương vật kích thước lớn hơn 2cm do các nguyên nhân: chấn thương, bỏng, nhiễm trùng hoặc sau cắt bỏ khối u.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện cho một phẫu thuật kéo dài.
- Toàn thân hoặc tại chỗ đang trong tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng.
- Rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02.

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin 1mg/1ml, ...)
- Nước cất: pha với thuốc co mạch (adrenalin, ...) thành dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000, ...)
- Dung dịch nước muối (NaCl 0.9%, …): rửa vết mổ

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu đơn sợi (các cỡ)
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Kính lúp phẫu thuật
- Dao mổ điện

5.5. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí cho vạt, kế hoạch và chăm sóc sau mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra, hướng điều trị dự kiến.
- Chuẩn bị phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh sạch sẽ vùng phẫu thuật và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Dự kiến 120 phút (2 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa giạng tay trên bàn kê tay.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nền nhận vạt

- Làm sạch tổn khuyết, cắt lọc mép xung quanh, cắt lọc tổ chức giả mạc và hoại tử
- Rửa sạch tổn thương vùng dương vật bằng nước muối sinh lý betadin
- Đo lại kích thước tổn khuyết vùng dương vật
- Thiết kế lại vị trí cho vạt theo kích thước tổn khuyết

6.2. Bước 2: Rạch da theo thiết kế

Bóc tách vạt, nâng vạt lên, kiểm tra cấp máu mép vạt

6.3. Bước 3: Chuyển vạt tới vị trí khuyết phần mềm dương vật, khâu tạo hình che phủ

6.4. Bước 4: Khâu đóng nơi cho vạt.

6.5: Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi

- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt
- Theo dõi vạt trong 48 giờ đầu, phát hiện sớm biến chứng. Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, trương lực, refill.
- Phát hiện sớm những biến chứng như thiểu năng động mạch, tắc mạch, thiểu năng tĩnh mạch xử trí sớm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua nơi cho vạt và nhận vạt. Xử trí cầm máu kỹ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thiểu năng động mạch: vạt nhợt lạnh, refill chậm, mất trương lực. Xử trí: mổ cấp cứu sớm tìm nguyên nhân xử trí
- Thiểu năng tĩnh mạch: vạt tím, refill nhanh, ứa máu đen mép vạt. Xử trí: mổ cấp cứu sớm

7.3. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh, cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại
- Chậm liền vết mổ: Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Godinho N, Nai GA, Schaefer ALF, Schaefer LV. Kissing nevus of the penis: a case report and dermatoscopic findings. An Bras Dermatol. 2017;92(5 Suppl 1):95–97. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175574 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Yun SJ, Wi HS, Lee JB, Kim SJ, Won YH, Lee SC. Kissing nevus of the penis. Ann Dermatol. 2011;23(4):512–514. doi: 10.5021/ad.2011.23.4.512 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Correia B, Duarte AF, Haneke E, Correia O. CO(2) laser treatment of a kissing nevus of the penis: an alternative solution for a rare condition. J Dermatolog Treat. 2021;32(1):120–123. doi: 10.1080/09546634.2019.1629384 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Gu C, Wang XX, Luo X, et al. An alternative strategy treated giant congenital melanocytic nevi with epidermis and superficial dermis of the lesions. Medicine. 2018;97(4):e9725. doi: 10.1097/MD.0000000000009725 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Jia R, Zhu H, Lin M, et al. Clinicopathological characteristics and surgical outcomes of divided nevus of the eyelids: a decade’s experience on 73 cases. Ann Plast Surg. 2012;68(2):166–170. doi: 10.1097/SAP.0b013e3182119155 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

28. PHẪU THUẬT KHÂU VÙI TINH HOÀN LỘT DA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật khâu vùi tinh hoàn lột da là phẫu thuật di chuyển tinh hoàn (bị lộ do mất da bìu) vào một vị trí tạm thời hoặc vĩnh viễn dưới da ở vùng lân cận (thường là vùng bẹn hoặc mặt trong đùi) và khâu vùi tại đó, đồng thời sử dụng vạt da tại chỗ hoặc ghép da để che phủ, bảo vệ tinh hoàn.
- Nguyên lý: Tinh hoàn là cơ quan nhạy cảm, cần được bảo vệ trong môi trường có nhiệt độ thích hợp (thấp hơn nhiệt độ cơ thể) và tránh tổn thương cơ học. Khi bị mất da bìu, tinh hoàn cần được đặt vào một vị trí mới để duy trì chức năng.
- Mục đích:
  + Bảo vệ tinh hoàn
  + Duy trì chức năng sinh lý: đảm bảo tinh hoàn tiếp tục sản xuất tinh trùng và hormone testosterone bằng cách đặt tinh hoàn ở vị trí có điều kiện nhiệt độ thích hợp
  + Ngăn ngừa biến chứng: giảm nguy cơ nhiễm trùng hoặc mất tinh hoàn do không được che phủ
  + Cải thiện về mặt thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH:

Lột da tinh hoàn không có khả năng bảo tồn vùng da lột, thường do nguyên nhân: chấn thương, bỏng, nhiễm trùng nặng (hoại thư Fournier).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện cho một phẫu thuật kéo dài.
- Toàn thân hoặc tại chỗ đang trong tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng.
- Rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02.

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin 1mg/1ml, ...)
- Nước cất: pha với thuốc co mạch (adrenalin, ...) thành dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000, ...)
- Dung dịch nước muối (NaCl 0.9%, …): rửa vết mổ

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu đơn sợi (các cỡ)
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Kính lúp phẫu thuật
- Dao mổ điện

5.5. Người bệnh
- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, siêu âm Doppler: đánh giá lưu lượng máu đến tinh hoàn để đảm bảo tinh hoàn còn khả năng sống.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí khâu vùi tinh hoàn, kế hoạch và chăm sóc sau mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra, hướng điều trị dự kiến.
- Chuẩn bị phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh sạch sẽ vùng phẫu thuật và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.6. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.7. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 120 phút (2 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa tư thế sản khoa, giạng 2 tay trên bàn kê tay

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống

6.1. Bước 1: Cắt lọc, loại bỏ mô hoại tử, nhiễm trùng, đánh giá lại tình trạng tinh hoàn và ống dẫn tinh.

6.2. Bước 2: Chọn vị trí khâu vùi: thường là mặt trong đùi hoặc vùng ben

6.3. Bước 3: Tạo một khoang dưới da đủ rộng để chứa tinh hoàn và không gây chèn ép.

6.4. Bước 4: Di chuyển tinh hoàn vào khoang dưới da đã tạo, khâu cố định tinh hoàn

6.5. Bước 5: Sử dụng vạt da tại chỗ hoặc ghép da để che phủ tổn khuyết còn lại.

6.6. Bước 6:
- Đặt dẫn lưu.
- Khâu đóng vết mổ theo lớp.

6.7. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi
- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt
- Kiểm tra dấu hiệu nhiễm trùng, tụ máu hoặc hoại tử vạt da.

- Đánh giá lưu lượng máu đến tinh hoàn bằng siêu âm Doppler (nếu cần).

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Xử trí cầm máu kỹ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu, tụ dịch vết mổ: cắt bớt chỉ, nặn dịch. Nếu cần thì mổ lại, xử trí, cầm máu, làm sạch khoang.

7.3. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh, cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại
- Chậm liền vết mổ: Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Yun IS, Lee JH, Rah DK, Lee WJ. Perineal reconstruction using a bilobed pudendal artery perforator flap. Gynecol Oncol. 2010;118:313–6. [PubMed] [Google Scholar]
- Ninomiya R, Kishi K, Imanishi N, Nakajima H, Nakajima T. Reconstruction of vulva using pudendal thigh gluteal fold bilobed flap. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010;63:e130–2. [PubMed] [Google Scholar]
- Hallock GG. Scrotal reconstruction following Fournier gangrene using the medial circumflex femoral artery perforator flap. Ann Plast Surg. 2006;57:333–5. [PubMed] [Google Scholar]
- Atik B, Tan O, Ceylan K, Etlik O, Demir C. Reconstruction of wide scrotal defect using superthin groin flap. Urology. 2006;68:419–22. [PubMed] [Google Scholar]
- Coskunfirat OK, Uslu A, Cinpolat A, Bektas G. Superiority of medial circumflex femoral artery perforator flap in scrotal reconstruction. Ann Plast Surg. 2011;67:526–30. [PubMed] [Google Scholar]

29. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA NIÊM MẠC VÙNG ÂM HỘ BẰNG VẠT DA TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình khuyết da niêm mạc vùng âm hộ bằng vạt da tại chỗ là phẫu thuật sử dụng vạt da lân cận tổn khuyết (vùng bẹn, đùi trong) để che phủ khuyết phần mềm âm hộ nhằm che phủ và khôi phục cấu trúc vùng bị khuyết.
- Nguyên lý: Sử dụng vạt da tại chỗ với các kĩ thuật: dồn đẩy, hoặc chuyển vạt hoặc vạt xoay để che phủ khuyết tổn vùng âm hộ. Vạt da được chọn có đặc điểm tương đồng với da niêm mạc vùng âm hộ để đảm bảo chức năng và thẩm mỹ, tránh sẹo co kéo.
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết da niêm mạc vùng âm hộ.
  + Khôi phục chức năng: đảm bảo âm hộ hoạt động bình thường: chức năng tiểu tiện, quan hệ tình dục, bảo vệ cơ quan sinh dục
  + Cải thiện về mặt thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống, hạn chế sẹo co kéo.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết da niêm mạc vùng âm hộ do các nguyên nhân: chấn thương, nhiễm trùng hoặc sau cắt bỏ khối u.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện cho một phẫu thuật kéo dài.
- Toàn thân hoặc tại chỗ đang trong tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng.
- Rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm tổ chức vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03 (01 Phẫu thuật viên + 02 phụ phẫu thuật).
- Điều dưỡng: 02.

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin 1mg/1ml, ...)
- Nước cất: pha với thuốc co mạch (adrenalin, ...) thành dung dịch thuốc co mạch (adrenalin 1/200000, ...)
- Dung dịch nước muối (NaCl 0.9%, …): rửa vết mổ

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu đơn sợi (các cỡ)
- Chỉ tiêu đa sợi các cỡ
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Kính lúp phẫu thuật
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.5. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, diễn biến cân nặng trong tiền sử, tiền sử bệnh tật
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí cho vạt, kế hoạch và chăm sóc sau mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra, hướng điều trị dự kiến.
- Chuẩn bị phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh sạch sẽ vùng phẫu thuật và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Dự kiến 180 phút (3 giờ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa tư thế sản khoa giạng tay trên bàn kê tay

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nền nhận vạt.

- Làm sạch tổn khuyết, cắt lọc mép xung quanh, cắt lọc tổ chức giả mạc và hoại tử
- Rửa sạch tổn thương vùng âm hộ bằng nước muối sinh lý betadin
- Đo lại kích thước tổn khuyết vùng âm hộ
- Thiết kế lại vị trí cho vạt theo kích thước tổn khuyết (vùng bẹn, đùi trong,…)

6.2. Bước 2: Rạch da theo thiết kế

Bóc tách vạt, nâng vạt lên, kiểm tra cấp máu mép vạt

6.3. Bước 3: Chuyển vạt tới vị trí khuyết phần mềm âm hộ, khâu tạo hình che phủ

6.4. Bước 4: Khâu đóng nơi cho vạt, đặt dẫn lưu dưới vạt nếu cần.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi

- Toàn trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp duy trì ổn định, thân nhiệt
- Theo dõi vạt trong 48 giờ đầu, phát hiện sớm biến chứng. Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, trương lực, refill.
- Phát hiện sớm những biến chứng như thiểu năng động mạch, tắc mạch, thiểu năng tĩnh mạch xử trí sớm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua nơi cho vạt và nhận vạt. Xử trí cầm máu kỹ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thiểu năng động mạch: vạt nhợt lạnh, refill chậm, mất trương lực. Xử trí: mổ cấp cứu sớm tìm nguyên nhân xử trí
- Thiểu năng tĩnh mạch: vạt tím, refill nhanh, ứa máu đen mép vạt. Xử trí: mổ cấp cứu sớm

7.3. Biến chứng muộn

- Tại chỗ: hoại tử vạt 1 phần hoặc toàn bộ. Xử trí thay băng và dùng kháng sinh, cắt lọc chăm sóc tại chỗ, xét phẫu thuật lại
- Chậm liền vết mổ: Xử trí thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fin A, Rampino Cordaro E, Guarneri GF, et al. Experience with gluteal V-Y fasciocutaneous advancement flaps in vulvar reconstruction after oncological resection and a modification to the marking: Playing with tension lines. Int Wound J 2019;16:96-102. 10.1111/iwj.12997 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Tock S, Wallet J, Belhadia M, et al. Outcomes of the use of different vulvar flaps for reconstruction during surgery for vulvar cancer. Eur J Surg Oncol 2019;45:1625-31. 10.1016/j.ejso.2019.04.012 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Hollenbeck ST, Toranto JD, Taylor BJ, et al. Perineal and lower extremity reconstruction. Plast Reconstr Surg 2011;128:551e-63e. 10.1097/PRS.0b013e31822b6b87 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Salgarello M, Farallo E, Barone-Adesi L, et al. Flap algorithm in vulvar reconstruction after radical, extensive vulvectomy. Ann Plast Surg 2005;54:184-90. 10.1097/01.sap.0000141381.77762.07 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- John HE, Jessop ZM, Di Candia M, et al. An algorithmic approach to perineal reconstruction after cancer resection--experience from two international centers. Ann Plast Surg 2013;71:96-102. 10.1097/SAP.0b013e3182414485 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

30. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ để tạo hình che phủ khuyết da bàn tay. Kỹ thuật lấy vạt da từ một vị trí khác trên bàn tay chuyển đến vị trí khuyết da ở bàn tay để che phủ và tạo hình lại da bàn tay.
- Nguyên lý:
  + Lấy vạt da từ vị trí cho vạt có mạch máu nuôi dưỡng riêng.
  + Chuyển vạt da đến vị trí khuyết da ở bàn tay. Cố định vạt
  + Băng bó và theo dõi tình trạng vạt da.
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết da bàn tay do tai nạn, bỏng, bệnh lý hoặc hậu phẫu thuật.
  + Tạo hình lại da bàn tay trông tự nhiên và cải thiện chức năng.
  + Bảo vệ các cấu trúc bên dưới da như gân, dây thần kinh, xương khớp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương khuyết da phần mềm bàn tay do bỏng hoặc di chứng chấn thương, vết thương mất da

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 02 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, tay dạng 70 độ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ toàn bộ cẳng bàn tay
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn khuyết và vạt da tại chỗ

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn, trải toan, bộc lộ phần cẳng bàn tay
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da tại chỗ
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da tại chỗ
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt tại chỗ che phủ khuyết da phần mềm

- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 4/0 - 5/0 và nylon 4/0 – 5/0

6.5. Bước 5:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Xem xét giải phóng cuống, cắt chỉ giảm căng vết mổ. Nặng thì chăm sóc vết thương chuẩn bị mổ thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo co kéo. Xử trí: thuốc bôi, vạt lý trị liệu, phẫu thuật
- Vạt dày. Xử trí làm mỏng vạ bằng phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Walsh JF. The Anatomy and Functions of the Muscles of the Hand. Legare Street Press; 2022.
- Wolfe SW, Pederson WC, Kozin SH, Cohen MS. Green’s Operative Hand Surgery E-Book: 2-Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2021.
- Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

31. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ để tạo hình che phủ khuyết da ngón tay. Kỹ thuật sử dụng vạt da từ các vị trí lân cận trên ngón tay để che phủ các khuyết da do tai nạn, bỏng, bẩm sinh hoặc hậu phẫu thuật.
- Nguyên lý:
+ Lấy vạt da từ vị trí hiến tặng trên ngón tay.
+ Chuyển vạt da đến vị trí khuyết da.
+ Cố định vạt.
+ Đảm bảo vạt da cấp máu tốt và không chèn ép cuống.
- Mục đích:
+ Che phủ và bảo vệ các tổ chức bên dưới.
+ Cải thiện khả năng vận động của ngón tay.
+ Cải thiện hình dạng ngón tay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương khuyết da phần mềm ngón tay do bỏng hoặc di chứng chấn thương, vết thương mất da

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật

- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kĩ thuật: 02 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, tay dạng 70 độ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ toàn bộ cẳng bàn tay
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn khuyết và vạt da tại chỗ

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn, trải toan, bộc lộ phần cẳng bàn tay
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da tại chỗ
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da tại chỗ
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt tại chỗ che phủ khuyết da phần mềm
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 4/0 - 5/0 và nylon 4/0 – 5/0

6.5. Bước 5:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo
- 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
- 7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu
- 7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Xem xét giải phóng cuống, cắt chỉ giảm căng vết mổ. Nặng thì chăm sóc vết thương chuẩn bị mổ thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo co kéo. Xử trí: thuốc bôi, vạt lý trị liệu, phẫu thuật
- Vạt dày. Xử trí làm mỏng vạ bằng phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Walsh JF. The Anatomy and Functions of the Muscles of the Hand. Legare Street Press; 2022.
- Wolfe SW, Pederson WC, Kozin SH, Cohen MS. Green’s Operative Hand Surgery E-Book: 2-Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2021.
- Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

32. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA TẠI CHỖ CHO KHUYẾT DA CỔ BÀN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ để tạo hình che phủ khuyết da cổ bàn chân. Kỹ thuật sử dụng vạt da từ các vị trí lân cận cổ bàn chân để che phủ các khuyết hổng do chấn thương, bỏng, loét, hoặc bệnh lý khác.
- Nguyên lý:
  + Lấy vạt da từ vị trí cho ngay cạnh tổn khuyết.
  + Chuyển vạt da đến vị trí khuyết hổng ở cổ bàn chân.
  + Khâu cố định vạt.
  + Đảm bảo vạt da cấp máu tốt và không bị căng vết mổ.
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết hổng da, bảo vệ các tổ chức bên dưới.
  + Cải thiện chức năng của bàn chân, giúp đi lại dễ dàng hơn.
  + Tăng cường thẩm mỹ, giảm sẹo và tăng sự tự tin cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương khuyết da phần mềm vùng cổ bàn chân do bỏng hoặc di chứng chấn thương, vết thương mất da

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật

- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 02 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tùy vùng phẫu thuật của cổ bàn chân.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ toàn bộ cẳng bàn chân
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn khuyết và vạt da tại chỗ

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn, trải toan, bộc lộ tổn thương
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da tại chỗ
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da tại chỗ

- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt tại chỗ che phủ khuyết da phần mềm
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 4/0 - 5/0 và nylon 4/0 – 5/0

6.5. Bước 5:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)

Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Xem xét giải phóng cuống, cắt chỉ giảm căng vết mổ. Nặng thì chăm sóc vết thương chuẩn bị mổ thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo co kéo. Xử trí: thuốc bôi, vạt lý trị liệu, phẫu thuật
- Vạt dày. Xử trí làm mỏng vạ bằng phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Hollenbeck ST, Arnold PB, Orgill DP, eds. Handbook of Lower Extremity Reconstruction: Clinical Case-Based Review and Flap Atlas. Springer International Publishing; 2020. doi:10.1007/978-3-030-41035-3
- Hansen JT. Netter’s Clinical Anatomy - E-Book: Netter’s Clinical Anatomy - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2021.
- Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

33. PHẪU THUẬT ĐÓNG GÓC MÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ hoặc cuống mạch liền để đóng góc mép. Kỹ thuật tái tạo phần góc mép bị rách, tổn thương hoặc bị mất do các nguyên nhân như:
  - Tai nạn
  - Bỏng
  - Bẩm sinh
  - Hậu phẫu thuật

-Nguyên lý:

  - Cắt bỏ phần da và niêm mạc bị tổn thương.
  - Khâu lại các cơ và mô mềm tại góc mép.
  - Tạo hình lại phần da và niêm mạc của góc mép.

- Mục đích:

  - Khôi phục lại hình dạng bình thường của góc mép.
  - Giảm sẹo và tăng cường sự tự tin.
  - Tăng cường khả năng khép miệng kín.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương góc mép: Vết thương, khuyết hổng phần mềm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng toàn thân, tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng không thể khâu đóng trực tiếp

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật

- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 02 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng, bộc lộ vùng mặt

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Bộc lộ phần mặt
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương
- Đánh giá tổn thương

6.2. Bước 2:

- Thiết kế các vạt da tại chỗ hoặc cuống liền nếu không thể đóng trực tiếp
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da tại chỗ, cuống liền theo thiết kế

- Cầm máu kĩ

6.3. Bước 3:

- Khâu đóng trực tiếp hoặc chuyển vạt tạo hình đóng góc mép

6.4. Bước 4:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.
- MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th edition. Elsevier; 2021.

34. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT LÂN CẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt lân cận để che phủ khuyết vùng da đầu mang tóc. Phẫu thuật này nhằm che phủ các vết thương da đầu rộng bằng cách sử dụng các vạt lân cận. Vạt lân cận là các vạt cuống liền từ đơn vị giải phẫu bên cạnh, được chuyển từ vùng da lành đến vùng da khuyết.
- Nguyên lý của phẫu thuật này là sử dụng vạt lân cận để bù đắp vùng da khuyết, giúp tái tạo hình dáng tự nhiên và che phủ các khuyết hổng phần mềm trên da đầu.
- Mục đích chính của phẫu thuật là liền thương, cải thiện ngoại hình và tự tin cho bệnh nhân bằng cách che phủ các vết thương da đầu. Phẫu thuật này thường được thực hiện sau các tai nạn, chấn thương, hoặc sau phẫu thuật cắt u da đầu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết da và phần mềm ở vùng da đầu mang tóc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng toàn thân, tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng không thể đóng tổn khuyết bằng vạt da lân cận

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng hoặc sấp, bộc lộ da đầu tổn thương

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng nếu vết thương đơn giản

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Bộc lộ phần đầu mặt
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương
- Đánh giá, đo đạc tổn thương

6.2. Bước 2:

- Thiết kế các vạt da lân cận mang tóc
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da theo thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.3. Bước 3:

- Chuyển các vạt lân cận và khâu tạo hình
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 -4/0 và nylon 3/0 – 4/0 hoặc ghim da

6.4. Bước 4:

- Bôi mỡ kháng sinh.

- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu
- Tình trạng cấp máu của vạt da

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo mất tóc, rụng tóc. Xử trí cấy tóc, phẫu thuật giãn da đầu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.
- Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

35. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA LÂN CẬN CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt lân cận để che phủ khuyết vùng da vùng trán. Phẫu thuật tạo vạt da lân cận che phủ các khuyết da trán là một kỹ thuật trong lĩnh vực phẫu thuật tạo hình. Vạt là một khối tổ chức có mạch máu nuôi dưỡng, đảm bảo có thể chuyển từ vị trí giải phẫu bình thường (nơi cho) đến vị trí khác (nơi nhận) trên cơ thể nhưng tuần hoàn trong vạt vẫn được duy trì.
- Nguyên lý của phẫu thuật này là sử dụng vạt da lành ở cạnh vùng khuyết để che phủ vùng khuyết. Vạt da lành được bóc tách có đủ các thành phần của da và lớp hạ bì, sự phân bố mạch là mạch trục hoặc mạch xuyên.
- Phẫu thuật tạo vạt da lân cận che phủ các khuyết da trán có mục đích điều trị các vết thương phần mềm, bỏng có tổn thương lộ gân xương khớp mà không thể ghép mảnh rời tự do. Mục đích của phẫu thuật tạo vạt da lân cận che phủ các khuyết da trán là để giảm nguy cơ hoại tử xương, che phủ được những xương, thần kinh và/hoặc mạch máu bị lộ, giảm số lần phẫu thuật, phục hồi sớm giải phẫu và chức năng các cơ quan.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết da và phần mềm ở vùng trán

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng toàn thân, tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng không thể đóng tổn khuyết bằng vạt da lân cận

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật

- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng hoặc sấp, bộc lộ da đầu tổn thương

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Bộc lộ phần đầu mặt
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương
- Đánh giá, đo đạc tổn thương

6.2. Bước 2:

- Thiết kế các vạt da lân cận mang tóc
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da theo thiết kế

- Cầm máu kĩ

6.3. Bước 3:

- Chuyển các vạt lân cận và khâu tạo hình
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 -4/0 và nylon 3/0 – 4/0 hoặc ghim da

6.4. Bước 4:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.5. Kết thúc quy trình:

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ, dẫn lưu
- Tình trạng cấp máu của vạt da

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo mất tóc, rụng tóc. Xử trí cấy tóc, phẫu thuật giãn da đầu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.
- Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

36. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT DA MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt lân cận để che phủ khuyết vùng da mi. Phẫu thuật tạo vạt da lân cận cho khuyết da mi là quá trình lấy một vạt da từ vùng kế cận để chuyển vào vùng khuyết hổng da mi.
- Nguyên lý:
  + Vạt da được lấy từ vùng gần tổn thương, đảm bảo có cuống nuôi.
  + Vạt da phải có độ dài và chiều rộng phù hợp để che phủ khuyết hổng.
- Mục đích:
  + Tạo vạt da lân cận để phục hồi khuyết hổng da mi.
  + Đảm bảo vạt da có cuống nuôi để đảm bảo sự sống của vạt sau khi che phủ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết da và phần mềm ở vùng mi
- Sẹo co kéo mi do di chứng chấn thương bỏng, vết thương

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng toàn thân, tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng không thể đóng tổn khuyết bằng vạt da lân cận

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thu Thuốc:ng
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1: Bệnh nhân nằm ngửa bộc lộ tổn thương mi

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Bộc lộ phần đầu mặt
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương
- Đánh giá, đo đạc tổn thương

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da lân cận
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da theo thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển các vạt lân cận và khâu tạo hình
- Khâu tạo hình

6.5. Bước 5:
- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt da

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:
Sẹo co kéo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.
- Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

37. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÁP MŨI BẰNG VẠT DA KẾ CẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt kế cận để tạo hình tháp mũi. Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt da kế cận là phương pháp giúp phục hồi các tổ chức của bộ phận trên cơ thể bị khuyết hổng.
- Trong phẫu thuật này, vạt da kế cận được lấy từ vùng gần mũi, có đầy đủ mạch máu nuôi dưỡng, giúp đảm bảo việc di chuyển từ vị trí nơi cho đến mũi bị khuyết hổng mà vẫn giữ được hoạt động bình thường của hệ tuần hoàn. Đây là một trong những giải pháp hiện đại và tân tiến nhất trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cho mũi.
- Mục đích của phẫu thuật này là cải thiện tính thẩm mỹ và đồng thời mang lại sự tự nhiên và cân bằng cho khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết da và phần mềm ở vùng tháp mũi
- Sẹo co kéo tháp mũi do di chứng chấn thương bỏng, vết thương
- Tổn khuyết sau cắt u, ung thư.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Vết thương nhiễm trùng, đang tiếp tục hoại tử
- Tình trạng toàn thân, tại chỗ không cho phép
- Khuyết hổng da phần mềm quá rộng không thể đóng tổn khuyết bằng vạt da lân cận

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bệnh nhân nằm ngửa bộc lộ tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Bộc lộ phần đầu mặt

6.3. Bước 3:

- Với vết thương: Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương.
- Với sẹo co kéo: Cắt sẹo, giải phóng sẹo co
- Với khối u, ung thư: Cắt u và ung thư. Diện cắt được làm giải phẫu bệnh tức thì tới khi âm tính
- Đánh giá, đo đạc tổn thương

6.4. Bước 4:

- Thiết kế các vạt da kế cận vùng rãnh mũi má, môi trên và má 2 bên
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da theo thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.5. Bước 5:

- Chuyển các vạt kế cận và khâu tạo hình
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 -4/0 và nylon 5/0 – 6/0

6.6. Bước 6:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.7. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt da

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo co kéo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.
- Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.

38. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU NĂNG VÒM HẦU BẰNG VẠT THÀNH HỌNG SAU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt thành họng sau để tạo hình lại vòm hầu trong các trường hợp dị dạng thiểu sản vòm hầu

2. CHỈ ĐỊNH

- Các thiểu sản vòm hầu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến

chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:
- Bệnh nhân nằm ngửa,
- Bộc lộ toàn bộ vùng đầu mặt
- Kiểm tra bảng kiểm trước phẫu thuật
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:
- Sát khuẩn
- Trải toan
- Bộc lộ vòm miệng
- Đánh giá đo đạc tổn thương

6.3. Bước 3:
- Thiết kế đường mở rộng để đóng kín vòm hầu
- Thiết kế các vạt cuống liền dạng chữ Z ở các thành họng sau
- Tách niêm mạc mặt trước và sau bộc lộ cơ căng màn hầu
- Rạch theo thiết kế, bóc tách tạo vạt cuống liền theo thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:
- Khâu tạo hình lại cơ căng màn hầu cho liên tục qua đường giữa
- Chuyển các vạt cuống liền từ thành họng sau cùng với vạt niêm mạc của màn hầu
- Khâu tạo hình vòm hầu
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 - 4/0

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: chèn gạc, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Giảm chức năng thông khí mũi họng. Xử trí phẫu thuật
- Nuốt nghẹn. Xử trí phẫu thuật
- Rối loạn phát âm. Xử trí ngôn ngữ trị liệu hoặc phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.

39. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG VẠT DA LÂN CẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt da lân cận để che phủ khuyết vùng ngực. Kỹ thuật tái tạo da vùng ngực bị khuyết do các nguyên nhân như:

+ Ung thư vú sau phẫu thuật cắt bỏ khối u.
+ Tai nạn.
+ Bỏng.
+ Nhiễm trùng.

- Nguyên lý:

+ Sử dụng vạt da từ các vị trí lân cận như bụng, lưng, cánh tay để lấp đầy phần da bị khuyết.
+ Tạo hình lại hình dạng và cấu trúc của ngực.

- Mục đích:

+ Tái tạo lại bầu ngực trông tự nhiên.
+ Giảm các vết sẹo.
+ Nâng cao sự tự tin cho bệnh nhân.
+ Bảo vệ các mô và cơ quan bên dưới ngực.
+ Giảm nguy cơ nhiễm trùng.
+ Có thể tạo hình núm vú và quầng vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết da và phần mềm ở vùng ngực không thể khâu đóng trực tiếp
- Sẹo co kéo, sẹo lồi do di chứng chấn thương bỏng, vết thương

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng ngực
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương. Giải phóng sẹo co
- Đánh giá, đo đạc tổn thương khuyết hổng

6.3. Bước 3:
- Thiết kế các vạt da lân cận vùng ngực, cổ, vai, bụng 2 bên
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da lân cận theo thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:
- Chuyển các vạt lân cận và khâu tạo hình che phủ tổn khuyết vùng ngực
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 -4/0 và nylon 4/0 – 5/0

6.5. Bước 5:
- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Máu tụ. Xử trí: chèn gạc, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2.

7.4. Biến chứng muộn:
Sẹo lồi, sẹo co kéo. Xử trí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.

40. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG BỤNG BẰNG VẠT DA LÂN CẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt da lân cận để che phủ khuyết vùng thành bụng. Kỹ thuật chuyển vạt da từ các vị trí lân cận như bìu, mông, đùi để che phủ các khuyết da do bỏng, tai nạn, lở loét hoặc phẫu thuật cắt bỏ khối u ở vùng bụng.
- Nguyên lý:
+ Lấy vạt da từ vị trí cho vạt.
+ Chuyển vạt da đến vị trí khuyết da ở vùng bụng.
+ Đảm bảo vạt da thành sống và tích hợp với thành bụng.
- Mục đích:
+ Che phủ khuyết da, bảo vệ cơ quan nội tạng.
+ Duy trì tính thẩm mỹ, tăng cường sự tự tin.
+ Phục hồi chức năng, giảm nguy cơ nhiễm trùng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết da và phần mềm ở vùng bụng
- Sẹo co kéo, sẹo lồi do di chứng chấn thương bỏng, vết thương
- Hoại tử vạ da sau mổ vùng bụng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh

Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng bụng, ngực
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương. Giải phóng sẹo co
- Đánh giá, đo đạc tổn thương khuyết hổng

6.3. Bước 3:

- Đánh giá, đo đạc tổn thương khuyết hổng
- Thiết kế các vạt da lân cận vùng bụng, ngực, lưng, bẹn, đùi 2 bên
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da lân cận theo thiết kế

- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển các vạt lân cận và khâu tạo hình che phủ tổn khuyết thành bụng
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 -4/0 và nylon 4/0 – 5/0

6.5. Bước 5:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ.
- Tình trạng cấp máu của vạt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: chèn gạc, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2.

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo lồi, sẹo co kéo. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.

41. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT DA BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sử dụng các vạt lân cận để tạo hình che phủ khuyết da bàn tay. Kỹ thuật lấy da từ vùng lân cận bàn tay (như cẳng tay, cánh tay) để bù đắp cho phần da bị mất do tai nạn, bỏng, bệnh lý hoặc bẩm sinh.
- Nguyên lý:
  + Thiết kế vạt da phù hợp với kích thước và hình dạng của phần da khuyết.
  + Bóc tách vạt da từ nơi cho và chuyển vạt vào vị trí khuyết da ở bàn tay.
- Mục đích:
  + Che phủ phần da bị khuyết, bảo vệ các mô bên dưới.
  + Cải thiện khả năng cầm nắm và vận động của bàn tay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương khuyết da phần mềm bàn tay do bỏng hoặc di chứng chấn thương, vết thương mất da

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, dạng tay 70 độ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ cẳng bàn tay
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da lân cận theo tổn khuyết
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da lân cận như thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt lân cận che phủ khuyết da phần mềm bàn tay
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 4/0 - 5/0 và nylon 4/0 – 5/0

6.5. Bước 5:

- Bôi mỡ kháng sinh.

- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ.
- Tình trạng cấp máu của vạt .

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: chèn gạc, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2.

7.4. Biến chứng muộn:

Sẹo lồi, sẹo co kéo. Xử trí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. 2021 edition. Springer; 2021.

42. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vạt da lân cận cho khuyết phần mềm ngón tay là kỹ thuật sử dụng vạt da được lấy từ vùng lân cận ngón tay bị tổn thương để che phủ và phục hồi phần mềm bị thiếu hụt.
- Nguyên lý của kỹ thuật này dựa trên sự cấp máu da của các mạch máu, mạch xuyên và mạng mạch. Vạt da được lấy từ vùng lân cận sau khi chuyển vạt sẽ có sức sống tốt tại nơi nhận và phục hồi chức năng của ngón tay.
- Mục đích của phẫu thuật tạo hình vạt da lân cận cho khuyết phần mềm ngón tay là che phủ phần mềm bị thiếu hụt, bảo vệ các mô sâu và cải thiện chức năng của ngón tay, tạo hình thẩm mỹ, giúp ngón tay có hình dạng gần như bình thường, giảm nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hổng phần mềm ngón tay lớn không thể sử dụng các vạt tại chỗ do các nguyên nhân: Chấn thương, cắt bỏ khối u, viêm loét mãn tính, nhiễm trùng...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, dạng tay 70 độ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ cẳng bàn tay
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da lân cận theo tổn khuyết
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da lân cận như thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt lân cận che phủ khuyết da phần mềm bàn tay
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 4/0 - 5/0 và nylon 4/0 – 5/0

6.5. Bước 5:
- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Máu tụ. Xử trí: chèn gạc, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo lồi, sẹo co kéo. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

43. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA LÂN CẬN CHO KHUYẾT DA CỔ BÀN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vạt da lân cận cho khuyết da cổ bàn chân là kỹ thuật sử dụng vạt da từ vùng lân cận để che phủ khu vực da bị tổn thương ở cổ bàn chân. Vạt da được lấy từ vị trí có đủ da thừa và được chuyển đến vị trí khuyết da, đảm bảo sự lưu thông máu và chức năng của da được duy trì.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc chuyển vạt da có cuống mạch nuôi dưỡng từ vùng lân cận đến vị trí khuyết da. Vạt da sau khi được chuyển sẽ giúp che phủ khu vực da bị tổn thương, phục hồi chức năng và thẩm mỹ cho cổ bàn chân.
- Mục đích là che phủ khuyết da do chấn thương, bỏng, loét, nhiễm trùng, hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ khối u, khôi phục chức năng vận động và cảm giác của cổ bàn chân, cải thiện thẩm mỹ, giúp bệnh nhân tự tin hơn trong sinh hoạt hàng ngày.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hổng phần mềm vùng cổ bàn chân do các nguyên nhân: Chấn thương, cắt bỏ khối u, viêm loét mãn tính, nhiễm trùng...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc tại phòng thủ thuật của khoa phòng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ cẳng bàn chân
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan
- Cắt lọc mép, làm sạch kỹ vết thương

6.3. Bước 3:

- Thiết kế các vạt da lân cận theo tổn khuyết
- Rạch da, bóc tách tạo vạt da lân cận như thiết kế
- Cầm máu kĩ

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt lân cận che phủ khuyết cổ bàn chân
- Khâu tạo hình: chỉ vicryl 3/0 - 4/0 và nylon 3/0 – 4/0

6.5. Bước 5:

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: chèn gạc, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo lồi, sẹo co kéo. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

44. PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kỹ thuật chuyển vạt da từ một vị trí khác trên cơ thể đến khuyết da đầu để che phủ và tái tạo da đầu mang tóc. Là phẫu thuật che phủ các vết thương da đầu rộng bằng sử dụng vạt tự do có kèm theo nối mạch máu thần kinh vi phẫu.
- Nguyên lý:
  + Lấy vạt da từ vùng cho (thường là ngực, bụng, đùi) với mạch máu nuôi dưỡng nguyên vẹn.
  + Chuyển vạt da đến vị trí khuyết da đầu.
  + Nối vi phẫu để kết nối mạch máu của vạt da với mạch máu ở da đầu.
  + Theo dõi và chăm sóc để đảm bảo vạt da sống và tích hợp với da đầu.
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết da đầu do bỏng, tai nạn, u da, bẩm sinh hoặc sau phẫu thuật.
  + Cải thiện thẩm mỹ và chức năng của da đầu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết hổng lớn vùng da đầu do các nguyên nhân: sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị... không thể đóng trực tiếp hay sử dụng các vạt tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Da đầu mất tóc. Xử trí cấy tóc phẫu thuật giãn da đầu mang tóc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

45. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TỰ DO CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo vạt tự do che phủ các khuyết da trán là kỹ thuật sử dụng một mảnh da từ vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) được chuyển đến che phủ vùng da bị khuyết ở trán (vùng nhận). Vạt da này được nuôi dưỡng bởi hệ thống mạch máu riêng biệt và được nối với mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo sự sống còn sau khi chuyển.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc nối vi phẫu để kết nối các mạch máu nhỏ giữa vạt da và vùng nhận. Sau khi chuyển, vạt da sẽ dần dần được tích hợp vào cơ thể tại vị trí mới và phục hồi chức năng như da bình thường.
- Mục đích là che phủ các khuyết da trán do nhiều nguyên nhân như: chấn thương, bỏng, ung thư da, sẹo xấu, …; khôi phục chức năng bảo vệ da, thẩm mỹ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết hổng lớn vùng da trán do các nguyên nhân: sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị... không thể đóng trực tiếp hay sử dụng các vạt tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

46. PHẪU THUẬT TẠO VẠT PHỨC HỢP TỰ DO CHE PHỦ CÁC KHUYẾT DA TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo vạt tự do che phủ các khuyết da trán là kỹ thuật sử dụng một mảnh da từ vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) được chuyển đến che phủ vùng da bị khuyết ở trán (vùng nhận). Vạt da này được nuôi dưỡng bởi hệ thống mạch máu riêng biệt và được nối với mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo sự sống còn sau khi chuyển.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc nối vi phẫu để kết nối các mạch máu nhỏ giữa vạt da và vùng nhận. Sau khi chuyển, vạt da sẽ dần dần được tích hợp vào cơ thể tại vị trí mới và phục hồi chức năng như da bình thường.
- Mục đích là che phủ các khuyết da trán do nhiều nguyên nhân như: chấn thương, bỏng, ung thư da, sẹo xấu, …; khôi phục chức năng bảo vệ da, thẩm mỹ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết hổng lớn vùng da trán do các nguyên nhân: sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị... không thể đóng trực tiếp hay sử dụng các vạt tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.
- Khóa ba ngã.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.

- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:
- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:
- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:
Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

47. PHẪU THUẬT TÁI TẠO CUNG MÀY BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phẫu thuật sử dụng vạt da và cơ từ một vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) để chuyển đến vị trí cung mày bị khuyết (vùng nhận). Vạt được nuôi dưỡng bởi các mạch máu riêng biệt, sau đó được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo sự sống và chức năng của vạt.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc chuyển vạt da và cơ có cuống mạch nuôi dưỡng từ vùng cho đến vùng nhận. Vạt được lấy từ những vị trí như da đầu (thường là vùng thái dương). Sau khi bóc tách vạt, bác sĩ sẽ nối vi phẫu các mạch máu của vạt với các mạch máu ở vùng nhận để cung cấp máu nuôi cho vạt. Vạt sẽ dần dần tích hợp với mô xung quanh và tạo hình cung mày mới.
- Mục đích là tái tạo cung mày bị mất hoặc sẹo do chấn thương, bỏng, bẩm sinh, hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ khối u; cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt, giúp cân đối và hài hòa các đường nét; phục hồi chức năng của cung mày, bảo vệ mắt khỏi bụi bẩn và ánh nắng mặt trời.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn khuyết một phần hoặc toàn bộ cung mày do chấn thương, bỏng, nhiễm trùng…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

48. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TOÀN BỘ MŨI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình toàn bộ mũi bằng vạt tự do là kỹ thuật sử dụng một vạt da cơ từ vị trí khác trên cơ thể (như đùi, cẳng tay, ngực) để thay thế toàn bộ cấu trúc mũi bị tổn thương do dị tật bẩm sinh, tai nạn, bỏng, hoặc ung thư. Vạt tự do được nuôi dưỡng bởi mạch máu riêng biệt và được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng mũi để đảm bảo sự sống còn.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc chuyển vạt da cơ từ vị trí có nguồn cung cấp máu dồi dào đến vị trí thiếu hụt. Vạt tự do sẽ cung cấp da, cơ, và mô mềm để tái tạo cấu trúc mũi, bao gồm cả phần da, sụn, và niêm mạc.
- Mục đích chính của phẫu thuật là phục hồi chức năng, tái tạo đường thở, cải thiện khả năng ngửi và chức năng hô hấp; cải thiện thẩm mỹ, tạo hình lại cấu trúc mũi, giúp khuôn mặt cân đối và hài hòa; nâng cao chất lượng cuộc sống, giúp bệnh nhân tự tin hơn trong giao tiếp và sinh hoạt hàng ngày.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết toàn bộ mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:
- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:
- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

49. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MỘT PHẦN MŨI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình một phần mũi bằng vạt tự do là kỹ thuật vi phẫu sử dụng một phần mô (vạt) từ vị trí khác trên cơ thể, có cuống mạch máu riêng biệt, được chuyển đến che phủ và tái tạo phần mũi bị khuyết hổng. Vạt tự do được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng mũi để đảm bảo lưu thông máu và nuôi dưỡng mô sống.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc chuyển vạt da cơ có cuống mạch máu từ vị trí khác trên cơ thể (như đùi, cẳng tay, ngực) đến vùng mũi bị khuyết hổng. Vạt tự do sẽ cung cấp da, cơ và mô mềm để tái tạo cấu trúc và chức năng của phần mũi bị tổn thương. Việc nối vi phẫu các mạch máu giúp đảm bảo vạt tự do được nuôi dưỡng và tồn tại lâu dài.
- Phẫu thuật tạo hình một phần mũi bằng vạt tự do được thực hiện với mục đích phục hồi thẩm mỹ, che phủ khuyết hổng phần mũi do chấn thương, bẩm sinh, ung thư hoặc các nguyên nhân khác, giúp cải thiện ngoại hình và sự tự tin của bệnh nhân; tái tạo chức năng, tạo hình lại cấu trúc mũi, giúp cải thiện chức năng hô hấp, khứu giác và bảo vệ các cơ quan bên trong mũi; cải thiện chất lượng cuộc sống, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân bằng cách khắc phục các vấn đề về thẩm mỹ và chức năng do khuyết hổng phần mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết một phần mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật**.**

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

50. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÁP MŨI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt tự do là kỹ thuật sử dụng vạt da (bao gồm cả mạch máu nuôi dưỡng) được lấy từ một vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) và chuyển đến vị trí tháp mũi (vùng nhận) để tái tạo cấu trúc mũi bị mất hoặc khiếm khuyết. Vạt tự do được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo sự sống còn và chức năng của nó.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc di chuyển vạt da cùng với mạch máu nuôi dưỡng để cung cấp nguồn cung cấp máu cho phần mô được ghép vào vị trí mới. Vạt tự do có thể được lấy từ nhiều vị trí khác nhau trên cơ thể như cánh tay, ngực hoặc đùi, tùy thuộc vào nhu cầu tái tạo và đặc điểm của từng trường hợp.
- Phẫu thuật tạo hình tháp mũi bằng vạt tự do được thực hiện với mục đích là tái tạo cấu trúc mũi bị mất hoặc khiếm khuyết, giúp phục hồi hình dạng và chức năng của mũi trong các trường hợp bị tổn thương do chấn thương, bỏng, ung thư, dị tật bẩm sinh hoặc các nguyên nhân khác; cải thiện thẩm mỹ, tạo hình tháp mũi thon gọn, cân đối, hài hòa với khuôn mặt, mang lại sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết tháp mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4:

- Chuyển vạt và nối mạch:

+Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.

Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

51. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁNH MŨI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là kỹ thuật phẫu thuật sử dụng một phần mô (vạt) từ vị trí khác trên cơ thể, có cuống mạch nuôi riêng, được chuyển đến vị trí cánh mũi bị tổn khuyết để tái tạo cấu trúc và chức năng. Vạt tự do được nối vi phẫu với các mạch máu ở cánh mũi để đảm bảo sự sống còn và hoạt động của mô được ghép.
- Nguyên lý: Dựa trên khả năng di chuyển và thích nghi của vạt tự do khi được nối vi phẫu với các mạch máu ở vị trí mới. Vạt tự do cung cấp da, sụn, cơ và các mô mềm khác để tái tạo cánh mũi bị tổn thương do nhiều nguyên nhân như:
  + Bẩm sinh: Hở vách mũi, sứt môi hở hàm ếch, dị tật cánh mũi.
  + Chấn thương: Tai nạn, bỏng, rách da, mất mô cánh mũi.
  + Ung thư: Cắt bỏ khối u ác tính ở cánh mũi.
  + Nhiễm trùng: Hoại tử cánh mũi do nhiễm trùng.
- Mục đích:
  + Tái tạo hình dạng và chức năng của cánh mũi: Cánh mũi được tái tạo sẽ có hình dạng gần giống với cánh mũi bình thường, giúp cải thiện thẩm mỹ và chức năng hô hấp.
  + Cải thiện chất lượng cuộc sống: Khắc phục tình trạng tự ti, mặc cảm do dị tật hoặc tổn thương cánh mũi, giúp bệnh nhân tự tin hơn trong giao tiếp và cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết cánh mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch

- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ.
- Tình trạng cấp máu của vạt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

52. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐẦU MŨI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là kỹ thuật phẫu thuật sử dụng một khối tổ chức (vạt) từ một vị trí khác trên cơ thể, có cuống mạch máu nuôi dưỡng riêng biệt, được chuyển đến để tái tạo phần đầu mũi bị khuyết hổng do chấn thương, bẩm sinh hoặc sau cắt bỏ khối u.
- Nguyên lý: Vạt tự do được lấy từ những vùng da có cấu trúc và màu sắc tương đồng với đầu mũi như trán, thái dương, cánh tay. Sau khi bóc tách vạt và nối vi phẫu các mạch máu với hệ thống mạch máu ở đầu mũi, vạt sẽ được nuôi dưỡng và tiếp tục phát triển tại vị trí mới, giúp tái tạo hình dạng và chức năng của đầu mũi.
- Mục đích:
  + Tái tạo hình dạng đầu mũi: Phục hồi cấu trúc thẩm mỹ cho khuôn mặt, giúp che lấp các khuyết hổng do dị tật bẩm sinh, chấn thương hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ khối u.
  + Cải thiện chức năng: Giúp lấy lại chức năng hô hấp, khứu giác và bảo vệ các cấu trúc bên trong mũi.
  + Nâng cao chất lượng cuộc sống: Tăng cường sự tự tin và cải thiện tâm lý cho người bệnh, giúp họ hòa nhập tốt hơn với cộng đồng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết đầu mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.

- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

53. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TRỤ MŨI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phẫu thuật sử dụng vạt da có cuống mạch máu nuôi dưỡng riêng biệt được lấy từ vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) để chuyển đến vị trí trụ mũi bị khuyết hổng (vùng nhận) nhằm tái tạo cấu trúc và chức năng của trụ mũi.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc vi phẫu thuật nối các mạch máu của vạt da với các mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo vạt da được nuôi dưỡng và tồn tại sau khi chuyển vị. Vạt da tự do sẽ cung cấp mô da và sụn cần thiết để tái tạo hình dạng và chức năng của trụ mũi.
- Mục đích:
  + Khắc phục các khuyết hổng trụ mũi do nhiều nguyên nhân như: chấn thương, bẩm sinh, ung thư, nhiễm trùng...
  + Tái tạo cấu trúc và chức năng của trụ mũi, giúp cải thiện thẩm mỹ và chức năng hô hấp.
  + Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết trụ mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật**.**

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:
- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:
- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ.
- Tình trạng cấp máu của vạt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2.

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

54. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TỰ DO CHO KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phẫu thuật sử dụng một mảnh mô (vạt) từ vị trí khác trên cơ thể, được nuôi dưỡng bởi mạch máu riêng, để tái tạo vùng da và mô bị tổn thương ở mũi. Vạt được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng mũi để đảm bảo sự sống còn và chức năng của nó.
- Nguyên lý:
  + Nối vi phẫu: Nối các mạch máu và dây thần kinh của vạt với các mạch máu và dây thần kinh ở vùng nhận để đảm bảo vạt sống và hoạt động bình thường.
  + Tạo hình: Chỉnh sửa vạt để phù hợp với hình dạng và chức năng của vùng mũi bị tổn thương.
- Mục đích:
  + Tái tạo da và mô: Khắc phục các khuyết hổng do chấn thương, ung thư, bẩm sinh hoặc các nguyên nhân khác.
  + Cải thiện chức năng: Khôi phục chức năng hô hấp, khứu giác, thẩm mỹ của mũi.
  + Nâng

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết phức hợp vùng mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật**.**

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

55. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TỰ DO CHO KHUYẾT TOÀN BỘ MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là kỹ thuật phẫu thuật sử dụng vạt da từ một vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) để thay thế toàn bộ phần môi bị mất (vùng nhận). Vạt da được lấy cùng với cuống mạch máu nuôi dưỡng để đảm bảo sự sống còn sau khi chuyển vạt.
- Nguyên lý:
  + Vi phẫu: Nối vi thể các mạch máu của vạt da với mạch máu ở vùng nhận để tái lập lưu thông máu cho vạt.
  + Chức năng: Vạt da sau khi chuyển sẽ đảm bảo chức năng thẩm mỹ, che phủ và bảo vệ vùng tổn thương, đồng thời có thể phục hồi một phần chức năng vận động và cảm giác của môi.
- Mục đích:
  + Tái tạo thẩm mỹ: Khôi phục hình dạng và chức năng thẩm mỹ của môi, giúp bệnh nhân tự tin giao tiếp và hòa nhập xã hội.
  + Cải thiện chức năng: Một phần chức năng vận động và cảm giác của môi có thể được phục hồi, giúp bệnh nhân cử động môi và cảm nhận được cảm giác xúc giác.
  + Nâng cao chất lượng cuộc sống: Giúp bệnh nhân ăn uống, nói chuyện và sinh hoạt dễ dàng hơn, cải thiện chất lượng cuộc sống và sức khỏe tinh thần.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết toàn bộ môi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 06 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.

- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:

- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng tri giác, vết mổ.
- Tình trạng cấp máu của vạt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo biến dạng. Xử trí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

56. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng vạt tự do là kỹ thuật sử dụng vạt da cơ được lấy từ một vị trí khác trên cơ thể, có cuống mạch nuôi riêng, để che phủ và phục hồi chức năng cho vùng da mặt bị tổn thương do thiếu hổng tổ chức.
- Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc chuyển vạt da cơ từ vùng cho đến vùng nhận, nối vi phẫu các mạch máu nuôi vạt với mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo vạt sống và hoạt động bình thường. Vạt tự do cung cấp đủ da, cơ và mạch máu để tái tạo cấu trúc giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ cho vùng hàm mặt bị tổn thương.
- Mục đích:
  + Phục hồi chức năng che phủ, bảo vệ cơ quan, tổ chức bên dưới, ngăn ngừa nhiễm trùng.
  + Tái tạo thẩm mỹ, cải thiện ngoại hình, giúp bệnh nhân tự tin giao tiếp và hòa nhập cộng đồng.
  + Phục hồi chức năng vận động, cảm giác của vùng da mặt bị tổn thương.
  + Tăng cường sức khỏe tinh thần, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức không thể đóng trực tiếp hoặc dùng các vạt lân cận do các nguyên nhân sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng tại chỗ viêm nhiễm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 04

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 08 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng đầu mặt và vùng cho vạt
- Đo đạc xác định vị trí và hình thái của tổn thương

6.2. Bước 2:

- Sat trùng
- Trải toan
- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

6.3. Bước 3:

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch
- Thiết kế vạt theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Cắt cuống mạch.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch:
- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vạt, dẫn lưu.

6.5. Bước 5:
- Băng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ
- Tình trạng cấp máu của vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Máu tụ. Xử trí: Băng ép, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Tắc mạch vạt: Xử trí trong 6h đầu sau nối mạch: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ, xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống.
- Hoại tử vạt: Theo dõi chăm sóc vết thương xủ lý theo thương tổn ở thì 2

7.4. Biến chứng muộn:
- Tái thủng. Xử trí phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Mcbeath R, Chung KC, eds. Current Concepts in Flexor Tendon Repair and Rehabilitation, An Issue of Hand Clinics, E-Book. Elsevier; 2023.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

57. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TỰ DO CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tự do cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ là kỹ thuật sử dụng vạt da cơ từ một vị trí khác trên cơ thể, được nuôi dưỡng bởi cuống mạch máu riêng, để che phủ và tái tạo các mô bị mất hoặc hư hại ở vùng mặt cổ.
- Nguyên lý là nối vi phẫu. Nối các mạch máu của vạt với các mạch máu ở vùng nhận (vùng mặt cổ bị khuyết) bằng kỹ thuật vi phẫu thuật.
- Mục đích:
    + Che phủ khuyết hổng: Vạt tự do giúp che phủ các khuyết hổng do chấn thương, bỏng, cắt bỏ u, hoặc dị tật bẩm sinh ở vùng mặt cổ.
    + Phục hồi chức năng: Vạt có thể tái tạo các chức năng quan trọng như cử động, cảm giác, và thẩm mỹ cho vùng mặt cổ.
    + Cải thiện chất lượng cuộc sống: Phẫu thuật giúp cải thiện ngoại hình, nâng cao sự tự tin và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết phần mềm vùng mặt cổ không thể đóng trực tiếp hoặc dùng các vạt lân cận do các nguyên nhân sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kỹ thuật:

- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp
- Chuẩn bị nơi nhận, cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa, chuẩn bị mạch nhận (thường là động mạch mặt hoặc các nhánh của động mạch cảnh ngoài và tĩnh mạch tuỳ hành hoặc nhánh của tĩnh mạch cảnh)

6.2. Bước 2:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.

6.3. Bước 3:

- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt

6.4. Bước 4:

- Tạo hình che phủ khuyết tổn
- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Hggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery.2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
- Watanabe K, Shoja MM, Loukas M, Tubbs RS, eds. Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck. 1st edition. Thieme; 2016.

58. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG VẠT DA CƠ TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là kỹ thuật sử dụng vạt da cơ lấy từ một phần khác trên cơ thể (thường là bụng, đùi, hoặc lưng) để tạo hình lại bầu vú sau khi cắt bỏ do ung thư hoặc các nguyên nhân khác. Vạt da cơ được chuyển đến vị trí ngực và nối vi phẫu với các mạch máu ở đây để cung cấp máu nuôi cho vạt.
- Nguyên lý: Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc vi phẫu để nối các mạch máu và thần kinh siêu nhỏ giữa vạt da cơ và vị trí ngực. Vạt da cơ sau khi được chuyển sẽ tiếp tục sống và phát triển tại vị trí mới, giúp tạo hình lại bầu vú với kích thước, hình dạng và độ mềm mại gần giống như vú thật.
- Mục đích:
  + Phục hồi hình dạng của vú sau khi cắt bỏ.
  + Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, giúp họ tự tin hơn về ngoại hình và tâm lý.
  + Giảm nguy cơ biến chứng tâm lý sau cắt tuyến vú như trầm cảm, rối loạn lo âu.
  + Tăng cường khả năng hòa nhập cộng đồng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết vú do các nguyên nhân sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, da trên vùng vú tổn thương, kích thước vú bên lành để đánh giá thể tích vú cần bù

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận (thường là động mạch liên sườn, nhánh của động mạch ngực lưng)

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình thể của vú

6.4. Bước 4:

- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mayer HF, ed. Breast Reconstruction: Modern and Promising Surgical Techniques. 1st ed. 2020 edition. Springer; 2020.
- Kronowitz S, Benson J, Nava M, eds. Oncoplastic and Reconstructive Management of the Breast, Third Edition. 3rd edition. CRC Press; 2020.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.

59. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LOÉT XẠ TRỊ VÙNG NGỰC BẰNG VẠT DA TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật điều trị loét xạ trị vùng ngực bằng vạt da tự do là kỹ thuật sử dụng một phần da và mô từ một vị trí khác trên cơ thể (vạt da tự do) để che phủ và phục hồi vùng da bị tổn thương do xạ trị.
- Nguyên lý: Vạt da tự do được lấy từ một vị trí có đủ máu nuôi dưỡng, sau đó được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng ngực để cung cấp máu cho vạt da mới. Vạt da này sẽ giúp che phủ vùng da bị loét, kích thích tái tạo mô và phục hồi chức năng của vùng ngực.
- Mục đích:
    + Điều trị loét xạ trị: Loét xạ trị là biến chứng thường gặp sau xạ trị ung thư vú, gây đau đớn, nhiễm trùng và ảnh hưởng thẩm mỹ. Phẫu thuật bằng vạt da tự do giúp che phủ vết loét, ngăn ngừa nhiễm trùng và thúc đẩy quá trình lành thương.
    + Phục hồi chức năng: Vạt da tự do có thể giúp phục hồi chức năng của vùng ngực, bao gồm khả năng cảm giác và thẩm mỹ.
    + Cải thiện chất lượng cuộc sống: Phẫu thuật giúp giảm đau đớn, cải thiện ngoại hình và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Loét sau xạ trị không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương. Nếu loét sâu xuống xương sườn hoặc sụn cần gặm bỏ xương chết

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận (thường là động mạch liên sườn, động mạch ngực lưng)

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:

- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết một phần hoặc thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mayer HF, ed. Breast Reconstruction: Modern and Promising Surgical Techniques. 1st ed. 2020 edition. Springer; 2020.
- Kronowitz S, Benson J, Nava M, eds. Oncoplastic and Reconstructive Management of the Breast, Third Edition. 3rd edition. CRC Press; 2020.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
- Netscher. D T, Baumholtz M. A. Chest reconstruction. I.Anterior and anterolateral chest wall and wounds affecting respiratory function. Plast ReconstrSurg 1124:240e-252e, 2009.
- Arnold PG, Pairoleto PC. Cheat-wall reconstruction: an account of 500 consecutive

patients. Plast Reconstr Surg. 1996 October; 98(S):804-810.

- Banic A, Rjs HB, Erni D, Striffeler H. Free latittimus dorsi flap for chest wall repair after complete resection of infected sternum. Ann Thorac Surg. 1995 October; 60(4):1028-1032

60. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LOÉT XẠ TRỊ VÙNG NGỰC BẰNG VẠT DA CƠ TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Kỹ thuật phẫu thuật lấy một phần da và cơ từ vị trí khác trên cơ thể (thường là vùng đùi) để che phủ và phục hồi vùng da bị loét do xạ trị ở ngực. Vạt da cơ tự do được nối với các mạch máu ở ngực để đảm bảo lưu thông máu và nuôi dưỡng mô.
- Nguyên lý: Tận dụng khả năng tái tạo và phục hồi của da và cơ từ vị trí khác để thay thế cho vùng da bị tổn thương do xạ trị. Vạt da cơ tự do cung cấp nguồn máu và dưỡng chất mới, giúp kích thích quá trình lành da, giảm nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng.
- Mục đích:
  + Chữa lành loét xạ trị: Vạt da cơ tự do cung cấp lớp da mới để che phủ vết loét, thúc đẩy quá trình lành da và giảm nguy cơ nhiễm trùng.
  + Tăng tính thẩm mỹ: Vạt da cơ tự do giúp che phủ khuyết hổng do loét xạ trị, cải thiện ngoại hình và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Loét sau xạ trị không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật**.**

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kỹ thuật:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương. Nếu loét sâu xuống xương sườn hoặc sụn cần gặm bỏ xương chết

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận (thường là động mạch liên sườn, động mạch ngực lưng)

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:

- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết một phần hoặc thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mayer HF, ed. Breast Reconstruction: Modern and Promising Surgical Techniques. 1st ed. 2020 edition. Springer; 2020.
- Kronowitz S, Benson J, Nava M, eds. Oncoplastic and Reconstructive Management of the Breast, Third Edition. 3rd edition. CRC Press; 2020.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
- Netscher. D T, Baumholtz M. A. Chest reconstruction. I.Anterior and anterolateral chest wall and wounds affecting respiratory function. Plast ReconstrSurg 1124:240e-252e, 2009.
- Arnold PG, Pairoleto PC. Cheat-wall reconstruction: an account of 500 consecutive patients. Plast Reconstr Surg. 1996 October; 98(S):804-810.
- Banic A, Rjs HB, Erni D, Striffeler H. Free latittimus dorsi flap for chest wall repair after complete resection of infected sternum. Ann Thorac Surg. 1995 October; 60(4):1028-1032

61. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO BỎNG VÚ BẰNG VẠT DA TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình sẹo bỏng vú bằng vạt da tự do là kỹ thuật sử dụng một phần da từ khu vực khác trên cơ thể (vùng cho) để che phủ và cải thiện sẹo bỏng tại vùng vú (vùng nhận). Vạt da tự do được tách rời khỏi vị trí ban đầu và nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng vú để đảm bảo lưu thông máu và nuôi dưỡng da.
- Nguyên lý: Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc chuyển vạt da tự do có cuống mạch nuôi dưỡng riêng biệt từ vùng cho đến vùng nhận. Vạt da này sẽ cung cấp da khỏe mạnh để che phủ sẹo bỏng, đồng thời cải thiện chức năng và thẩm mỹ cho vùng vú.
- Mục đích:
    + Cải thiện thẩm mỹ: Che phủ sẹo bỏng, tạo hình lại vú với hình dạng và kích thước cân đối, giúp nâng cao sự tự tin và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.
    + Giảm co kéo, hạn chế biến dạng và đau nhức do sẹo bỏng.
    + Tái tạo núm vú: Trong một số trường hợp, kỹ thuật có thể kết hợp tái tạo núm vú để hoàn thiện hình dạng vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo bỏng vú gây co kéo, loét đau, không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kỹ thuật:

- Đánh giá tổn thương, cắt sẹo, giải phóng tổ chức co kéo, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương. Nếu sẹo loét sâu xuống xương sườn hoặc sụn cần gặm bỏ xương chết

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận (thường là động mạch liên sườn, động mạch ngực lưng)

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:

- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mayer HF, ed. Breast Reconstruction: Modern and Promising Surgical Techniques. 1st ed. 2020 edition. Springer; 2020.
- Kronowitz S, Benson J, Nava M, eds. Oncoplastic and Reconstructive Management of the Breast, Third Edition. 3rd edition. CRC Press; 2020.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.

62. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình khuyết da vùng ngực bằng vạt tự do là kỹ thuật sử dụng một phần mô da (vạt) từ vị trí khác trên cơ thể, có cuống mạch máu nuôi dưỡng riêng, để che phủ và tái tạo vùng da bị khuyết hổng ở ngực. Vạt da được chuyển đến vị trí mới và nối vi phẫu với các mạch máu ở ngực để đảm bảo lưu thông máu, giúp vạt sống và phát triển bình thường. Phẫu thuật sử dụng vạt tự do (vạt da, vạt da cân, vạt da cơ…) chuyển đến điều trị các khuyết da vùng ngực không có khả năng sử dụng vạt tại chỗ và lân cận có nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý: Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc vi phẫu thuật để nối các mạch máu nhỏ giữa vạt da và các mạch máu ở ngực. Việc nối vi phẫu giúp đảm bảo vạt da được cung cấp đủ máu và oxy để sống và phát triển bình thường tại vị trí mới.
- Mục đích:
  + Che phủ và tái tạo vùng da bị khuyết hổng ở ngực do nhiều nguyên nhân như: ung thư vú, bỏng, chấn thương, dị tật bẩm sinh,...
  + Cải thiện chức năng và thẩm mỹ cho ngực, giúp bệnh nhân tự tin hơn trong cuộc sống.
  + Tạo hình núm vú và quầng vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da vùng ngực do chấn thương, bỏng, cắt u, loét mạn tính, có hoặc kèm theo khuyết xương và sụn, lộ cơ quan tim mạch hoặc hô hấp hoặc lộ chất liệu nhân tạo không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương. Nếu loét sâu xuống xương sườn hoặc sụn cần gặm bỏ xương chết

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận (thường là động mạch liên sườn, động mạch ngực lưng)

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu

bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:
- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mayer HF, ed. Breast Reconstruction: Modern and Promising Surgical Techniques. 1st ed. 2020 edition. Springer; 2020.
- Kronowitz S, Benson J, Nava M, eds. Oncoplastic and Reconstructive Management of the Breast, Third Edition. 3rd edition. CRC Press; 2020.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.

63. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT TOÀN BỘ THÀNH NGỰC BẰNG VẠT DA CƠ TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là kỹ thuật vi phẫu thuật lấy một phần da cơ từ vị trí khác trên cơ thể (thường là bụng, lưng hoặc đùi) cùng với cuống mạch máu nuôi dưỡng, sau đó chuyển vạt da cơ này đến vị trí thành ngực bị khuyết hổng để che phủ và tái tạo lại cấu trúc thành ngực. Phẫu thuật sử dụng vạt da cơ tự do chuyển đến điều trị các khuyết toàn bộ thành ngực không có khả năng sử dụng vạt tại chỗ và lân cận có nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý:

Nối vi phẫu: Nối các mạch máu của vạt da cơ với các mạch máu ở vị trí thành ngực để đảm bảo cung cấp máu cho vạt da cơ sống sót và hoạt động bình thường.

Tạo hình: Tạo hình lại cấu trúc thành ngực, bao gồm da, cơ và mô mềm, giúp che phủ và bảo vệ các cơ quan nội tạng trong ngực.

- Mục đích:
  + Che phủ khuyết hổng thành ngực: Khắc phục tình trạng khuyết hổng do chấn thương, bỏng, nhiễm trùng hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ khối u ác tính.
  + Bảo vệ các cơ quan nội tạng: Tạo lớp bảo vệ cho các cơ quan nội tạng trong ngực như tim, phổi và các mạch máu lớn.
  + Cải thiện chức năng hô hấp: Tăng cường sự ổn định cho thành ngực, giúp cải thiện chức năng hô hấp.
  + Nâng cao chất lượng cuộc sống: Giúp bệnh nhân tự tin hơn về ngoại hình và cải thiện chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết toàn bộ thành ngực do chấn thương, bỏng, cắt u, loét mạn tính, có hoặc kèm theo khuyết xương và sụn, lộ cơ quan tim mạch hoặc hô hấp hoặc lộ chất liệu nhân tạo không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong

- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương. Nếu loét sâu xuống xương sườn hoặc sụn cần gặm bỏ xương chết

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận (thường là động mạch liên sườn, động mạch ngực lưng)

6.3. Bước 3:
- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:
- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mayer HF, ed. Breast Reconstruction: Modern and Promising Surgical Techniques. 1st

ed. 2020 edition. Springer; 2020.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
- Mansfield SA, Jancelewicz T. Ventral Abdominal Wall Defects. Pediatr Rev. 2019;40(12):627-635. doi:10.1542/pir.2018-0253
- Slater BJ, Pimpalwar A. Abdominal Wall Defects. NeoReviews. 2020;21(6):e383-e391. doi:10.1542/neo.21-6-e383

66. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHUYỂN VẠT DA CƠ TỰ DO ĐIỀU TRỊ LOÉT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình chuyển vạt da cơ tự do điều trị loét là kỹ thuật lấy một phần da cơ từ vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) và chuyển đến vị trí bị loét (vùng nhận) để che phủ, phục hồi chức năng và thẩm mỹ. Vạt da cơ được nuôi dưỡng bởi mạch máu riêng biệt và được nối vi phẫu với mạch máu ở vùng nhận. Là phẫu thuật sử dụng vạt da cơ tự do chuyển đến điều trị các tổn thương loét sau xạ trị hoặc loét tì đè không có khả năng sử dụng vạt tại chỗ và lân cận có nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý của phẫu thuật là cung cấp mô da cơ khỏe mạnh, có khả năng lưu thông máu tốt để che phủ vết loét, kích thích quá trình lành thương và tái tạo mô. Vạt da cơ tự do đảm bảo chức năng che phủ, thẩm mỹ và phục hồi chức năng vận động (nếu có) cho vùng bị loét.
- Mục đích:
    + Che phủ vết loét: Vạt da cơ tự do giúp che phủ các vết loét mạn tính, diện tích lớn, loét do tì đè, loét do xạ trị, loét do bệnh lý mạch máu,...
    + Kích thích lành thương: Vạt da cơ cung cấp nguồn máu và dưỡng chất dồi dào, giúp thúc đẩy quá trình lành thương, tái tạo mô.
    + Phục hồi chức năng: Vạt cơ có thể giúp phục hồi chức năng vận động (nếu có) cho vùng bị loét.
    + Cải thiện thẩm mỹ: Che phủ khuyết hổng do loét, giúp cải thiện ngoại hình và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Loét sau xạ trị hoặc tì đè không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 2-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương. Nếu loét sâu xuống xương hoặc sụn cần gặm bỏ xương chết

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu

bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:
- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Walsh JF. The Anatomy and Functions of the Muscles of the Hand. Legare Street Press; 2022.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Almeshal O, Aldekhayel S, Alshomer F, eds. Soft Tissue Reconstruction of the Hand: Loco-Regional and Distant Flaps Selection and Approach. Springer; 2022.

67. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo vạt da cân tự do cho khuyết da vùng lưng là kỹ thuật lấy một phần da và cân từ vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) để che phủ vùng da bị khuyết ở lưng (vùng nhận). Vạt da cân được lấy cùng với cuống mạch máu nuôi dưỡng để đảm bảo sự sống còn sau khi chuyển đến vị trí mới. Là phẫu thuật phẫu tích vạt da cân tự do chuyển đến điều trị các khuyết da vùng lưng không có khả năng sử dụng vạt tại chỗ và lân cận có nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý: Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc nối vi phẫu các mạch máu của vạt da cân với các mạch máu ở vùng nhận, giúp tái lập lưu thông máu và nuôi dưỡng vạt da. Vạt da cân sau khi chuyển sẽ che phủ vùng nhận và phục hồi chức năng, thẩm mỹ.
- Mục đích:
    + Che phủ các khuyết da lớn ở vùng lưng do nhiều nguyên nhân như: bỏng, chấn thương, ung thư, nhiễm trùng...
    + Tạo hình thẩm mỹ, cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.
    + Bảo vệ các tổ chức bên dưới khỏi tác nhân bên ngoài.
    + Giảm nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da vùng lưng do chấn thương, bỏng, cắt u, loét mạn tính, có hoặc kèm theo khuyết xương hoặc lộ chất liệu nhân tạo không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật

- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương.

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:

- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
- Hansen JT. Netter’s Clinical Anatomy - E-Book: Netter’s Clinical Anatomy - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2021.
- Komagoe S, Watanabe T, Komatsu S, et al. Pedicled flaps versus free flaps for back reconstruction. Ann Plast Surg. 2018;81:702–707.

68. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN CƠ TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG LƯNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo vạt da cân cơ tự do cho khuyết da vùng lưng là kỹ thuật lấy một mảng da, cân và cơ từ một vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) và chuyển nó đến vùng da bị khuyết hổng ở lưng (vùng nhận). Vạt da này được nuôi dưỡng bởi các mạch máu riêng biệt, sau đó được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo sự sống còn của vạt. Là phẫu thuật phẫu tích vạt da cân cơ tự do chuyển đến điều trị các khuyết da vùng lưng không có khả năng sử dụng vạt tại chỗ và lân cận có nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý: Kỹ thuật dựa trên nguyên tắc chuyển vạt da cùng với cuống mạch máu nuôi dưỡng từ vị trí cho đến vị trí nhận. Vạt da được lấy từ những vùng có nguồn cung cấp máu dồi dào như bụng, đùi, hoặc cánh tay. Sau khi chuyển vạt, các bác sĩ sẽ nối vi phẫu các mạch máu của vạt với các mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo vạt da được cung cấp máu và có thể tồn tại.
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết hổng da: Kỹ thuật này giúp che phủ các khuyết hổng da lớn ở vùng lưng do nhiều nguyên nhân như bỏng, chấn thương, loét do tì đè, hoặc sau cắt bỏ khối u.
  + Cải thiện chức năng: Vạt da có thể cung cấp chức năng như da bình thường, bao gồm khả năng bảo vệ cơ thể khỏi các tác nhân bên ngoài, điều hòa nhiệt độ, và cảm giác.
  + Tăng tính thẩm mỹ: Phẫu thuật giúp cải thiện ngoại hình và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da vùng lưng do chấn thương, bỏng, cắt u, loét mạn tính, có hoặc kèm theo khuyết xương hoặc lộ chất liệu nhân tạo không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương.

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận

6.3. Bước 3:
- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:
- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.

- Hansen JT. Netter’s Clinical Anatomy - E-Book: Netter’s Clinical Anatomy - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2021.
- Komagoe S, Watanabe T, Komatsu S, et al. Pedicled flaps versus free flaps for back reconstruction. Ann Plast Surg. 2018;81:702–707.

69. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG NÁCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo vạt da cân tự do cho khuyết da vùng nách là kỹ thuật lấy một phần da và cân từ một vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) và chuyển đến vị trí khuyết da ở vùng nách (vùng nhận). Vạt da cân được nuôi dưỡng bởi các mạch máu được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng nhận. Là phẫu thuật phẫu tích vạt da cân tự do chuyển đến điều trị các khuyết da vùng nách không có khả năng sử dụng vạt tại chỗ và lân cận có nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý: Kỹ thuật dựa trên nguyên lý vi phẫu để nối các mạch máu nhỏ giữa vạt da cân và vùng nhận, đảm bảo cung cấp đủ máu cho vạt da cân sống sót và hoạt động bình thường tại vị trí mới.
- Mục đích:
  + Che phủ khuyết da vùng nách do nhiều nguyên nhân như: bỏng, sẹo co kéo, u da, chấn thương,...
  + Tái tạo chức năng vận động của cánh tay tránh bị ảnh hưởng do sẹo co kéo.
  + Cải thiện thẩm mỹ, giúp bệnh nhân tự tin hơn trong cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da vùng nách do chấn thương, bỏng, cắt u, loét mạn tính, không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương.

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:

- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Wolfe SW, Pederson WC, Kozin SH, Cohen MS. Green's Operative Hand Surgery E-Book: 2-Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2021.
- Hansen JT. Netter's Clinical Anatomy - E-Book: Netter's Clinical Anatomy - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2021.
- Hierner R, Putz R, Bishop AT, Shen ZL, Wilhelm K, eds. Flaps in Hand and Upper Limb Reconstruction: Surgical Anatomy, Operative Techniques and Differential Therapy. 1st edition. Urban & Fischer; 2019.

70. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA CÂN CƠ TỰ DO CHO KHUYẾT DA VÙNG NÁCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo vạt da cân cơ tự do cho khuyết da vùng nách là kỹ thuật lấy một phần da và cơ từ một vị trí khác trên cơ thể (vùng cho) và chuyển nó đến vùng nách (vùng nhận) để che phủ các khuyết hổng do chấn thương, bỏng, cắt bỏ khối u hoặc các nguyên nhân khác. Vạt da được nuôi dưỡng bởi các mạch máu riêng biệt, sau đó được nối vi phẫu với các mạch máu ở vùng nhận để đảm bảo sự sống còn của vạt. Là phẫu thuật phẫu tích vạt da cân cơ tự do chuyển đến điều trị các khuyết da vùng nách không có khả năng sử dụng vạt tại chỗ và lân cận có nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý: Kỹ thuật dựa trên nguyên lý vi phẫu nối các mạch máu và thần kinh siêu nhỏ để vạt da có thể tiếp tục được cung cấp máu và cảm giác sau khi được chuyển đến vị trí mới. Việc lựa chọn vạt da phù hợp về kích thước, hình dạng, chức năng và thẩm mỹ là rất quan trọng để đảm bảo kết quả phẫu thuật tốt nhất.
- Mục đích:
  + Che phủ các khuyết hổng da vùng nách do nhiều nguyên nhân, bảo vệ các tổ chức bên dưới khỏi nhiễm trùng và tổn thương.
  + Khôi phục chức năng vận động của cánh tay, giúp người bệnh cử động dễ dàng và linh hoạt hơn.
  + Cải thiện thẩm mỹ, giúp che đi sẹo và các tổn thương da, mang lại sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da vùng nách do chấn thương, bỏng, cắt u, loét mạn tính, không có khả năng sử dụng các vạt lân cận hoặc tại chỗ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương, làm sạch, cắt lọc tổ chức loét hoại tử, gửi giải phẫu bệnh các tổn thương.

6.2. Bước 2:

- Chuẩn bị nơi nhận, bóc tách khoang nhận vạt, chuẩn bị mạch nhận

6.3. Bước 3:

- Thiết kế, bóc tách, phẫu tích nâng vạt.
- Chuyển vạt đến vùng khuyết hổng, cố định vạt, tiến hành nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với động mạch và tĩnh mạch nơi nhận bằng kĩ thuật vi phẫu dưới kính vi phẫu

bằng chỉ Nylon 9/0, 10/0, 11/0 tuỳ thuộc vào kích thước của mạch. Đánh giá sức sống và sự cấp máu của vạt
- Tạo hình che phủ khuyết hổng

6.4. Bước 4:
- Đóng nơi cho vạt. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Mayer HF, ed. Breast Reconstruction: Modern and Promising Surgical Techniques. 1st ed. 2020 edition. Springer; 2020.
- Kronowitz S, Benson J, Nava M, eds. Oncoplastic and Reconstructive Management of the Breast, Third Edition. 3rd edition. CRC Press; 2020.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.

71. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khuyết dương vật do nhiều nguyên nhân: tai nạn, sau cắt bỏ ung thư dương vật… Tổn thương này ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và tâm lý của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tái tạo lại dương vật bằng vạt da cân tự do là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình dương vật và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu và thần kinh.
- Mục đích: Tái tạo lại dương vật giúp người bệnh cải thiện chức năng và tâm lý

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất dương vật sau cắt bỏ ung thư dương vật
- Tổn thương mất dương vật sau chấn thương

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:
- Chuẩn bị nơi nhận

Phẫu tích nơi tổn thương, chuẩn bị nền nhận
Tìm động mạch, tĩnh mạch nhận và chuẩn bị mạch nhận
Tìm thần kinh lưng dương vật
Lấy sụn sườn làm cứng dương vật nếu cần

6.2. Bước 2:
- Bóc vạt và tạo hình dương vật tại nơi cho:

Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da
Thiết kế vạt da
Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch và thần kinh của vạt
Khâu cuộn tạo hình dương vật và đặt hệ thống làm cứng dương vật hoặc bằng sụn sườn
Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.
Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu
Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

72. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÔNG ÂM ĐẠO BẰNG VẠT DA TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Những khiếm khuyết của âm đạo ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và tâm sinh lý của người bệnh do nhiều nguyên nhân: dị tật bẩm sinh, tổn thương thứ phát do chấn thương hoặc sau một phẫu thuật ngoại khoa quy ước.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình âm đạo bằng vạt da tự do là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình ống âm đạo và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu và thần kinh.
- Mục đích nhằm tái tạo ống âm đạo để cải thiện chức năng và tâm lý cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

- Tật không âm đạo bẩm sinh
- Tật âm đạo ngắn hoặc hẹp âm đạo bẩm sinh
- Tổn thương âm đạo thứ phát do các nguyên nhân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh

- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Chuẩn bị nơi nhận:

Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận

Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2:

- Bóc vạt và tạo hình ống âm đạo tại nơi cho:

Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da

Thiết kế vạt da

Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt

Khâu cuộn tạo hình ống âm đạo

Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.

Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu

Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

73. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP ÂM ĐẠO BẰNG VẠT DA TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương hẹp âm đạo do nhiều nguyên nhân: dị tật bẩm sinh, thứ phát sau chấn thương hoặc sau một can thiệp phẫu thuật ngoại khoa quy ước. Tổn thương này ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và tâm sinh lý của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình lại âm đạo bằng vạt da tự do là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình ống âm đạo và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu và thần kinh.
- Mục đích nhằm tái tạo ống âm đạo để cải thiện chức năng và tâm lý cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

- Tật hẹp âm đạo bẩm sinh hoặc sẹo hẹp thứ phát

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:
- Chuẩn bị nơi nhận:

Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận

Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2:
- Bóc vạt và tạo hình ống âm đạo tại nơi cho:

Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da

Thiết kế vạt da

Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt

Khâu cuộn tạo hình ống âm đạo

Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.

Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu

Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt

- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

74. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHUYỂN VẠT DA TỰ DO TRONG RÒ ÂM ĐẠO TRỰC TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Rò âm đạo trực tràng là tổn thương do các nguyên nhân: dị tật bẩm sinh, thứ phát sau chấn thương hoặc sau một can thiệp phẫu thuật ngoại khoa quy ước. Tổn thương này ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và tâm sinh lý của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình lại âm đạo trong rò âm đạo trực tràng bằng vạt da tự do là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình ống âm đạo và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu và thần kinh.
- Mục đích nhằm tái tạo ống âm đạo để cải thiện chức năng và tâm lý cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

- Dò âm đạo trực tràng bẩm sinh hoặc thứ phát

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh

- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Chuẩn bị nơi nhận:

Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận

Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2:

- Bóc vạt và tạo hình ống âm đạo tại nơi cho:

Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da

Thiết kế vạt da

Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt

Khâu cuộn tạo hình ống âm đạo

Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.

Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu

Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

75. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHUYỂN VẠT DA TỰ DO TRONG RÒ ÂM ĐẠO BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Rò âm đạo bàng quang là tổn thương do các nguyên nhân: dị tật bẩm sinh, thứ phát sau chấn thương hoặc sau một can thiệp phẫu thuật ngoại khoa quy ước. Tổn thương này ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và tâm sinh lý của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình lại âm đạo trong rò âm đạo trực tràng bằng vạt da tự do là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình ống âm đạo và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu và thần kinh.
- Mục đích nhằm tái tạo ống âm đạo để cải thiện chức năng và tâm lý cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Dò âm đạo bàng quang bẩm sinh hoặc thứ phát

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh

- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nơi nhận:

- Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận
- Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2: Bóc vạt và tạo hình ống âm đạo tại nơi cho:

- Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da
- Thiết kế vạt da
- Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt
- Khâu cuộn tạo hình ống âm đạo
- Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu
- Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt

- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

76. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ BẰNG VẠT DA CÂN TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Các tổn thương khuyết da chi thể do nhiều nguyên nhân: sau chấn thương hoặc sau một phẫu thuật ngoại khoa quy ước. Tổn thương ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình các khuyết da chi thể bằng các vạt da cân tự do là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình che phủ và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu, thần kinh.
- Mục đích: nhằm che phủ các khuyết da ở chi thể giúp người bệnh lấy lại chức năng và thẩm mỹ của chi thể tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết da chi thể rộng lộ gân, xương, khớp, mạch máu thần kinh do chấn thương, sau cắt bỏ sẹo hoặc u phần mềm chi thể
- Các khuyết da chi thể rộng không lộ các cấu trúc quan trọng nhưng là nơi chịu tỳ đè, vùng vận động như khuỷu, cổ tay, bàn tay, gối, cổ tay hay vùng đệm gót.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nơi nhận:

- Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận
- Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2: Bóc vạt và tạo hình tại nơi cho:

- Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da
- Thiết kế vạt da
- Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt
- Khâu tạo hình
- Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu
- Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

77. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ BẰNG VẠT DA CÂN TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương khuyết phần mềm chi thể ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh do nhiều nguyên nhân: chấn thương hoặc thứ phát sau một phẫu thuật ngoại khoa quy ước.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình các khuyết phần mềm chi thể bằng các vạt da cân tự do là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình khuyết phần mềm và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu, thần kinh.
- Mục đích: nhằm che phủ các khuyết phần mềm ở chi thể giúp người bệnh lấy lại chức năng và thẩm mỹ của chi thể tổn thương. Tăng cường khả năng hòa nhập cộng đồng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết phần mềm chi thể rộng lộ gân, xương, khớp, mạch máu thần kinh do chấn thương, sau cắt bỏ sẹo hoặc u phần mềm chi thể
- Các khuyết phần mềm chi thể rộng không lộ các cấu trúc quan trọng nhưng là nơi chịu tỳ đè, vùng vận động như khuỷu, cổ tay, bàn tay, gối, cổ tay hay vùng đệm gót.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nơi nhận:

- Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận
- Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2: Bóc vạt và tạo hình tại nơi cho:

- Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da
- Thiết kế vạt da
- Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt
- Khâu tạo hình
- Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu
- Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

78. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG CHI THỂ BẰNG VẠT DA CÂN TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương phức hợp vùng chi thể là tổn thương nhiều thành phần của chi thể như da, phần mềm, cân cơ và xương. Tổn thương này ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh.
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình các khuyết phức hợp vùng chi thể là sử dụng vạt da cân từ xa để tạo hình các tổn thương da, cơ, xương của chi thể và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu và thần kinh.
- Mục đích: nhằm che phủ các khuyết phần mềm ở chi thể giúp người bệnh lấy lại chức năng và thẩm mỹ của chi thể tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

Các khuyết phức hợp da, cơ, xương vùng chi thể rộng lộ gân, xương, khớp, mạch máu thần kinh do chấn thương, sau cắt bỏ sẹo hoặc u phần mềm chi thể

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Chuẩn bị nơi nhận:

Mở tổn thương và chuẩn bị nền nhận

+Tìm động mạch, tĩnh mạch và thần kinh nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2:

- Bóc vạt và tạo hình tại nơi cho:

Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da

Thiết kế vạt da cơ

Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt

Khâu tạo hình

Chuyển vạt da cân đã được tạo hình tới nơi nhận.

Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu

Khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

79. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TĨNH MẠCH CHO KHUYẾT PHẦN MỀM BÀN NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Các khuyết hổng phần mềm bàn ngón tay là rất thường gặp do nhiều nguyên nhân: chấn thương, sau phẫu thuật quy ước. Tổn thương này ảnh hưởng nặng nề đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của bàn tay
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình các khuyết phần mềm bàn tay ngón tay bằng các vạt da tĩnh mạch có nối mạch máu, bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Mục đích: nhằm che phủ các khuyết phần mềm ở bàn ngón tay giúp người bệnh lấy lại chức năng và thẩm mỹ của bàn tay tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết phần mềm bàn tay, ngón tay lộ gân xương và khớp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh

- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Kíp I: Chuẩn bị nơi nhận

+Cắt lọc làm sạch tổn thương, chuẩn bị nền nhận

Tìm động mạch, tĩnh mạch nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2:

- Kíp II: Bóc vạt:

Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch máu nuôi vạt da

Thiết kế vạt da chứa hệ thống tĩnh mạch nông của da

Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn các tĩnh mạch của vạt

Chuyển vạt da tĩnh mạch tới nơi nhận. Khâu cố định vạt vào nền nhận.

Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu bằng kỹ thuật vi phẫu: kiểu động mạch – tĩnh mạch hoặc tĩnh mạch – tĩnh mạch

Đặt dẫn lưu và khâu đóng và ghép da nơi cho vạt

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt
- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

80. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT TỰ DO CHO LOÉT CHI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương loét chi dưới là những tổn thương thường gặp do nhiều nguyên nhân: chấn thương, vết thương lâu liền, loét do đái tháo đường…
- Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình các loét của chi dưới bằng các vạt tự do là sử dụng các vạt từ xa (vạt da, vạt da cân hay vạt da cơ…) để tạo hình che phủ khuyết và sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối mạch máu và thần kinh.
- Mục đích: nhằm che phủ các tổn thương loét ở chi dưới giúp người bệnh lấy lại chức năng và thẩm mỹ của chi thể tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các loét lâu liền do sẹo của chi dưới
- Các loét khó liền do tỳ đè ở chi dưới

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê.
- Thuốc co mạch.
- Nước cất.

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon.
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần.
- Khóa ba ngã.
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ.
- Chỉ phẫu thuật.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật.
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nilon.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Máy sưởi ấm.
- Monitor theo dõi người bệnh.

- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật**.**

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp I: Chuẩn bị nơi nhận

- Cắt lọc làm sạch tổn thương loét, chuẩn bị nền nhận
- Tìm động mạch, tĩnh mạch nhận, thần kinh và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2: Kíp II: Bóc vạt:

- Dùng siêu âm doppler mạch máu tìm mạch xuyên nuôi vạt da cơ (nếu dùng vạt da/cân da)
- Thiết kế vạt da – cân – cơ
- Bóc tách nâng vạt khỏi nơi cho, bảo tồn cuống mạch của vạt
- Chuyển vạt tới nơi nhận. Khâu cố định vạt vào nền nhận.
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối mạch máu và thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu
- Đặt dẫn lưu và khâu đóng và ghép da lên vạt cơ và nơi cho vạt nếu cần

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt: màu sắc vạt, hồi lưu mao mạch, siêu âm Doppler mạch của vạt, nhiệt độ của vạt

- Dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

81. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỘT DA ĐẦU BÁN PHẦN KÍCH THƯỚC 6 - 20 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Da đầu bị lột và đứt rời hoàn toàn khỏi cơ thể để lộ một phần xương sọ. Đây là loại tổn thương nặng và phức tạp ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh
- Nguyên lý: Phẫu thuật tái tạo lột da đầu bán phần kích thước 6 – 20 cm2 bằng phương pháp ghép lại phần da đầu bị đứt rời.
- Mục đích: nhằm che phủ lâu dài hoặc tạm thời xương sọ bị lộ, tránh các biến chứng mất dịch, nhiễm trùng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương lột da đầu bán phần kích thước từ 6 đến 20 cm2 không có khả năng nối lại bằng kỹ thuật vi phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm

- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương

- Vị trí lột da: lộ cân, lộ xương, vỡ xương sọ không.
- Mảnh da đầu lột: còn nguyên vẹn hay dập nát

6.2. Bước 2: Xử lý vị trí lột da:

- Cắt lọc, làm sạch vị trí lột da đầu bằng niều nước muối sinh lý, nước oxy già và betadine.
- Nếu còn cân galia cố gắng bảo tồn, không cắt lọc quá nhiều có thể lộ xương sọ.
- Nếu lộ xương tiến hành khoan bản ngoài xương sọ

6.3. Bước 3: Xử lý phần mảnh da đầu lột đứt rời:

- Rửa sạch, cạo hết tóc và dị vật.
- Lấy bỏ phần mỡ và tổ chức dưới da.
- Khâu lại những vị trí rách nếu dập nát và rách nhiều đường.

6.4. Bước 4:

- Đặt mảnh da lại vào nơi bị lột, khâu cố định
- Đặt gối gạc ép giữ mảnh da lột với phần bị đứt rời

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương, dẫn lưu.
- Cắt tháo gối gạc sau 6 – 7 ngày
- Tiếp tục chăm sóc, thay băng theo dõi mảnh da đầu ghép
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Truyền dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử da đầu ghép: một phần hoặc toàn bộ hoại tử da ghép. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

82. PHẪU THUẬT GHÉP MẢNH NHỎ VÀNH TAI ĐỨT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Vết thương đứt rời phức hợp vành tai rất thường gặp do nhiều nguyên nhân: chấn thương, người hoặc vật nuôi cắn.
- Nguyên lý: Phẫu thuật ghép lại mảnh nhỏ phức hợp vành tai bị đứt rời. Mảnh vành tai đứt rời sống nhờ thẩm thấu.
- Mục đích: nhằm phục hồi sự toàn vẹn của vành tai cải thiện chức năng và thẩm mỹ của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đứt rời phức hợp da sụn vành tai với kích thước nhỏ dưới 1cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Đứt rời phức hợp vành tai lớn
- Phần đứt rời dập nát
- Vành tai còn lại (nền nhận dập nát, khả năng cấp máu kém)
- Tổn thương có nguy cơ nhiễm trùng do dị vật…

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm

- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5-6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương:

Phần đứt rời: kích thước vành tai đứt rời, tổn thương gọn hoặc dập nát, nham nhở

Vị trí tổn thương: vị trí trên vành tai, mép tổn thương sắc gọn, dập nát hay nham nhở.

6.2. Bước 2:

- Cắt lọc làm sạch và phẳng các mép tổn thương của nền nhận và phần đứt rời

6.3. Bước 3:

- Đặt lại phần đứt rời và khâu cố định lại mảnh đứt rời vào vành tai. Khâu sụn và khâu da mặt trước mặt sau
- Đặt gạc giữ ẩm cho vết mổ và phần đứt rời vừa ghép lại.

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Tiếp tục chăm sóc, thay băng, giữ ẩm cho phần vành tai ghép lại
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:

+ Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
+ Chống viêm, giảm phù nề
+ Truyền dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Chèn ép hoặc tắc mạch vạt: nới băng, quay cổ bệnh nhân để tránh gập mạch hoặc căng mạch, cắt chỉ, dùng thuốc giãn mạch nhỏ vào mạch vạt. Nếu các biện pháp tại chỗ không hiệu quả, cân nhắc mổ cấp cứu để kiểm tra mạch vạt và nối lại mạch nếu tắc mạch
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử mảnh phức hợp vành tai: một phần hoặc toàn bộ mảnh vành tai bị hoại tử. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

83. PHẪU THUẬT BẢO TỒN SỤN VÀNH TAI ĐỨT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Đứt rời hoàn toàn vành tai là một tổn thương khá hiếm gặp do nhiều nguyên nhân. Tổn thương này ảnh hưởng nặng nề đến giải phẫu chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Trong điều kiện tốt nhất có thể nối được lại vành tai bằng kỹ thuật vi phẫu sẽ mang lại kết quả tốt nhất về chức năng và thẩm mỹ.
- Nguyên lý: Vành tai đứt rời không còn chỉ định nối lại bằng kỹ thuật vi phẫu. Giữ lại sụn vành tai và nuôi sụn bằng thẩm thấu dưới da sau tai hoặc dưới da bụng, da cẳng tay để tạo hình tai thì 2
- Mục đích: Bảo tồn sụn vành tai để tạo hình tai thì 2

2. CHỈ ĐỊNH

- Đứt rời hoàn toàn vành tai không còn chỉ định nối lại bằng kỹ thuật vi phẫu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Đứt rời phức tạp vành tai, phần đứt rời dập nát
- Tổn thương có nguy cơ nhiễm trùng do dị vật
- Đứt rời vành tai đến muộn có dấu hiệu hoại tử da, phần mềm

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian phẫu thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Đánh giá tổn thương:

Phần đứt rời: đánh giá tình trạng dập nát phần mềm, sụn, dị vật…

Vị trí tai đứt rời: phần còn lại của vành tai, tình trạng da và phần mềm xung quanh có dập nát hay còn nguyên vẹn

6.2. Bước 2:

- Xử lý tổn thương:

Phần vị trí tai đứt rời: Cắt lọc làm sạch, lấy bỏ vị vật, nếu da, phần mềm xung quanh dập nát cần khâu các vết thương. Nếu còn nguyên vẹn có thể làm nền nhận bảo tồn sụn vành tai

Phần vành tai đứt rời: cắt bỏ toàn bộ da và màng sụn khỏi sụn vành tai, cố gắng giữ các phần của vành tai nguyên vẹn không để rách thêm

6.3. Bước 3:

- Đặt lại sụn vành tai vào dưới da sau tai nếu da và phần mềm quanh tai còn nguyên vẹn. Nếu da và phần mềm quanh tai dập nát có thể chọn vị trí đặt sụn vành tai ở dưới da bụng, dưới da đùi hoặc dưới da cẳng tay.
- Khâu lại các vết mổ theo các lớp.

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương, tình trạng khung sụn vành tai.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:

Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
Chống viêm, giảm phù nề
Truyền dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử sụn vành tai: một phần hoặc toàn bộ sụn vành tai bị hoại tử. Cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo không mọc tóc: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

84. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG THẤU MÁ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Vết thương vùng má tổn thương các lớp da, cơ thấu vào niêm mạc miệng do các nguyên nhân
- Nguyên lý: Khâu phục hồi lại các lớp giải phẫu của niêm mạc và phần mềm của má.
- Mục đích: Phục hồi lại giải phẫu chức năng và thẩm mỹ của khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương thấu các lớp của má do các nguyên nhân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật tan, không tan
- Băng, gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ.

6.1 Bước 1: Đánh giá tổn thương: xác định vị trí vết thương, kiểm tra tổn thương thần kinh VII và ống tuyến nước bọt.

6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:

- Cắt lọc làm sạch mép vết thương
- Bóc tách mép vết thương
- Xử lý tổn thương thần kinh VII, ống tuyến nước bọt nếu có tổn thương bằng kỹ thuật vi phẫu
- Khâu vết thương lần lượt: khâu niêm mạc, khâu cơ, khâu dưới da và khâu da
- Trường hợp nguy cơ nhiễm trùng nên khâu không để lại khoảng trống và khâu thưa

6.3 Bước 3: Băng ép nhẹ vết thương sau khâu

6.4 Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng:
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng:
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

85. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG THẤU ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Vết thương vùng má tổn thương các lớp da, cơ và ống tuyến nước bọt do các nguyên nhân
- Nguyên lý: Khâu phục hồi lại các lớp giải phẫu của niêm mạc và phần mềm của má và nối lại ống tuyến nước bọt phục hồi lưu thông nước bọt.
- Mục đích: Phục hồi lại giải phẫu chức năng của má, ống tuyến nước bọt và tính thẩm mỹ của khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương thấu các lớp vào tuyến nước bọt và ống tuyến nước bọt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật
- Kính loup phẫu thuật hoặc kính hiển vi phẫu thuật
- Chỉ vi phẫu nilon 9/0, 10/0, chỉ phẫu thuật tan, không tan
- Bông gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ.

6.1 Bước 1: Đánh giá tổn thương: xác định vị trí, độ rộng và sâu của vết thương, kiểm tra tổn thương thần kinh VII và ống tuyến nước bọt.

6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:

Cắt lọc làm sạch mép vết thương

Bóc tách mép vết thương

Xử lý tổn thương khâu nối thần kinh VII và ống tuyến nước bọt bằng vi phẫu thuật nếu có tổn thương

6.3 Bước 3: Đặt dẫn lưu vào trong khoang miệng

6.4 Bước 4: Khâu vết thương lần lượt: khâu tuyến nước bọt, khâu bao tuyến, khâu cơ, khâu tổ chức dưới da và khâu da

Trường hợp nguy cơ nhiễm trùng nên khâu không để lại khoảng trống và khâu thưa

6.5 Bước 5: Băng ép nhẹ vết thương sau khâu

6.6 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe do đứt lại miệng nối ống tuyến nước bọt
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.

+ Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng:
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

86. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Vết thương vùng má tổn thương các lớp và ống tuyến nước bọt do các nguyên nhân
- Nguyên lý: Khâu phục hồi lại các lớp giải phẫu của má và nối lại ống tuyến nước bọt phục hồi lưu thông nước bọt.
- Mục đích: Phục hồi lại giải phẫu chức năng của má, ống tuyến nước bọt và tính thẩm mỹ của khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương ống tuyến nước bọt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật
- Kính loup phẫu thuật hoặc kính hiển vi phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí

phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ.

6.1 Bước 1: Đánh giá tổn thương: xác định vị trí, độ rộng và sâu của vết thương, kiểm tra tổn thương thần kinh VII kèm theo.

6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:
- Cắt lọc làm sạch mép vết thương
- Bóc tách mép vết thương

6.3 Bước 3: Xử lý tổn thương khâu nối thần kinh VII nếu có tổn thương bằng vi phẫu thuật

6.4 Bước 4: Đặt vào trong lòng ống tuyến dây catheter hoặc một kim luồn 16-18F. Khâu nối ống tuyến nước bọt bằng vi phẫu thuật

6.5 Bước 5: Đặt dẫn lưu vào trong khoang miệng

6.6 Bước 6: Khâu vết thương lần lượt: khâu tuyến nước bọt, khâu bao tuyến, khâu cơ, khâu tổ chức dưới da và khâu da

Trường hợp nguy cơ nhiễm trùng nên khâu không để lại khoảng trống và khâu thưa

6.7 Bước 7: Băng ép nhẹ vết thương sau khâu

6.8 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:

Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh

Chống viêm, giảm phù nề

Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:

Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...

Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:

Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…

Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe do đứt lại miệng nối ống tuyến nước bọt
Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Bục vết mổ:
Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng:
Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

87. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT DO HOẢ KHÍ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Vết thương do đạn bắn vùng hàm mặt thường phức tạp do tổn thương phần mềm trên đường đi của viên đạn. Dị vật viên đạn thường khó loại bỏ do nhỏ và có thể di chuyển trong tổ chức phần mềm
- Nguyên lý: Khâu phục hồi lại các lớp giải phẫu của mặt
- Mục đích: làm sạch tổn thương trên đường đi của viên đạn, loại bỏ dị vật và phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ vùng mặt..

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương vùng hàm mặt do hoả khí

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật
- Kính loupe phẫu thuật hoặc kính hiển vi phẫu thuật nếu có tổn thương thần kinh hoặc ống tuyến nước bọt
- Chỉ khâu phẫu thuật tan, không tan
- Bông gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian phẫu thuật: 180 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1 Bước 1:
- Đánh giá tổn thương: xác định vị trí vết thương, kiểm tra có tổn thương thần kinh VII và ống tuyến nước bọt. Xác định các vị trí có thể lấy dị vật (mảnh đạn)

6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:
- Cắt lọc làm sạch mép vết thương
- Bóc tách mép vết thương
- Xử lý tổn thương thần kinh VII, ống tuyến nước bọt nếu có tổn thương bằng kỹ thuật vi phẫu
- Khâu vết thương lần lượt: khâu niêm mạc, khâu cơ, khâu dưới da và khâu da
- Khâu thưa và tránh để khoảng trống

6.3 Bước 3: Băng ép nhẹ vết thương sau khâu

6.4 Bước 4: Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe do đứt lại miệng nối ống tuyến nước bọt
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

Sẹo xấu

  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng:
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
- Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

88. PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG TRỰC TIẾP SẸO VÙNG CỔ, MẶT (TRÊN 3CM)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sẹo vùng cổ mặt di chứng sau chấn thương hoặc sau một phẫu thuật ngoại khoa quy ước.
- Nguyên lý: cắt bỏ sẹo cũ và khâu đóng trực tiếp theo các lớp giải phẫu
- Mục đích: nhằm loại bỏ sẹo cũ, cải thiện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ vùng cổ mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Sẹo vùng cổ mặt kích thước trên 3 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật tan, không tan
- Bông gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa hoặc nghiêng tùy theo vị trí của sẹo.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1 Bước 1:

- Vẽ, thiết kế đường rạch da hình elip, chiếc lá theo đường căng da
- Tiêm tê tại chỗ lidocain và adrenalin 1/200.000

6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:

- Cắt bỏ toàn bộ sẹo theo đường vẽ thiết kế
- Bóc tách mép vết mổ tách phần dưới da và cơ bên dưới
- Khâu cơ, cân và khâu tổ chức dưới da theo các lớp bằng chỉ tự tiêu
- Khâu da bằng chỉ nylon hoặc keo dán da

6.3 Bước 3: Băng ép nhẹ mổ sau khâu

6.4 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng:
+ Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

89. PHẪU THUẬT CẮT BỎ TỔ CHỨC HOẠI TỬ TRONG Ổ LOÉT TÌ ĐÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Loét tỳ đè là tổn thương thường gặp ở những bệnh nhân liệt do tổn thương não/tuỷ sống di chứng chấn thương hoặc tai biến mạch não.
- Nguyên lý: cắt lọc, làm sạch tổn thương loét, hoại tử chuẩn bị cho phẫu thuật tạo hình thì hai
- Mục đích: chuẩn bị nền nhận cho phẫu thuật tạo hình thì 2.

2. CHỈ ĐỊNH

Loét tỳ đè

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật tan, không tan
- Bông gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút
5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ
5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: người bệnh nằm sấp.

6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ tuỳ vị trí loét
6.1 Bước 1: Đánh giá tổn thương: vị trí, kích thước dài rộng và độ sâu của vết loét. Có lộ xương, khớp, gân hay mạch máu thần kinh không
6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:
- Cắt lọc sạch tổ chức hoại tử đến tổ chức lành có máu chảy ra
- Nếu có xương hoại tử sử dụng dụng cụ gặm xương chết đến phần xương lành chảy máu
- Bơm rửa với nhiều nước muối sinh lý, nước oxy già và betadine
- Cầm máu, đặt dẫn lưu nếu có thể khâu đóng kín được vết loét
- Để hở cần đắp gạc ẩm hoặc đặt hệ thống hút áp lực âm chăm sóc tổn thương
- Băng ép nhẹ

6.3 Bước 3: Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ

7.4 Biến chứng muộn.
Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

90. PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG VẾT THƯƠNG DƯƠNG VẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Vết thương tổn thương các thành phần của dương vật: da, vật hang, vật xốp
- Nguyên lý: Khâu phục hồi giải phẫu các thành phần của dương vật
- Mục đích phục hồi giải phẫu chức năng và tâm sinh lý của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương các thành phần của dương vật do các nguyên nhân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Sonde tiểu
- Chỉ phẫu thuật tiêu, không tiêu
- Băng gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật : Phòng phẫu thuật
5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tuỷ sống
6.1 Bước 1: Đánh giá vết thương: vị trí, chiều dài, rộng và độ sâu vết thương: có tổn thương vật hang vật xốp hay niệu đạo ngoài hay không
Cắt lọc làm sạch tổn thương và cầm máu
6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:
- Đặt sonde tiểu và khâu niệu đạo nếu có tổn thương
- Bóc tách các thành phần vật hang, vật xốp
- Khâu riêng từng thành phần này bằng chỉ tiêu

6.3 Bước 3: Khâu tổ chức dưới da và khâu da thưa
6.4 Bước 4: Băng ép nhẹ vết mổ sau khâu
6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

91. RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Còn nẹp vít, dụng cụ kết hợp xương hay chất liệu độn sau phẫu thuật
- Nguyên lý: Tháo bỏ dụng cụ kết hợp xương và chất liệu độn sau phẫu thuật
- Mục đích loại bỏ chất liệu nhân tạo ra khỏi thể

2. CHỈ ĐỊNH

- Còn phương tiện kết hợp xương: nẹp vít, đinh/kim…
- Túi độn hoặc vật liệu độn trong phẫu thuật tạo hình - thẩm mỹ…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ tháo phương tiện kết hợp xương
- Máy chụp xquang: C-arm, O-arm…
- Chỉ phẫu thuật tiêu, không tiêu
- Băng gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí

phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí của nẹp vít hoặc dụng cụ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng tuỳ vào vị trí của nẹp vít hoặc dụng cụ.

6.1. Bước 1: Xác định vị trí của nẹp vít hoặc chất liệu/dụng cụ: Sẹo và xquang

6.2. Bước 2: Rạch da theo sẹo cũ hoặc trên vùng có nẹp vít/dụng cụ

6.3. Bước 3: Sử dụng các dụng cụ tương ứng để tháo bỏ nẹp vít/dụng cụ khỏi vị trí cũ

6.4. Bước 4: Bơm rửa sạch, cầm máu, đặt dẫn lưu nếu cần

6.5. Bước 5: Khâu lại vết mổ theo các lớp giải phẫu

6.6. Bước 6: Băng ép nhẹ vết mổ sau khâu

6.7 Bước 7: Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
+ Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

92. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DA ĐẦU ĐỨT RỜI < 50 CM2 BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Da đầu bị lột và đứt rời hoàn toàn khỏi cơ thể để lộ một phần xương sọ. Đây là loại tổn thương nặng và phức tạp ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh
- Nguyên lý: sử dụng kỹ thuật vi phẫu với trang thiết bị, dụng cụ vi phẫu chuyên dụng tiến hành nối lại mạch máu dưới kính hiển vi phẫu thuật.
- Mục đích: nhằm tái lập lưu thông mạch máu cho mảnh da đầu đứt rời. Đây là phương pháp duy nhất để giữ lại mảnh dau đầu mang tóc che phủ xương sọ, phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương đứt rời da đầu có kích thước dưới 50 cm2 còn chỉ định nối lại bằng kỹ thuật vi phẫu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Phần đứt rời bị dập nát và rách nhiều vị trí
- Da đầu dứt rời mỏng trên cân galia mà không có mạch nuôi
- Đứt rời da đầu đến muộn có dấu hiệu hoại tử da và tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu
- Kính hiển vi phẫu thuật
- Máy siêu âm mạch máu.
- Chỉ phẫu thuật tiêu, không tiêu
- Băng gạc phẫu thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 480 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí da đầu bị đứt.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1 Bước 1:

Kíp I: Chuẩn bị nơi nhận

- Cắt lọc làm sạch vùng da đầu và hộp sọ, lấy bỏ dị vật
- Tìm động mạch, tĩnh mạch nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2 Bước 2:

Kíp II: Chuẩn bị phần da đầu đứt rời

- Cắt lọc làm sạch, cạo tóc và lấy bỏ dị vật
- Tìm và đánh dấu đầu ngoại vị của động mạch và tĩnh mạch
- Đặt lại phần da đầu đứt rời vào nền nhận, khâu các mũi cố định vào nền cân và xương sọ
- Đặt dẫn lưu dưới da đầu
- Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật nối động mạch và tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu
- Khâu đóng da thưa

6.3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt da đầu vừa nối lại, dẫn lưu.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...

+ Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử da đầu do tắc mạch:
  + Triệu chứng: một phần hoặc toàn bộ da đầu bị hoại tử.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

93. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DA ĐẦU ĐỨT RỜI > 50CM2 BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Da đầu bị lột và đứt rời hoàn toàn khỏi cơ thể để lộ một phần xương sọ. Đây là loại tổn thương nặng và phức tạp ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh
- Nguyên lý: sử dụng kỹ thuật vi phẫu với trang thiết bị, dụng cụ vi phẫu chuyên dụng tiến hành nối lại mạch máu dưới kính hiển vi phẫu thuật.
- Mục đích: nhằm tái lập lưu thông mạch máu cho mảnh da đầu đứt rời. Đây là phương pháp duy nhất để giữ lại mảnh dau đầu mang tóc che phủ xương sọ, phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương đứt rời da đầu có kích thước trên 50 cm2 còn chỉ định nối lại bằng kỹ thuật vi phẫu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Phần đứt rời bị dập nát và rách nhiều vị trí
- Da đầu dứt rời mỏng trên cân galia mà không có mạch nuôi
- Đứt rời da đầu đến muộn có dấu hiệu hoại tử da và tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 480 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí da đầu bịt đứt

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1 Bước 1: Kíp 1:

- Bộc lộ phần da đầu đứt rời, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.
- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm tối thiểu 01 động mạch, 01 tĩnh mạch.

6.2 Bước 2: Kíp 2:

- Bộc lộ phần da đầu bị khuyết, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.
- Phẫu tích và tìm cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận ở phần da đầu đứt rời.
- Trong trường hợp cuống mạch không đủ dài, phải phẫu tích tìm đoạn tĩnh mạch tương ứng khẩu kính để ghép (thường lấy tĩnh mạch hiển).
- Nối mạch:

Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.

Đóng vết mổ, dẫn lưu, băng ép

6.3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi vạt: Doppler 60 phút/lần (nếu có) trong 48h đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ...
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05-07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vạt và nơi cho vạt.
- Theo dõi vận động, cảm giác nơi cho vạt.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử da đầu do tắc mạch:
  + Triệu chứng: một phần hoặc toàn bộ da đầu bị hoại tử.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

94. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DA ĐẦU ĐỨT RỜI TOÀN BỘ BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Da đầu bị lột và đứt rời hoàn toàn khỏi cơ thể để lộ một phần xương sọ. Đây là loại tổn thương nặng và phức tạp ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh
- Nguyên lý: sử dụng kỹ thuật vi phẫu với trang thiết bị, dụng cụ vi phẫu chuyên dụng tiến hành nối lại mạch máu dưới kính hiển vi phẫu thuật.
- Mục đích: nhằm tái lập lưu thông mạch máu cho mảnh da đầu đứt rời. Đây là phương pháp duy nhất để giữ lại mảnh dau đầu mang tóc che phủ xương sọ, phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương đứt rời da đầu toàn bộ do chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Phần đứt rời bị dập nát và rách nhiều vị trí
- Da đầu dứt rời mỏng trên cân galia mà không có mạch nuôi
- Đứt rời da đầu đến muộn có dấu hiệu hoại tử da và tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 600 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí da đầu bịt đứt

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1 Bước 1: Kíp 1:

- Bộc lộ phần da đầu đứt rời, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.
- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm tối thiểu 01 động mạch, 01 tĩnh mạch.

6.2 Bước 2: Kíp 2:

- Bộc lộ phần da đầu bị khuyết, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.
- Phẫu tích và tìm cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận ở phần da đầu đứt rời.
- Trong trường hợp cuống mạch không đủ dài, phải phẫu tích tìm đoạn tĩnh mạch tương ứng khẩu kính để ghép (thường lấy tĩnh mạch hiển).

6.3 Bước 3: Nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.
- Đóng vết mổ, dẫn lưu, băng ép

6.4 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi vạt: Doppler 60 phút/lần (nếu có) trong 48h đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ...
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05-07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vạt và nơi cho vạt.
- Theo dõi vận động, cảm giác nơi cho vạt.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin

+ Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử da đầu do tắc mạch:
  + Triệu chứng: một phần hoặc toàn bộ da đầu bị hoại tử.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

95. PHẪU THUẬT GHÉP DA ĐẦU ĐỨT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Da đầu bị lột và đứt rời hoàn toàn khỏi cơ thể để lộ một phần xương sọ. Đây là loại tổn thương nặng và phức tạp ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh
- Nguyên lý: Da đầu bị đứt rời hoàn toàn được ghép lại, không thực hiện được phẫu thuật vi phẫu.
- Mục đích: Phục hồi lại mảnh da đầu bị đứt rời

2. CHỈ ĐỊNH

Da đầu bị đứt rời hoàn toàn, không thực hiện được phẫu thuật vi phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Phần đứt rời bị dập nát và rách nhiều vị trí
- Đứt rời da đầu đến muộn có dấu hiệu hoại tử da và tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.

- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật : Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí da đầu bịt đứt

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1 Bước 1: Làm sạch phần cân và xương sọ, ở phần lộ xương sọ thì có thể khoan bản ngoài xương sọ đến phần chảy máu.

6.2 Bước 2: Làm mỏng phần da đầu đứt rời như một miếng da ghép dày, có đục lỗ thoát dịch

6.3 Bước 3: Cố định miếng da ghép bằng chỉ phẫu thuật.

6.4 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử da đầu do mảnh ghép sống kém.
    + Triệu chứng: một phần hoặc toàn bộ da đầu bị hoại tử.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.

+ Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ

- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

96. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY TRÊN 10CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khuyết da đầu trên 10 cm2 sau các nguyên nhân như chấn thương, loét, sau cắt u, sẹo …
- Nguyên lý: Sử dụng mảnh ghép da dày trên để che phủ trên các khuyết da đầu 10cm
- Mục đích: Che phủ khuyết phần mềm

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn khuyết da đầu trên 10 cm2 không lộ xương, tổ chức hạt mọc tốt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tổn thương lộ xương

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.5 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 120 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí khuyết da đầu

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1 Bước 1: Chuẩn bị làm sạch nền nhận ở các tổn khuyết vùng da đầu

6.2 Bước 2: Cầm máu, cắt lọc

6.3 Bước 3: Lấy da dày toàn bộ từ bẹn, bụng, sau tai...

6.4 Bước 4: Lọc bỏ mỡ nếu có

6.5 Bước 5: Đặt da ghép lên diện nhận

6.6 Bước 6: Cố định da ghép

6.7 Bước 7: Gối gạc nếu cần.

6.8 Bước 8: Khâu phục hồi nơi lấy da, băng ép.

6.9 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Hoại tử da ghép do mảnh ghép sống kém.
  + Triệu chứng: một phần hoặc toàn bộ da đầu bị hoại tử.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ

- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

97. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH TRÊN 10CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Ghép da dày toàn bộ (full-thickness skin graft – FTSG) là kỹ thuật phẫu thuật trong đó toàn bộ lớp biểu bì và toàn bộ lớp bì được lấy từ vùng cho để ghép sang một vùng khuyết da khác.
- Nguyên lý: Mảnh ghép sống dựa vào quá trình tái tưới máu tại nền ghép thông qua các giai đoạn: 1. Thấm dịch (plasmatic imbibition): 24–48h đầu, mảnh ghép nhận dinh dưỡng từ dịch mô của nền ghép. 2. Tân tạo mạch (inosculation & revascularization): các mao mạch từ nền ghép phát triển và nối lại với mao mạch trong mảnh ghép (từ 2–5 ngày). 3.Tái cấu trúc (remodeling): hình thành mô liên kết mới, củng cố sự sống của mảnh ghép.
- Mục đích: Phục hồi da che phủ các tổn thương mất da lớn có nền phù hợp (sạch, nhiều mạch máu): sau u, chấn thương, bỏng, loét mãn tính...

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn khuyết trên 10 cm2 do các do nhiêu nguyên nhân như cắt u, sau chấn thương, bỏng..

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tổn thương lộ xương

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí khuyết.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1:

- Chuẩn bị làm sạch nền nhận ở các tổn khuyết vùng da đầu.
- Cầm máu, cắt lọc

6.2 Bước 2:

- Lấy da dày toàn bộ từ bẹn, bụng, sau tai...
- Lọc bỏ mỡ nếu có

6.3 Bước 3:

- Đặt da ghép lên diện nhận
- Cố định da ghép
- Gối gạc nếu cần.

6.4 Bước 4:

Khâu phục hồi nơi lấy da, băng ép.

6.5 Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử da ghép do mảnh ghép sống kém.
    + Triệu chứng: một phần hoặc toàn bộ da đầu bị hoại tử.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
+ Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

98. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU DƯỚI 2CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là thủ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính nằm ở vùng da đầu, có kích thước nhỏ hơn 2cm, thường là u tuyến bã, u nang biểu bì, nốt ruồi lành
- Nguyên lý: Cắt bỏ toàn bộ u cùng bao, tránh để sót tổ chức u → hạn chế tái phát. Đóng kín vết mổ theo lớp để đảm bảo liền sẹo tốt và thẩm mỹ.
- Mục đích: Điều trị triệt để u lành tính, ngăn chặn tái phát hoặc biến chứng viêm, nhiễm.Giảm khó chịu, cải thiện thẩm mỹ và vệ sinh vùng đầu.Lấy bệnh phẩm giải phẫu bệnh xác định chẩn đoán mô học nếu cần.

2. CHỈ ĐỊNH

U da lành tính vùng da đầu dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng tuỳ vào vị trí u

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt khối u

6.2 Bước 2: Cắt theo thiết diện tổn thương của khối u, thường cắt theo hình trám.

6.3 Bước 3: Tùy theo kích thước tổn khuyết sau cắt bỏ khối u mà có thể đóng vết mổ trực tiếp, hoặc tạo hình đóng vết mổ bằng các vạt tại chỗ.

6.4 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh.
  + Chống viêm, giảm phù nề.
  + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin.
  + Truyền dịch.

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng sau liền thương tự nhiên.
+ Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

99. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI DƯỚI 2-5 CM SẸO LỒI.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật nhằm cắt bỏ sẹo lồi kích thước từ 2–5 cm ở vành tai, đồng thời tạo hình lại cấu trúc tai để đảm bảo thẩm mỹ và chức năng.
- Nguyên lý: Loại bỏ hoàn toàn mô sẹo lồi, hạn chế tái phát bằng kỹ thuật cắt lọc hợp lý. Tái tạo vành tai bằng khâu tạo hình, đôi khi cần xoay vạt da hoặc khâu nhiều lớp để bảo tồn viền tai. Phối hợp điều trị chống tái phát: ép sẹo, tiêm corticoid, laser, hoặc xạ trị sau mổ.
- Mục đích: Loại bỏ sẹo lồi gây mất thẩm mỹ, ngứa, đau hoặc co kéo biến dạng tai. Phục hồi hình dạng tự nhiên của vành tai.

2. CHỈ ĐỊNH

Sẹo lồi vành tai kích thước 2-5 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên tai đối diện với tai cần tạo hình

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt sẹo

6.2 Bước 2: Cắt sẹo theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết tai hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng tai nhiều sau đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo lồi tái phát
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng tai.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

100. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U SỤN VÀNH TAI DƯỚI 2CM.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ sụn vành tai có kích thước dưới 2cm, thường gặp như u nang sụn, u xơ sụn, sụn viêm phì đại.
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u và một phần sụn tổn thương, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng vành tai, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u sụn, ngăn ngừa tái phát hoặc biến dạng tai. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng vành tai. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U sụn vành tai dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên tai đối diện với tai cần tạo hình

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết tai hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng tai nhiều sau đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng tai.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

101. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI DƯỚI 2CM.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da vành tai có kích thước dưới 2cm,
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng vành tai, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến dạng tai. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng vành tai. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U da vành tai dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật : Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên tai đối diện với tai cần tạo hình

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết tai hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng tai nhiều sau đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình nếu có.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng tai.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

102. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT DƯỚI 2CM.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da mặt có kích thước dưới 2cm,
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng giải phẫu các đơn vị vùng mặt, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến vùng mặt. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng các đơn vị thẩm mỹ vùng mặt. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U da mặt dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê tại chỗ

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng mặt hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng đơn vị giải phẫu nhiều nhiều sau đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình nếu có.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

103. CẮT U MÁU NHỎ HƠN 2 CM VÙNG ĐẦU MẶT CỔ.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm cắt bỏ hoàn toàn khối u máu (thường là hemangioma hoặc u mạch máu phì đại) có kích thước dưới 2cm, nằm ở vùng đầu, mặt, cổ.
- Nguyên lý: Loại bỏ sạch tổ chức mạch máu bất thường để ngừa chảy máu, nhiễm trùng hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. Kiểm soát chảy máu chặt chẽ trong và sau mổ. Khâu phục hồi theo lớp, hạn chế sẹo co kéo vùng nhạy cảm.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u, ngăn ngừa tái phát hoặc biến dạng vùng mặt cổ. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng các đơn vị thẩm mỹ .Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U máu nhỏ hơn 2 cm vùng đầu mặt cổ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng

6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê
6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u
6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế
6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng mặt cổ hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng đơn vị giải phẫu nhiều nhiều sau đóng trực tiếp.
6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ.
6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình nếu có.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:

Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh.
Chống viêm, giảm phù nề.
Truyền dịch.

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt cổ.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

104. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ DƯỚI 2CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da cổ có kích thước dưới 2cm,
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến vùng cổ. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U phần mềm vùng cổ dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng, sấp phụ thuộc vị trí khối u.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u.

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế.

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng cổ trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.

- Trịnh Đức Minh (1998), “Giải phẫu người, tập 1”, Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “ Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

105. CẮT U DA LÀNH TÍNH VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da vùng hàm mặt.
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng giải phẫu các đơn vị vùng mặt, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến vùng mặt. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U phần mềm vùng cổ dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

- Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng mặt trực tiếp hoặc tạo hình bằng các vạt tại chỗ.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
+ Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

106. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2 CM ĐẾN 5 CM.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa :Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da đầu với kích thước 2cm đến 5cm
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý. khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U da lành tính vùng da đầu từ 2cm đến 5cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa , nằm nghiêng, nằm sấp phục thuộc vào vị trí khối u.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng da đầu trực tiếp hoặc tạo hình bằng các vạt tại chỗ.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi sức sống của vạt tạo hình nếu có
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

107. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI DƯỚI 2-5 CM SẸO LỒI.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật nhằm cắt bỏ sẹo lồi kích thước từ 2–5 cm ở vành tai, đồng thời tạo hình lại cấu trúc tai để đảm bảo thẩm mỹ và chức năng.
- Nguyên lý: Loại bỏ hoàn toàn mô sẹo lồi, hạn chế tái phát bằng kỹ thuật cắt lọc hợp lý. Tái tạo vành tai bằng khâu tạo hình, đôi khi cần xoay vạt da hoặc khâu nhiều lớp để bảo tồn viền tai. Phối hợp điều trị chống tái phát: ép sẹo, tiêm corticoid, laser, hoặc xạ trị sau mổ.
- Mục đích: Loại bỏ sẹo lồi gây mất thẩm mỹ, ngứa, đau hoặc co kéo biến dạng tai. Phục hồi hình dạng tự nhiên của vành tai.

2. CHỈ ĐỊNH

Sẹo lồi vành tai kích thước 2-5 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian phẫu thuật: 1 giờ

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên tai đối diện với tai cần tạo hình

6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê
6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt sẹo
6.2 Bước 2: Cắt sẹo theo thiết kế
6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết tai hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng tai nhiều sau đóng trực tiếp
6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ
6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo lồi tái phát
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng tai.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

108. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U SỤN VÀNH TAI TỪ 2-5CM.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ sụn vành tai có kích thước 2-5cm, thường gặp như u nang sụn, u xơ sụn, sụn viêm phì đại.
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u và một phần sụn tổn thương, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng vành tai, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u sụn, ngăn ngừa tái phát hoặc biến dạng tai. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng vành tai. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U sụn vành tai 2-5 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6 Thời gian phẫu thuật: 120 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên tai đối diện với tai cần tạo hình.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết tai hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ hoặc ghép da nếu biến dạng tai nhiều sau đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5: Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Hoại tử vạt da.
    + Triệu chứng: vết thương tím, đen, lộ sụn..
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng tai.
+ Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

109. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI TRÊN 2CM.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da vành tai có kích thước trên 2cm,
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng vành tai, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến dạng tai. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng vành tai. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U da vành tai trên 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên tai đối diện với tai cần tạo hình

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết tai hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ hoặc ghép da nếu biến dạng tai nhiều sau đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình nếu có.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
    + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
    + Chống viêm, giảm phù nề
    + Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
    + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng tai.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

110. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT TRÊN 2CM.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da mặt có kích thước trên 2cm,
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng giải phẫu các đơn vị vùng mặt, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến vùng mặt. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng các đơn vị thẩm mỹ vùng mặt. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U da mặt trên 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,

5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng mặt hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng đơn vị giải phẫu nhiều nhiều sau đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình nếu có.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:

+ Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
+ Chống viêm, giảm phù nề
+ Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
+ Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
    + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
    + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
    + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
    + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
    + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
    + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
    + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
    + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu
    + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
    + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

111. CẮT U MÁU LỚN HƠN 2 CM VÙNG ĐẦU MẶT CỔ.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm cắt bỏ hoàn toàn khối u máu (thường là hemangioma hoặc u mạch máu phì đại) có kích thước hơn 2cm, nằm ở vùng đầu, mặt, cổ.
- Nguyên lý: Loại bỏ sạch tổ chức mạch máu bất thường để ngừa chảy máu, nhiễm trùng hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. Kiểm soát chảy máu chặt chẽ trong và sau mổ. Khâu phục hồi theo lớp, hạn chế sẹo co kéo vùng nhạy cảm.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u, ngăn ngừa tái phát hoặc biến dạng vùng mặt cổ. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng các đơn vị thẩm mỹ .Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U máu lớn hơn 2 cm vùng đầu mặt cổ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6 Thời gian phẫu thuật: 2 giờ.
5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng.

6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê
6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u
6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế
6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng mặt cổ hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ, lân cận hoặc ghép da nếu biến dạng đơn vị giải phẫu nhiều nhiều sau đóng trực tiếp.
6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ
6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình nếu có.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Hoại tử vạt hoặc chậm liền da ghép:
  + Triệu chứng: Vạt hoạc da ghép tím, đen
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt cổ.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

112. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ TỪ 2-5CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da cổ có kích thước 2-5cm,
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến vùng cổ. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U phần mềm vùng cổ 2-5 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6 Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng, sấp phụ thuộc vị trí khối u.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng cổ trực tiếp hoặc sử dụng các vạt tại chỗ , ghép da nếu đóng trực tiếp gây biến dạng nhiều.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống vạt tạo hình nếu có
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
  + Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
  + Chống viêm, giảm phù nề
  + Truyền dịch

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê, gây mê:
  + Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
  + Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
  + Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
  + Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, áp xe
  + Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
  + Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
  + Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Hoại tử vạt, da ghép:
  + Triệu chứng: Vạt tạo hình, da ghép tím, đen.
  + Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.

- Sẹo xấu
  + Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
  + Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

113. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 5 CM TRỞ LÊN.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa :Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da đầu với kích thước từ 5cm trở lên.
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý. Tạo hình che phủ tổn khuyết sau cắt u.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U da lành tính vùng da đầu từ từ 5cm trở lên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2 Thuốc:

Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3 Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5 Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6 Thời gian phẫu thuật: 180 phút.

5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa , nằm nghiêng, nằm sấp phục thuộc vào vị trí khối u.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê

6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u

6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế

6.3 Bước 3: Tổn khuyết sau cắt u có kích thước lớn hơn 5 cm được tạo hình lại bằng phương pháp ghép da nếu không lộ xương sọ hoặc sử dụng các vạt tại chỗ và lân cận che phủ tổn thương như vạt xoay da đầu, vạt chuyển.

6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ.

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi sức sống của vạt tạo hình nếu có
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
+ Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh.
+ Chống viêm, giảm phù nề.
+ Truyền dịch.

7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
+ Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
+ Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
+ Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
+ Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
+ Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
+ Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
+ Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
+ Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.
- Hoại tử vạt hoặc da ghép.
+ Triệu chứng: Vạt tạo hình hoặc da ghép tím, đen.
+ Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu

+ Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
+ Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

114. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ TRÊN 5 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U phần mềm vùng cổ có thể là u lành tính (u mỡ, u nang bã, u sợi thần kinh…) hoặc ác tính (sarcoma phần mềm, di căn). Khi u có kích thước >5 cm, việc cắt bỏ trở nên phức tạp hơn do nguy cơ tổn thương các cấu trúc quan trọng như động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong, thần kinh sọ và khí quản.
- Mục tiêu phẫu thuật là loại bỏ khối u triệt để, giảm nguy cơ tái phát, bảo tồn tối đa chức năng và thẩm mỹ vùng cổ.

2. CHỈ ĐỊNH:

- U phần mềm lành tính nhưng kích thước lớn (>5 cm) gây chèn ép, đau, hoặc biến dạng vùng cổ.
- U phát triển nhanh bất thường, nghi ngờ ác tính.
- U gây biến chứng: viêm, nhiễm trùng, xuất huyết, loét, hoại tử.
- U ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, nuốt, hoặc vận động cổ.
- Cần xác định bản chất u bằng mô bệnh học khi các phương pháp chẩn đoán hình ảnh chưa đủ kết luận.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.
- U xâm lấn sâu vào mạch máu lớn, thần kinh quan trọng, không thể cắt bỏ an toàn.
- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng cổ chưa được điều trị.
- Bệnh lý nội khoa nặng (suy tim, suy gan, suy thận) không đảm bảo an toàn khi gây mê và phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá hình ảnh trước mổ:

Siêu âm Doppler nếu nghi ngờ u mạch máu.

Chụp CT/MRI đánh giá mức độ xâm lấn, liên quan với các cấu trúc quan trọng.

- Cân nhắc phương án tái tạo: Nếu u quá lớn, có thể cần ghép da hoặc tạo hình để tránh biến dạng cổ.
- Kiểm soát chảy máu: Nếu u giàu mạch máu, có thể cần can thiệp nút mạch nuôi u trước phẫu thuật.
- Bảo tồn chức năng: Cần tránh tổn thương thần kinh sọ (dây VII, IX, X, XI, XII).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe.

- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.
Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong

- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml

- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Thường gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn trải toan vô khuẩn
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha Adrenalin để giảm đau và hạn chế chảy máu.

6.2. Bước 2:

- Rạch da theo đường phù hợp để dễ dàng tiếp cận khối u và hạn chế sẹo xấu.

6.3. Bước 3:

- Bóc tách u cẩn thận, tránh tổn thương mạch máu lớn (động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong) và bảo tồn thần kinh quan trọng, đặc biệt là dây thần kinh sọ.
- Tái tạo vùng cổ: nếu mất nhiều mô, có thể ghép da hoặc chuyển vạt.

- Cầm máu kỹ. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.4: Bước 4:

- Khâu phục hồi vết mổ.
- Băng ép vết mổ nếu cần.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Tổn thương mạch máu lớn: Nếu xảy ra trong mổ cần xử trí khâu phục hồi hoặc thắt mạch.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ. Xử trí: băng ép, mở vết thương để cầm máu lại nếu cần.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Chậm liền vết mổ: Chăm sóc tại chỗ liền thương thứ phát hoặc phẫu thuật lại nếu cần.
- Tổn thương thần kinh sọ (khàn giọng, nuốt khó, yếu cơ cổ): theo dõi, tập phục hồi chức năng, có thể phục hồi sau vài tháng hoặc cần can thiệp.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo co kéo: có thể điều trị bằng laser, phẫu thuật chỉnh sửa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schwartz’s Principles of Surgery, 11th Edition.
2. Sabiston Textbook of Surgery, 21st Edition.
3. Hiệp hội Phẫu thuật Đầu Cổ Hoa Kỳ (AHNS) – Guidelines on Soft Tissue Tumors.
4. Nguyễn Văn Thắng. Phẫu thuật u phần mềm vùng cổ: Kinh nghiệm điều trị tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021

115. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA ÁC TÍNH VÙNG DA ĐẦU DƯỚI 2 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U da ác tính vùng da đầu thường gặp là ung thư biểu mô tế bào đáy (BCC), ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC) và u ác tính tế bào hắc tố (melanoma). Trong đó, BCC chiếm tỷ lệ cao nhất và hiếm khi di căn, trong khi SCC và melanoma có nguy cơ di căn xa.
- Tổn thương ác tính kích thước nhỏ (<2cm) vùng da đầu có thể được điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật cắt rộng, với mục tiêu lấy triệt để tổn thương, đảm bảo rìa diện cắt âm tính và tối ưu hóa thẩm mỹ cũng như chức năng..

2. CHỈ ĐỊNH:

- U da ác tính vùng da đầu được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh.
- Kích thước tổn thương <2cm (đo theo đường kính lớn nhất).
- Không xâm lấn xương sọ hoặc mô mềm sâu.
- Không có dấu hiệu di căn hạch hoặc di căn xa trên lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U xâm lấn xương sọ, xoang tĩnh mạch màng cứng, hoặc các cấu trúc sâu.
- Tình trạng toàn thân không cho phép can thiệp ngoại khoa (suy tim, suy gan, suy thận giai đoạn cuối…).
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc từ chối phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Vị trí gần các cấu trúc quan trọng như đường giữa, mạch máu lớn dưới sọ.
- Da đầu đã từng xạ trị, nguy cơ hoại tử cao sau mổ.
- Người bệnh lớn tuổi, có bệnh nền kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường…).
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Thuốc cầm máu
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng chun
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.
- Cạo sạch tóc tại vùng tổn thương.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh. Kết qủa sinh thiết xác định u ác tính.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay về phía đối diện tổn thương hoặc nằm sấp (với tổn thương vùng chẩm).

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm:

- Thường gây tê tại chỗ.
- Gây mê toàn thân nếu tổn thương lớn, bệnh nhân không hợp tác hoặc có phẫu thuật tái tạo phức tạp.

6.1 Bước 1: Xác định ranh giới tổn thương bằng thước đo và đánh dấu vùng cắt rộng:

- BCC: rìa cắt ≥4mm
- SCC: rìa cắt ≥6mm
- Melanoma: rìa cắt ≥1cm (tùy theo bề dày Breslow)

6.2 Bước 2: Cắt bỏ tổn thương theo hình thoi, vuông góc với bề mặt da.

6.3 Bước 3: Gửi mảnh cắt làm giải phẫu bệnh kiểm tra diện cắt.

6.4 Bước 4: Xử trí vết mổ:

- Khâu trực tiếp nếu khuyết da nhỏ.
- Nếu tổn khuyết da không thể đóng trực tiếp thì sử dụng các vạt tại chỗ hoặc ghép da để che phủ tổn khuyết.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

-Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.

-Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: thường ít, kiểm soát bằng đốt điện hoặc khâu cầm máu.
- Tổn thương mạch lớn/nội sọ: hiếm, thận trọng với tổn thương gần đường giữa.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ. Xử trí: băng ép, mở vết thương để cầm máu lại nếu cần.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Chậm liền vết mổ: Chăm sóc tại chỗ liền thương thứ phát hoặc phẫu thuật lại nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo co kéo: có thể điều trị bằng laser, phẫu thuật chỉnh sửa nếu cần.
- Tái phát u: thường do cắt không triệt để, cần theo dõi định kỳ và đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ.
- Rối loạn cảm giác tại vùng mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bichakjian CK et al. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2018.
- Stratigos AJ et al. European interdisciplinary guideline on invasive cutaneous squamous cell carcinoma. Eur J Cancer. 2020.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Basal Cell Skin Cancer. Version 2.2024.
- Moore KL, Dalley AF. Clinically Oriented Anatomy, 8th ed. Wolters Kluwer.
- Shah SK, Blechman AB. Surgical excision of skin cancer: technique and reconstruction. Semin Plast Surg. 2019.

116. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA ÁC TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2 ĐẾN 5 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U da ác tính vùng da đầu bao gồm các thể phổ biến như ung thư biểu mô tế bào đáy (Basal Cell Carcinoma - BCC), ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous Cell Carcinoma - SCC) và u hắc tố ác tính (Melanoma).
- Vị trí da đầu có đặc điểm giải phẫu mỏng, gần sọ và có nhiều mạch máu nuôi, nên việc phát hiện sớm và điều trị triệt để đóng vai trò quan trọng.
- Đối với tổn thương ác tính vùng da đầu có kích thước từ 2–5 cm, phẫu thuật là phương pháp điều trị chuẩn, cho phép cắt rộng tổn thương và tái tạo da đầu bằng các kỹ thuật phù hợp (vạt tại chỗ, vạt quay, vạt tự do hoặc ghép da).

2. CHỈ ĐỊNH:

- U da ác tính vùng da đầu (BCC, SCC, melanoma) có kích thước từ 2 đến 5 cm, xác định bằng sinh thiết.
- Tổn thương chưa xâm lấn xương sọ hoặc các cấu trúc sâu.
- Chưa có di căn hạch hoặc di căn xa.
- Tình trạng toàn thân cho phép can thiệp ngoại khoa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U xâm lấn xương sọ, xoang tĩnh mạch lớn hoặc nhu mô não.
- Di căn xa đã xác định (phẫu thuật chỉ xem xét trong bối cảnh giảm nhẹ).
- Tình trạng toàn thân nặng, nguy cơ cao khi gây mê/phẫu thuật.
- Người bệnh từ chối điều trị

4. THẬN TRỌNG

- Tổn thương gần đường giữa, vùng trán – đỉnh – chẩm, dễ tiếp cận sọ hoặc xoang tĩnh mạch.
- Người bệnh lớn tuổi, có bệnh lý nền như tiểu đường, suy tim, rối loạn đông máu.
- Tiền sử xạ trị vùng da đầu.
- U tái phát sau nhiều lần phẫu thuật trước đó.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04;
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Adrenalin 1: 200000.
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Thuốc cầm máu
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng chun
- Bộ dụng cụ ghép da/ vạt tại chỗ hoặc dụng cụ vi phẫu nếu có vạt tự do.
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.
- Cạo sạch tóc tại vùng tổn thương.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh. Kết quả sinh thiết xác định u ác tính.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay về phía đối diện tổn thương hoặc nằm sấp (với tổn thương vùng chẩm).

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Thường Gây mê toàn thân.
- Trong một số trường hợp đặc biệt (không gây mê được), có thể phối hợp gây tê tại chỗ và tiền mê.

6.1. Bước 1: Đánh dấu vùng cắt

- Xác định rìa cắt an toàn: • BCC: ≥5 mm • SCC: ≥6 mm đến 1 cm • Melanoma: ≥1–2 cm tùy độ dày Breslow.
- Đánh dấu diện cắt theo hình elip/quạt tùy vị trí.

6.2. Bước 2: Cắt bỏ tổn thương

- Dùng dao mổ lấy trọn tổn thương, cắt xuyên lớp da – tổ chức dưới da tới cân sọ.
- Kiểm tra mô xương nếu nghi ngờ xâm lấn (cạo hoặc gửi mẫu sinh thiết).

6.3. Bước 3: Tái tạo khuyết da: Tùy theo kích thước và vị trí:

- Khâu trực tiếp nếu khuyết <3 cm và da đầu còn đàn hồi.
- Vạt tịnh tiến/vạt xoay da đầu: sử dụng khi khuyết 3–5 cm.
- Ghép da mỏng: nếu nền phù hợp và không cần che phủ phức tạp.
- Vạt vi phẫu tự do: với khuyết lớn hoặc nền không thuận lợi.

6.4. Bước 4: Cầm máu và khâu đóng

- Cầm máu kỹ bằng dao điện.
- Đặt dẫn lưu nếu cần.
- Khâu từng lớp: dưới da (Vicryl 3.0/4.0), da (Nylon hoặc Prolene 4.0/5.0).

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều do mạch máu vùng tai phong phú.
- Tai biến của gây tê/gây mê: theo dõi, xử trí tại phòng hồi sức sau mổ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ. Xử trí: băng ép, mở vết thương để cầm máu lại nếu cần.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Chậm liền vết mổ: Chăm sóc tại chỗ liền thương thứ phát hoặc phẫu thuật lại nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo co kéo: có thể điều trị bằng laser, phẫu thuật chỉnh sửa nếu cần.
- Tái phát u: thường do cắt không triệt để, cần theo dõi định kỳ và đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ.
- Rối loạn cảm giác tại vùng mổ do tổn thương nhánh thần kinh nông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stratigos AJ, Garbe C, et al. European interdisciplinary guideline on invasive cutaneous squamous cell carcinoma. Eur J Cancer. 2020.

2. Bichakjian CK, et al. Basal Cell Skin Cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2.2024.

3. Swetter SM, et al. Cutaneous melanoma: Clinical features and diagnosis. UpToDate, 2024.
4. Nahabedian MY. Scalp Reconstruction: Techniques, Challenges, and Strategies. Clin Plast Surg. 2022. 5. Moore KL, Dalley AF, Agur AM. Clinically Oriented Anatomy, 8th Edition.

117. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai là một thủ thuật ngoại khoa được thực hiện nhằm loại bỏ các khối u tân sinh, bao gồm cả u lành tính và ác tính, phát triển trên bề mặt da của vành tai. Vành tai, do cấu trúc giải phẫu lồi ra và thường xuyên tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, là một trong những vị trí phổ biến nhất cho sự phát triển của các loại ung thư da, đặc biệt là ung thư biểu mô tế bào đáy (Basal Cell Carcinoma - BCC) và ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous Cell Carcinoma - SCC). U hắc tố (Melanoma), mặc dù ít gặp hơn, nhưng cũng có thể xuất hiện và có tiên lượng nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.
- Các khối u lành tính trên vành tai cũng khá đa dạng, bao gồm u nang bã nhờn, u mỡ, u xơ, sẹo lồi, và các tổn thương tiền ung thư như dày sừng ánh sáng (actinic keratosis). Mặc dù không đe dọa tính mạng, các khối u lành tính này có thể gây khó chịu, đau đớn, nhiễm trùng tái phát, hoặc ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- Mục tiêu chính của phẫu thuật là loại bỏ hoàn toàn khối u với rìa an toàn (margin) đầy đủ để đảm bảo không còn tế bào ung thư sót lại (đối với u ác tính), đồng thời bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng của vành tai. Vành tai có cấu trúc sụn phức tạp, mạch máu và thần kinh phong phú, do đó, phẫu thuật đòi hỏi sự tỉ mỉ, chính xác và kiến thức sâu rộng về giải phẫu vùng đầu mặt cổ để đạt được kết quả thẩm mỹ và chức năng tối ưu, giảm thiểu biến dạng và các biến chứng sau phẫu thuật. Việc chẩn đoán sớm thông qua thăm khám lâm sàng, sinh thiết và hình ảnh học là yếu tố then chốt để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và nâng cao hiệu quả điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai được chỉ định trong các trường hợp sau:
- U da lành tính:
- U nang bã nhờn, u mỡ, u xơ, sẹo lồi gây khó chịu, đau hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ.
- Các tổn thương tiền ung thư như dày sừng ánh sáng (actinic keratosis) không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc các phương pháp khác.
- U da ác tính:
- Ung thư biểu mô tế bào đáy (BCC) khu trú, đặc biệt là các loại nốt, bề mặt, hoặc thâm nhiễm.
- Ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC) khu trú, bao gồm các dạng tại chỗ (in situ) và xâm lấn.
- U hắc tố (melanoma) giai đoạn sớm, đặc biệt là melanoma tại chỗ hoặc có độ sâu Breslow thấp.
- Các loại ung thư da khác phát sinh tại vành tai (ví dụ: ung thư tuyến bã nhờn, ung thư tế bào Merkel).
- Chẩn đoán: Sinh thiết cắt bỏ để xác định bản chất của khối u khi các phương pháp chẩn đoán khác không đủ rõ ràng hoặc khi cần xác định rìa cắt sạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:

+ Bệnh nhân có tình trạng toàn thân không ổn định, không thể chịu đựng được cuộc phẫu thuật (ví dụ: suy tim nặng độ IV, nhồi máu cơ tim cấp, rối loạn đông máu nặng không kiểm soát được, sốc).
+ Nhiễm trùng cấp tính tại vùng phẫu thuật hoặc nhiễm trùng huyết.

- Chống chỉ định tương đối:

+ Rối loạn đông máu nhẹ hoặc đang dùng thuốc chống đông (cần điều chỉnh liều hoặc ngừng thuốc theo chỉ định của bác sĩ trước phẫu thuật).
+ Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính chưa được kiểm soát tốt (ví dụ: đái tháo đường không kiểm soát gây nhiễm trùng, tăng huyết áp nặng không ổn định).
+ Khối u quá lớn, xâm lấn rộng vào các cấu trúc lân cận quan trọng (sụn vành tai toàn bộ, xương thái dương, ống tai ngoài, tuyến mang tai, hoặc di căn hạch vùng) đòi hỏi phẫu thuật phức tạp hơn, có thể cần phối hợp đa chuyên khoa hoặc các phương pháp điều trị bổ trợ khác (xạ trị, hóa trị).
+ Bệnh nhân từ chối phẫu thuật hoặc không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá tiền phẫu kỹ lưỡng: Cần thăm khám lâm sàng chi tiết, đánh giá kích thước, vị trí, độ sâu xâm lấn của khối u, đặc biệt là mối liên quan với sụn vành tai, ống tai ngoài, và các cấu trúc thần kinh, mạch máu lân cận. Có thể cần các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, MRI) cho các khối u lớn hoặc nghi ngờ xâm lấn sâu.
- Bảo tồn cấu trúc giải phẫu và chức năng: Vành tai có cấu trúc phức tạp với sụn, thần kinh (đặc biệt là thần kinh tai lớn, nhánh thần kinh mặt), và mạch máu. Cần thận trọng để bảo tồn tối đa các cấu trúc này, giảm thiểu tổn thương thần kinh, mạch máu, và biến dạng sau phẫu thuật.
- Nguy cơ chảy máu: Vành tai có hệ thống mạch máu phong phú. Cần cầm máu kỹ lưỡng trong và sau phẫu thuật để tránh tụ máu và các biến chứng liên quan.
- Nguy cơ nhiễm trùng: Vùng tai dễ bị nhiễm trùng sau phẫu thuật do cấu trúc gấp khúc, khó vệ sinh và tiếp xúc với môi trường. Cần tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn nghiêm ngặt và chăm sóc vết mổ đúng cách.
- Kết quả thẩm mỹ: Cần cân nhắc kỹ lưỡng phương pháp tái tạo phù hợp nhất để đạt được kết quả thẩm mỹ tối ưu, đặc biệt đối với các khối u lớn hoặc ở các vị trí dễ nhìn thấy, ảnh hưởng đến hình dáng vành tai.
- Giải phẫu bệnh rìa cắt: Đối với u ác tính, việc đảm bảo rìa cắt sạch (không còn tế bào ung thư tại bờ cắt) là vô cùng quan trọng để giảm nguy cơ tái phát. Mẫu bệnh phẩm phải được gửi đi giải phẫu bệnh để đánh giá chính xác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật:
- Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ.
- Đầu được xoay nghiêng sang một bên (bên đối diện với tai phẫu thuật) để lộ rõ vùng vành tai cần phẫu thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm
- Gây tê tại chỗ: Là phương pháp phổ biến nhất và thường được ưu tiên cho các khối u nhỏ và trung bình.
- Gây mê toàn thân: Chỉ định cho các trường hợp khối u rất lớn, phẫu thuật phức tạp, cần tái tạo rộng, phẫu thuật kéo dài, hoặc bệnh nhân không hợp tác, trẻ em, hoặc có các bệnh lý nền không cho phép gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Chuẩn bị và sát khuẩn

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch và rìa an toàn: đánh dấu đường rạch bao quanh khối u, đảm bảo rìa an toàn.
6.3. Bước 3: Cắt bỏ khối u: rạch da theo đường đánh dấu, cắt bỏ khối u và phần da lành xung quanh đến độ sâu cần thiết tuỳ theo loại u và độ xâm lấn.
6.4. Bước 4: Cầm máu. Gửi bệnh phẩm u làm giải phẫu bệnh để xác định bản chất u và đánh giá rìa cắt có an toàn không.
6.5. Bước 5: Tái tạo khuyết hổng: tuỳ thuộc kích thước, vị trí của khuyết hổng, mức độ tổn thương sụn:
6.6. Bước 6: Khâu đóng trực tiếp: Đối với các khuyết hổng nhỏ (<1-2 cm).
6.7. Bước 7: Ghép da hoặc sử dụng vạt tại chỗ: áp dụng cho tổn khuyết lớn hơn, không thể khâu đóng trực tiếp
6.8. Bước 8: Tái tạo phức tạp: Đối với các khuyết hổng lớn có liên quan đến sụn vành tai hoặc toàn bộ vành tai, có thể cần các kỹ thuật tái tạo sụn bằng sụn sườn tự thân hoặc vật liệu nhân tạo, kết hợp với các vạt da lớn hoặc ghép da đa thì.
6.9. Bước 9: Đóng vết mổ:
- Khâu lớp dưới da và sụn (nếu có) bằng chỉ tiêu
- Khâu da bằng chỉ không tiêu
- Đặt dẫn lưu nếu có nguy cơ tụ dịch hoặc tụ máu lớn.
- Băng ép vết mổ tuỳ thuộc ghép da hay sử dụng vạt để tránh tụ dịch tụ máu vết mổ.

6.10 Kết thúc quy trình
-Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
-Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Tổn thương mạch máu lớn: Nếu xảy ra trong mổ cần xử trí khâu phục hồi hoặc thắt mạch.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu: Xử trí bằng cách băng ép, dẫn lưu hoặc mổ lại cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử vạt/ghép: Điều trị bảo tồn ban đầu, sau đó phẫu thuật loại bỏ phần hoại tử và tái tạo lại nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Tiêm corticosteroid tại chỗ, phẫu thuật chỉnh sửa sẹo, xạ trị bổ trợ (đối với sẹo lồi tái phát).
- Tổn thương thần kinh: Thường là tổn thương thần kinh tai lớn gây tê bì vùng da vành tai. Phần lớn hồi phục một phần hoặc hoàn toàn, ít khi cần can thiệp.
- Tái phát u: Nếu giải phẫu bệnh cho thấy bờ diện cắt còn tế bào ung thư hoặc khối u tái phát lâm sàng, cần xem xét phẫu thuật lại hoặc các phương pháp điều trị bổ trợ khác (xạ trị, hóa trị).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Clinically Oriented Anatomy. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shah JP, Patel SG. Head and Neck Surgery and Oncology. Elsevier Health Sciences.
- Nguyen QH, Le TT. Surgical management of benign and malignant auricular tumors. Journal of Otolaryngology, 2020.
- American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery (AAO-HNS) Clinical Practice Guidelines.

118. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA ÁC TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 5 CM TRỞ LÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- U da ác tính vùng da đầu là bệnh lý ác tính phát sinh từ các thành phần của da như tế bào đáy, tế bào vảy, tế bào hắc tố. Vị trí da đầu thường bị bỏ sót trong thăm khám, nên bệnh nhân thường đến muộn, khi khối u đã có kích thước lớn (≥5 cm), xâm lấn sâu, làm tăng nguy cơ tái phát và di căn.
- Các loại u ác tính thường gặp:

+ Carcinoma tế bào vảy (SCC) – thường gặp nhất vùng da đầu.
+ Carcinoma tế bào đáy (BCC) – ít di căn nhưng xâm lấn tại chỗ mạnh.
+ U hắc tố ác tính (Melanoma) – nguy hiểm vì nguy cơ di căn xa cao.

- Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị triệt để đầu tiên và quan trọng nhất, nhất là khi u còn tại chỗ hoặc xâm lấn giới hạn. Với u lớn (≥5 cm), việc cắt bỏ cần cân nhắc kỹ đến giới hạn mô lành và tạo hình phục hồi.

2. CHỈ ĐỊNH:

- U da ác tính vùng da đầu kích thước ≥5 cm, xác định bằng lâm sàng và giải phẫu bệnh.
- U có dấu hiệu loét, xâm lấn tổ chức sâu (cơ, xương sọ), chưa có di căn xa.
- U tái phát sau điều trị trước đó.
- U kèm theo nguy cơ biến dạng vùng đầu hoặc đe dọa chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:

Bệnh nhân có tình trạng toàn thân nặng không thể gây mê/phẫu thuật.
Di căn xa nhiều cơ quan, tiên lượng sống còn ngắn.

- Chống chỉ định tương đối:

Nhiễm trùng lan rộng tại chỗ.
U đã xâm lấn xương sọ rộng và không còn khả năng tạo hình phục hồi.
Bệnh nhân từ chối phẫu thuật hoặc không hợp tác điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác phạm vi xâm lấn bằng MRI sọ não, CT-scan, hoặc PET-CT nếu cần.
- Sinh thiết xác định loại mô học trước phẫu thuật.
- Cân nhắc sinh thiết hạch vùng (sentinel node biopsy) trong u hắc tố hoặc SCC lớn.
- Lập kế hoạch phối hợp phẫu thuật viên tạo hình nếu diện cắt lớn.
- Đánh giá yếu tố nguy cơ tai biến: rối loạn đông máu, tiểu đường, suy dinh dưỡng...

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- lidocain 1% adrenalin 1: 200000.
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau

- Thuốc cầm máu
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh

Dao mổ điện.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.
- Cạo sạch tóc tại vùng tổn thương.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh. Kết quả sinh thiết xác định u ác tính.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay về phía đối diện tổn thương hoặc nằm sấp (với tổn thương vùng chẩm).

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Thường là gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Đánh dấu trước mổ:

- Vẽ ranh giới u và vùng da cần cắt (rộng ≥5–10 mm đối với BCC/SCC, ≥1–2 cm với

melanoma).
- Đánh dấu vị trí tái tạo nếu có.

6.2. Bước 2: Cắt bỏ u:
- Cắt trọn u cùng phần da lành xung quanh.
- Nếu u xâm lấn xương sọ nông: mài hoặc cắt xương sọ kèm theo.
- Kiểm tra rìa diện cắt bằng sinh thiết nhanh (nếu điều kiện cho phép).

6.3. Bước 3: Tái tạo da đầu:
- Tùy vào kích thước và vị trí, có thể:
- Khâu da trực tiếp (nếu diện nhỏ).
- Ghép da.
- Dùng vạt xoay, vạt trượt, hoặc vạt tự do vi phẫu từ nơi khác.

6.4. Bước 4: Cầm máu và khâu đóng
- Cầm máu kỹ bằng dao điện.
- Đặt dẫn lưu nếu cần.
- Khâu từng lớp

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu nhiều do mạch máu vùng tai phong phú.
- Tai biến của gây tê/gây mê: theo dõi, xử trí tại phòng hồi sức sau mổ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu sau mổ. Xử trí: băng ép, mở vết thương để cầm máu lại nếu cần.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Chậm liền vết mổ: Chăm sóc tại chỗ liền thương thứ phát hoặc phẫu thuật lại nếu cần.
- Hoại tử vạt da: theo dõi, cắt lọc, ghép lại nếu cần

7.3. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo co kéo: có thể điều trị bằng laser, phẫu thuật chỉnh sửa nếu cần.
- Tái phát u: thường do cắt không triệt để, cần theo dõi định kỳ và đánh giá giải phẫu bệnh sau mổ.
- Rối loạn cảm giác tại vùng mổ do tổn thương nhánh thần kinh nông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al. AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. Springer; 2017.
- Nguyen TH, Tran QD. Phẫu thuật u da ác tính lớn vùng da đầu – Báo cáo ca lâm sàng. Y học TP. Hồ Chí Minh, 2022.
- Snow SN, Sahl W, Mings SM, et al. Aggressive squamous cell carcinoma of the scalp. Dermatol Surg. 2001.
- Leong SP, et al. Sentinel lymph node biopsy and management of melanoma. Ann Surg Oncol. 2006.
- Thompson AK, Kelley BF, Prokop LJ, et al. Risk factors for recurrence of cutaneous squamous cell carcinoma. JAMA Dermatol. 2016.

119. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI VÙNG XUNG QUANH

1. ĐẠI CƯƠNG

- U da vùng vành tai và vùng xung quanh (gồm loa tai, rãnh sau tai, vùng trước tai, dái tai) là những khối tổn thương có thể lành tính hoặc ác tính, phát sinh từ các thành phần da và mô dưới da như tuyến bã, nang lông, tế bào thượng bì hoặc hắc tố. Do cấu trúc đặc biệt của vành tai với nhiều sụn, da mỏng và ít mạch máu, việc xử lý u tại vùng này đòi hỏi kỹ thuật chính xác để đảm bảo triệt để tổn thương mà vẫn giữ được thẩm mỹ và chức năng.
- Các loại u thường gặp:

Lành tính: u xơ, u nhú, u mạch, nang bã, u tuyến mồ hôi.

Ác tính: carcinoma tế bào đáy, carcinoma tế bào vảy, melanoma ác tính, sarcoma da.

- Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị chính trong hầu hết các trường hợp.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Các khối u lành tính có kích thước lớn, phát triển nhanh, gây biến dạng hoặc khó chịu cho bệnh nhân.
- U có đặc điểm nghi ngờ ác tính: loét, thay đổi màu sắc, bờ không đều, lan rộng, đau hoặc chảy máu.
- U đã được chẩn đoán là ác tính bằng sinh thiết.
- U tái phát sau các điều trị không triệt để trước đó.
- U ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng hoặc gây sang chấn, nhiễm trùng tái phát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:
  + Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (suy tim, suy hô hấp, rối loạn đông máu nặng).
  + Dị ứng thuốc gây tê mà không có biện pháp thay thế.
- Chống chỉ định tương đối:
  + Nhiễm trùng tại vùng phẫu thuật chưa được kiểm soát.
  + Bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông chưa được điều chỉnh.
  + U xâm lấn sâu chưa đánh giá rõ ràng ranh giới.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá toàn diện qua thăm khám và hình ảnh (siêu âm phần mềm, CT nếu nghi xâm lấn sâu).
- Sinh thiết chẩn đoán mô học nếu nghi ngờ ác tính.
- Đảm bảo đường rạch hợp lý để tránh tổn thương sụn tai, dây thần kinh tai lớn, nhánh tai của thần kinh mặt.
- Chuẩn bị phương án tạo hình (nếu cần) nếu diện cắt rộng hoặc nằm ở vị trí thẩm mỹ quan trọng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu áp lực âm.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật:

- Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ.
- Đầu được xoay nghiêng sang một bên (bên đối diện với tai phẫu thuật) để lộ rõ vùng vành tai cần phẫu thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Gây tê: thường là gây tê tại chỗ; có thể gây mê nếu khối u lớn.

6.1. Bước 1: Đánh dấu trước mổ:

Xác định ranh giới tổn thương và đường rạch tối ưu theo hướng da tự nhiên.

6.2. Bước 2: Gây tê:

Gây tê vùng quanh tổn thương theo hình vành khăn hoặc block nhánh tai.

6.3. Bước 3: Cắt bỏ u:

- Đường rạch theo hình elip, bao trọn u và một rìa da lành (≥4 mm nếu lành tính, ≥6–10 mm nếu nghi ác tính).
- Nếu u xâm lấn sụn tai: cắt kèm sụn và xử lý theo tổn thương.
- Cầm máu kỹ bằng dao điện hoặc chỉ buộc.
- Gửi giải phẫu bệnh khối u để xác định mô bệnh học và đánh giá rìa diện cắt.

6.4. Bước 4: Tạo hình:

- Với tổn thương nhỏ: khâu trực tiếp.
- Với tổn thương lớn: vạt da tại chỗ, ghép da toàn phần, vạt xoay hoặc tạo hình giai đoạn hai.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu: Xử trí bằng cách băng ép, dẫn lưu hoặc mổ lại cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử vạt/ghép: Điều trị bảo tồn ban đầu, sau đó phẫu thuật loại bỏ phần hoại tử và tái tạo lại nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Tiêm corticosteroid tại chỗ, phẫu thuật chỉnh sửa sẹo, xạ trị bổ trợ (đối với sẹo lồi tái phát).
- Tái phát u: Nếu giải phẫu bệnh cho thấy bờ diện cắt còn tế bào ung thư hoặc khối u tái phát lâm sàng, cần xem xét phẫu thuật lại hoặc các phương pháp điều trị bổ trợ khác (xạ trị, hóa trị).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Johnson TM, Rowe DE, Nelson BR. Cutaneous Oncology: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Blackwell Science, 2005.
- Moore KL, Dalley AF. Clinically Oriented Anatomy. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shah JP, Patel SG. Head and Neck Surgery and Oncology. Elsevier Health Sciences.
- American Academy of Dermatology (AAD). Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2018.

120. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA MỎNG DƯỚI 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da đầu có thể xuất hiện sau phẫu thuật cắt bỏ u da, chấn thương, bỏng, nhiễm trùng hoặc do bệnh lý hoại tử mô.
- Với những vùng khuyết nhỏ (<10 cm^2), một trong những phương pháp tạo hình đơn giản và hiệu quả là ghép da mỏng (split-thickness skin graft – STSG).
- Ghép da mỏng gồm một phần thượng bì và một phần trung bì nông, có thể lấy từ vùng đùi, mông hoặc cánh tay, hoặc chính da đầu. Phương pháp này giúp nhanh chóng che phủ vùng khuyết, giảm nguy cơ nhiễm trùng, rút ngắn thời gian lành và hồi phục thẩm mỹ tương đối.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da đầu kích thước nhỏ (dưới 10 cm^2) không thể khâu kín trực tiếp.
- Sau cắt bỏ u da hoặc hoại tử mô mà không để hở được.
- Vùng da khuyết có nền lành: không nhiễm trùng, không xương sọ trần.
- Bệnh nhân có nhu cầu hồi phục nhanh, ít can thiệp phẫu thuật tạo hình phức tạp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:
+ Nền vết thương không đủ tưới máu (xương sọ trần không có màng xương, mô hoại tử).
+ Nhiễm trùng chưa kiểm soát tại vùng nhận hoặc vùng cho da.
- Chống chỉ định tương đối:
+ Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
+ Bệnh lý toàn thân ảnh hưởng khả năng liền sẹo (suy dinh dưỡng nặng, tiểu đường không kiểm soát...).
+ Bệnh nhân không hợp tác chăm sóc sau mổ.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đảm bảo vùng khuyết có lớp mô hạt tốt hoặc màng xương nguyên vẹn.
- Hạn chế ghép da trực tiếp lên xương trần hoặc mô hoại tử.
- Phải giữ da ghép bất động tuyệt đối 5–7 ngày đầu để tăng tỷ lệ sống ghép.
- Phối hợp điều trị toàn thân (đường huyết, dinh dưỡng, kháng sinh nếu có).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun

- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nghiêng sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Thường gây tê tại chỗ hoặc tiền mê (nếu cần).
- Gây mê toàn thân với trẻ em, bệnh nhân khó hợp tác hoặc vùng khó thao tác.

6.1. Bước 1: Chuẩn bị vùng nhận:

- Cắt lọc mô hoại tử, vệ sinh sạch.
- Cầm máu hoàn toàn để tránh tụ máu dưới da ghép.

6.2. Bước 2: Lấy da ghép:
- Chọn vùng cho da (đùi trước, mông, cánh tay).
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi parafin hoặc vaseline.
- Dùng dao Humby hoặc dermatom lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm).
- Đặt da ghép trên gạc mỡ, cắt tạo hình phù hợp với vùng khuyết.

6.3. Bước 3: Đặt và cố định da ghép:
- Trải đều mảnh da lên vùng nhận, không để bọng khí.
- Cố định bằng chỉ khâu mảnh ghép ở bờ, hoặc băng ép (băng bolster, băng áp lực).
- Đặt lớp gạc mỡ, sau đó ép bằng băng thun.

6.4. Bước 4: Xử lý vùng cho da:
- Đắp gạc mỡ, băng ép để hạn chế chảy máu và đau.

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.

7.3. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo co kéo, không mọc tóc: theo dõi lâu dài, can thiệp thẩm mỹ nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Elsevier, 2012.
- Thorne CH. Grabb and Smith’s Plastic Surgery, 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

121. PHẪU THUẬT GHÉP DA KHUYẾT DA VÙNG LƯNG NHỎ HƠN 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da vùng lưng có thể gặp trong các tình huống sau: sau cắt bỏ u da, loét tì đè giai đoạn đầu, chấn thương, bỏng hoặc sau cắt lọc mô hoại tử. Khi tổn thương kích thước nhỏ (<10 cm^2) và nền tổn thương có khả năng tiếp nhận tốt, ghép da mỏng (split-thickness skin graft – STSG) là phương pháp đơn giản, hiệu quả để che phủ và phục hồi bề mặt da.
- Phẫu thuật ghép da giúp:

+ Làm liền tổn thương nhanh chóng.
+ Giảm nguy cơ nhiễm trùng, mất dịch.
+ Phục hồi cấu trúc và chức năng bảo vệ của da.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da vùng lưng có diện tích nhỏ hơn 10 cm^2.
- Nền tổn thương đã sạch, mô hạt phát triển tốt hoặc có cân cơ còn nuôi dưỡng.
- Vết thương không khâu kín được hoặc khâu kín gây căng da.
- Sau cắt bỏ u da lành hoặc ác tính đã có rìa diện cắt an toàn.
- Bệnh nhân cần phục hồi sớm để tránh nằm lâu, tì đè.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:

Nền vết thương không đảm bảo: mô hoại tử, xương trần không có màng xương, không có tưới máu.

Nhiễm trùng đang tiến triển tại vùng khuyết da.

- Chống chỉ định tương đối:

+ Tình trạng toàn thân xấu: suy tim, suy gan, suy thận chưa ổn định.
+ Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
+ Bệnh lý mạn tính như tiểu đường không kiểm soát.
+ Bệnh nhân không hợp tác trong chăm sóc sau ghép da.

4. THẬN TRỌNG

- Đảm bảo nền vết thương có mô hạt tốt, không còn dịch mủ hoặc vi khuẩn.
- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ như đường huyết, dinh dưỡng.
- Vùng ghép da cần được cố định tuyệt đối trong 5–7 ngày đầu để da ghép "dính" tốt.
- Vùng lưng dễ bị tì đè – cần chú ý xoay trở, tránh nằm đè lên vùng ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật:

Bệnh nhân nằm nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm
- Thường gây tê tại chỗ.
- Có thể tiền mê hoặc gây mê nếu bệnh nhân nhỏ tuổi hoặc vùng tổn thương rộng, bệnh nhân khó hợp tác.

6.1 Bước 1: Chuẩn bị vùng nhận da:
- Cắt lọc sạch mô hoại tử, mủ hoặc mô xơ chai nếu còn.
- Rửa sạch bằng NaCl 0,9%, oxy già (nếu cần).
- Đảm bảo nền vết thương có mô hạt đỏ hồng, không chảy máu nhiều.

6.2 Bước 2: Lấy da ghép:
- Vị trí: mặt trước đùi, mông hoặc cánh tay.
- Sát khuẩn, làm căng da, bôi vaseline để giảm ma sát.
- Dùng dao Humby hoặc dermatom lấy da mỏng (dày 0,3–0,5 mm).
- Đặt mảnh da ghép lên gạc mỡ sạch để cắt hình phù hợp với vùng nhận.

6.3 Bước 3: Ghép và cố định:
- Đặt da ghép lên nền vết thương, tránh gấp nếp, để lỗ thoát khí (có thể rạch nhỏ).
- Cố định bằng:
- Khâu chỉ rải rác quanh bờ ghép, hoặc
- Băng ép bằng gạc mỡ và băng ép ngoài (bolster dressing).

6.4 Bước 4: Xử lý vùng cho da:

Che phủ bằng gạc mỡ băng ép, giữ khô, theo dõi chảy máu.

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo co kéo: theo dõi lâu dài, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Elsevier, 2012.
- Thorne CH. Grabb and Smith’s Plastic Surgery. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- Nguyễn Tấn Hùng, Trần Minh Trường. Kỹ thuật ghép da mỏng trong điều trị vết thương vùng lưng nhỏ, Bệnh viện Chợ Rẫy.

122. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ NHỎ HƠN 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da chi thể là tình trạng mất da một phần hoặc toàn bộ bề mặt da ở tay hoặc chân, thường do: Chấn thương, Bỏng, Loét do đè ép, bệnh lý mạch máu, Sau phẫu thuật cắt bỏ u, Nhiễm trùng hoại tử da.
- Với những tổn thương da có kích thước nhỏ hơn 10 cm², phương pháp ghép da tự thân là lựa chọn điều trị hiệu quả nhằm:

+ Tái tạo nhanh bề mặt da.
+ Giảm nguy cơ nhiễm trùng, mất dịch.
+ Phục hồi chức năng chi thể sớm.
+ Ghép da tự thân là kỹ thuật sử dụng chính da của bệnh nhân, lấy từ vùng cho (đùi, mông, cánh tay) để ghép lên vùng tổn thương sau khi đã có nền mô hạt tốt.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da chi thể (tay, chân) nhỏ hơn 10 cm² do:
- Chấn thương phần mềm.
- Loét lâu liền, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, bệnh mạch máu ngoại biên.
- Sau cắt u da, u mô mềm nông.
- Sau cắt lọc mô hoại tử.
- Nền vết thương đã sạch, có mô hạt tốt và không còn nhiễm trùng tiến triển.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:

+ Nền vết thương không đủ điều kiện tiếp nhận da ghép:
+ Mô hoại tử, nhiễm trùng mủ.
+ Xương trần không màng xương, gân trần không có gân bao.
+ Bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát:
+ Suy tim, suy thận, rối loạn đông máu nặng.

- Chống chỉ định tương đối:

+ Vết thương tiết dịch nhiều, nền kém tưới máu.
+ Bệnh nhân không hợp tác giữ bất động vùng chi ghép.
+ Tiểu đường không kiểm soát, suy dinh dưỡng.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ nền vết thương: mô hạt đỏ, không chảy dịch mủ, không có giả mạc.
- Đảm bảo bất động vùng ghép da trong ít nhất 5–7 ngày đầu.
- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ:
- Đường huyết, dinh dưỡng, nhiễm khuẩn, lưu thông mạch máu.
- Vùng cho da nên chọn vị trí dễ che giấu, dễ chăm sóc (thường là đùi)

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc
- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Gây tê/tiền mê: gây tê tại chỗ ± tiền mê hoặc gây mê tùy theo tuổi, tâm lý và diện ghép.

6.1. Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2. Bước 2: Lấy da ghép:

- Vị trí: đùi, mông, cánh tay.
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3. Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon 5/0 hoặc 6/0, hoặc
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4. Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thorne CH et al. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Elsevier, 2012.

- Zook EG, Russell RC. Split-thickness skin grafts. Clin Plast Surg. 1984;11(1):99–112.
- American College of Surgeons. Wound Management Principles for Skin Grafting. ACS Manual of Surgery, 2021.

123. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA PHẦN MỀM CHI THỂ NHỎ HƠN 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da phần mềm ở chi thể là tổn thương mất da và/hoặc tổ chức mô mềm nông tại tay hoặc chân, thường gặp sau: Chấn thương (tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông), Bỏng, Phẫu thuật cắt u da/mô mềm, Loét do bệnh lý mạch máu hoặc đái tháo đường.
- Khi diện tích khuyết nhỏ hơn 10 cm^2, các phương pháp tạo hình ít xâm lấn như: Khâu trực tiếp (nếu có thể), Vạt da tại chỗ (vạt quay, vạt trượt), Ghép da tự thân toàn phần hoặc mỏng.
- Phẫu thuật được ưu tiên, nhằm: Che phủ nhanh chóng vùng tổn thương, Ngăn ngừa nhiễm trùng, Phục hồi chức năng chi thể và giảm sẹo xấu.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn thương mất da chi thể <10 cm^2 có nền vết thương sạch.
- Sau cắt bỏ u da, u mô mềm nông có rìa diện cắt an toàn.
- Tổn thương da không khâu kín được hoặc khâu kín gây căng.
- Khuyết phần mềm sau chấn thương/hoại tử, đã được cắt lọc.
- Vết thương cần che phủ sớm để bảo vệ cấu trúc bên dưới (xương, gân, mạch máu).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:
+ Vết thương nhiễm trùng đang tiến triển, có dịch mủ.
+ Nền tổn thương là xương hoặc gân trần không được che phủ bởi mô hạt.
+ Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật toàn thân (đông máu nặng, suy tim, nhiễm trùng huyết...).
- Chống chỉ định tương đối:
+ Tuần hoàn tại chi kém (tắc động mạch, viêm tắc mạch).
+ Tiểu đường không kiểm soát.
+ Tình trạng dinh dưỡng kém, thiếu máu nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Đảm bảo tưới máu tốt tại vùng nhận.
- Chăm sóc tốt vùng cho da nếu có ghép da.
- Bất động chi thể sau mổ để tránh bong mảnh ghép/vạt.
- Hạn chế sẹo co kéo tại vị trí gần khớp (khớp cổ tay, cổ chân, khuỷu...).
- Cân nhắc vật lý trị liệu sớm để phục hồi chức năng chi thể.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau

- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom) nếu cần
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Bộ phẫu tích bóc vạt.
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí tổn khuyết

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Gây tê: thường gây tê tại chỗ, gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây tê tuỷ sống tuỳ vị trí tổn thương.
- Có thể gây mê toàn thân trong trường hợp trẻ em, bệnh nhân khó hợp tác.

6.1. Bước 1: Tùy từng trường hợp cụ thể, phẫu thuật tạo hình có thể gồm một hoặc kết hợp các kỹ thuật sau:

1. Khâu trực tiếp

- Chỉ định: Vết thương da nhỏ, bờ mềm mại, không quá căng.
- Gây tê tại chỗ.
- Cắt lọc mô hoại tử nếu cần.
- Khâu lớp dưới bằng chỉ tan, da bằng chỉ không tan hoặc chỉ thẩm mỹ.
- Băng ép nhẹ, bất động vùng mổ.

2. Ghép da tự thân (ghép da mỏng)

- Chỉ định: Nền vết thương có mô hạt tốt, khuyết da không khâu kín được.
- Lấy da tại đùi/mông/cánh tay (da mỏng 0,3–0,5 mm).
- Đặt lên nền tổn thương đã sạch.
- Cố định bằng khâu hoặc băng ép.
- Chăm sóc sau ghép và bất động chi ít nhất 5–7 ngày.

3. Vạt da tại chỗ (vạt trượt hoặc vạt quay)

- Chỉ định: Khuyết da sát khớp, hoặc vùng có chức năng đặc biệt (mu tay, gan bàn chân…).
- Thiết kế vạt có cuống nuôi (vạt trượt, vạt chữ Z, vạt hình trám…).
- Di chuyển vạt che vùng khuyết.
- Khâu cố định vạt, đóng vùng cho nếu cần.
- Theo dõi tưới máu vạt (màu sắc, nhiệt độ, mao mạch).

6.2: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử vạt/ da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thorne CH et al. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Elsevier, 2012.
- American College of Surgeons. Wound Management Principles for Skin Grafting. ACS Manual of Surgery, 2021.

124. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY TRÊN 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da vùng đầu có diện tích lớn (>10 cm²) thường là hậu quả của: Phẫu thuật cắt u da ác tính (carcinoma tế bào đáy, tế bào gai, melanoma), Chấn thương, Bỏng hóa chất hoặc nhiệt, Hoại tử da đầu sau nhiễm trùng, tia xạ, Loét do tỳ đè hoặc bệnh lý mạch máu.
- Phẫu thuật ghép da tự thân dày (full-thickness skin graft – FTSG) là một phương pháp hiệu quả, giúp: Che phủ nhanh vùng khuyết lớn, Bảo vệ tổ chức dưới da, xương sọ, Hạn chế sẹo co kéo, Cải thiện thẩm mỹ so với ghép da mỏng.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da vùng đầu có kích thước >10 cm², nền tổn thương có mô hạt tốt, không nhiễm trùng.
- Tổn thương sau cắt u ác tính da đầu với rìa diện cắt an toàn.
- Vết thương đã ổn định, không có xương trần hoặc xương đã được phủ lớp mô hạt.
- Trường hợp không đủ điều kiện thực hiện vạt da tại chỗ hoặc vạt tự do.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương đang nhiễm trùng, có dịch mủ hoặc mô hoại tử.
- Tổn thương có xương trần không có màng xương hoặc không có lớp mô hạt phủ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng, thiếu máu nghiêm trọng.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Tuần hoàn tại vùng nhận kém (sau xạ trị).
- Không đủ vùng cho phù hợp (trẻ em, bệnh nhân gầy yếu).
- Cần đảm bảo nền vết thương sạch, không viêm, có mô hạt tốt.
- Kiểm soát tốt đường huyết và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.
- Chăm sóc vùng da ghép cẩn thận trong 7–10 ngày đầu.
- Đảm bảo bất động vùng ghép để tránh bong mảnh ghép.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng và thiếu máu vùng ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.5. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa hoặc nghiêng sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Thường gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc sạch mô hoại tử/xơ chai (nếu có).
- Đảm bảo nền tổn thương có mô hạt tốt, không rỉ dịch mủ.

6.2. Bước 2: Lấy da ghép:

- Vị trí: bụng dưới, bẹn, đùi trong hoặc vùng sau tai (giàu mạch, da mỏng, thẩm mỹ).

- Da ghép dày toàn phần (0,8–1,2 mm), gồm cả lớp biểu bì và toàn bộ lớp bì.
- Lưu ý tránh làm tổn thương lớp dưới da của vùng cho.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị mảnh ghép:

- Tỉa gọn mép, tạo hình phù hợp với vùng nhận.
- Có thể rạch lỗ nhỏ (meshing) để thoát dịch và tăng độ phủ.
- Ngâm mảnh ghép trong dung dịch NaCl 0,9% hoặc dung dịch kháng sinh nhẹ.

6.4. Bước 4: Đặt và cố định:

- Đặt mảnh ghép lên nền vết thương, tránh tạo bọng khí.
- Cố định mảnh ghép bằng:
- Khâu viền quanh mảnh bằng chỉ không tiêu (nylon 5/0),
- Hoặc dùng băng ép Bolster (gạc mỡ – gạc thấm hút – băng cuộn).
- Bất động vùng ghép trong 5–7 ngày.

6.5. Bước 5: Xử lý vùng cho:

- Khâu kín vết thương nếu có thể.
- Hoặc để hở và băng ép bằng gạc mỡ gạc vô khuẩn.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo co kéo, không mọc tóc: theo dõi lâu dài, massage trị liệu, can thiệp thẩm mỹ nếu cần.
- Mất sắc tố, không mọc tóc: xét cấy tóc sau 6-12 tháng nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thorne CH, Chung KC, Gosain AK, et al. Grabb and Smith’s Plastic Surgery, 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Elsevier, 2012.
- Nguyen TH, Tran MT. Ứng dụng ghép da dày trong điều trị khuyết da vùng đầu diện rộng. Tạp chí Y học TP.HCM, 2021.
- Ramasastry SS. Reconstruction of scalp defects. Clin Plast Surg. 2005;32(3):353–365.

125. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT DA VÙNG NGỰC BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tạo hình khuyết da vùng ngực là một kỹ thuật ngoại khoa nhằm phục hồi tổn khuyết phần mềm vùng ngực sau các nguyên nhân như chấn thương, bỏng, u ác tính, nhiễm trùng hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ khối u. Trong các phương pháp tạo hình, ghép da tự thân là kỹ thuật được áp dụng phổ biến nhờ tính khả thi cao, chi phí hợp lý, ít biến chứng và đem lại kết quả thẩm mỹ, chức năng tương đối tốt.
- Ghép da tự thân bao gồm ghép da từng mảnh (split-thickness) hoặc ghép da toàn bộ (full-thickness), tuỳ theo diện tích và độ sâu của khuyết da.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn khuyết da vùng ngực có nền mô hạt tốt, không còn nhiễm trùng.
- Sau cắt bỏ khối u (như carcinoma biểu mô tế bào vảy, ung thư vú lan rộng, sarcoma phần mềm…).
- Sau khi làm sạch ổ nhiễm trùng mạn tính hoặc hoại tử vùng ngực.
- Tổn thương bỏng sâu, hoại tử do tia xạ cần che phủ bằng da.
- Sau khi tháo bỏ các khối dị vật lớn, cần che phủ để tránh lộ xương sườn, sụn hoặc cơ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền vết thương còn nhiễm trùng, mô hạt kém.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (suy tuần hoàn, suy hô hấp nặng, rối loạn đông máu chưa kiểm soát).
- Không có vùng cho da thích hợp.
- Bệnh lý da lan tỏa như vảy nến, pemphigus, lupus lan tỏa...

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh lớn tuổi, suy kiệt, cần đánh giá kỹ nguy cơ phẫu thuật.
- Nền vết thương cần được chuẩn bị tốt trước ghép da (làm sạch, cắt lọc hoại tử, kháng sinh hợp lý).
- Lựa chọn vị trí lấy da hợp lý để giảm thiểu sẹo và nguy cơ nhiễm trùng vùng cho da.
- Cần đảm bảo cố định tốt mảnh ghép và chăm sóc sau mổ hợp lý để tránh bong ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)

- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Tê tại chỗ hoặc gây tê vùng với diện tích nhỏ.
- Gây mê toàn thân nếu ghép diện rộng hoặc cần can thiệp phối hợp (cắt lọc tổ chức viêm, lấy tổ chức u...).

6.1 Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.

- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2 Bước 2: Lấy da ghép:

- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3 Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon 5/0 hoặc 6/0, hoặc
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4 Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique. Elsevier; 2020.
- Grabb WC, Smith JW. Plastic Surgery. Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Nguyễn Thế Hoàng. Ngoại khoa tạo hình thẩm mỹ và phục hồi chức năng. NXB Y học, Hà Nội, 2021.
- American Society of Plastic Surgeons (ASPS). Clinical guidelines on skin grafts.

126. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM THÀNH BỤNG BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thành bụng là một cấu trúc giải phẫu bao gồm nhiều lớp mô mềm, đảm nhiệm vai trò bảo vệ nội tạng và duy trì áp lực ổ bụng.
- Tổn thương phần mềm thành bụng do chấn thương, nhiễm trùng, phẫu thuật cắt bỏ khối u, hoặc biến chứng sau mổ có thể gây khuyết da và mô dưới da diện rộng. Trong những trường hợp này, ghép da tự thân là một biện pháp quan trọng giúp phục hồi che phủ khuyết tổ chức, thúc đẩy lành thương, và giảm nguy cơ nhiễm trùng hay thoát vị thành bụng.

2. CHỈ ĐỊNH:

Ghép da tự thân che phủ khuyết phần mềm thành bụng được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Khuyết phần mềm do cắt bỏ khối u, hoại tử hoặc loét da.
- Tổn thương phần mềm rộng không thể khâu kín trực tiếp.
- Sau khi kiểm soát được nhiễm trùng tại vùng tổn thương.
- Sau khi loại bỏ các mô hoại tử hoặc tổ chức viêm.
- Sau khi tạo nền mô hạt tốt ở vị trí khuyết.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng tổn thương đang nhiễm trùng hoạt động hoặc có mô hoại tử chưa được xử lý triệt để.
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu không kiểm soát.
- Tình trạng toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây mê hoặc thực hiện phẫu thuật.
- Nền vết thương không đảm bảo (ví dụ: xương trơ, tạng lộ mà chưa được che phủ).

4. THẬN TRỌNG

- Cần loại trừ tình trạng thoát vị thành bụng trước khi chỉ định ghép da.
- Bệnh nhân tiểu đường, suy dinh dưỡng, hoặc dùng corticosteroid kéo dài có nguy cơ cao hoại tử mảnh ghép.
- Cần cân nhắc chọn vị trí cho da cho phù hợp để đảm bảo tính thẩm mỹ và chức năng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)

- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Gây mê toàn thân thường được áp dụng, đặc biệt nếu vùng tổn thương rộng hoặc cần can thiệp dài.
- Gây tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ có thể áp dụng cho vùng nhỏ, bệnh nhân có chống chỉ định gây mê.

6.1. Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2. Bước 2: Lấy da ghép:

- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3. Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4. Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy, and Technique. Elsevier; 1997.
- Sabiston Textbook of Surgery, 21st Edition. Elsevier; 2021.
- Morrison SD, et al. “Soft tissue reconstruction of the abdominal wall.” Clinics in Plastic Surgery, 2012; 39(3): 451–468.
- Leff DR, et al. “The role of split-thickness skin grafts in abdominal wall reconstruction.” Ann R Coll Surg Engl. 2009; 91(7): 632–635.

127. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ LOÉT TÌ ĐÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Loét tì đè (Pressure ulcer, Decubitus ulcer) là tổn thương mô do áp lực kéo dài, thường xảy ra ở các vị trí tì đè lâu như vùng cùng cụt, gót chân, mông, vùng chẩm... Bệnh thường gặp ở những người bất động lâu ngày như bệnh nhân liệt, sau đột quỵ, hôn mê, người già, bệnh mạn tính nặng.
- Các giai đoạn phát triển của loét tì đè gồm:

+ Độ I: Da đỏ, không mất màu khi ấn.
+ Độ II: Mất lớp thượng bì và/hoặc trung bì, hình thành vết loét nông.
+ Độ III: Tổn thương sâu đến mô dưới da, có thể thấy mô hoại tử.
+ Độ IV: Tổn thương sâu đến cơ, gân, xương.

- Ghép da tự thân là một trong những phương pháp tái tạo mô che phủ vết loét sau khi đã loại bỏ hoại tử và kiểm soát nhiễm trùng. Kỹ thuật này giúp đẩy nhanh quá trình liền vết thương, giảm nguy cơ biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Phẫu thuật ghép da tự thân được chỉ định trong các trường hợp sau:
- Loét tì đè độ III hoặc IV đã được cắt lọc sạch tổ chức hoại tử.
- Ổ loét có nền mô hạt tốt, không còn nhiễm trùng.
- Mục tiêu che phủ nhanh vết loét để giảm đau và ngừa biến chứng.
- Bệnh nhân có đủ tình trạng toàn thân (dinh dưỡng, huyết học) để thực hiện ghép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết loét còn nhiễm trùng hoạt động, có mủ hoặc mô hoại tử.
- Nền vết loét chưa hình thành mô hạt, có xương hoặc gân lộ không được che phủ.
- Tình trạng toàn thân xấu (suy đa cơ quan, mất bù tim phổi...).
- Bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng, rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Không kiểm soát được đường huyết ở bệnh nhân tiểu đường

4. THẬN TRỌNG

- Cần điều trị nhiễm trùng triệt để trước khi ghép da.
- Bảo đảm bệnh nhân được nâng cao thể trạng, đặc biệt là dinh dưỡng.
- Đảm bảo không còn tì đè lên vùng loét sau phẫu thuật (đệm hơi, thay đổi tư thế).
- Theo dõi nguy cơ tái loét sau ghép nếu không kiểm soát yếu tố nguy cơ (bất động, tiểu đường...).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm
- Gây mê toàn thân thường được áp dụng.
- Gây tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ có thể áp dụng cho vùng nhỏ, bệnh nhân có chống

chỉ định gây mê.

6.1. Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2. Bước 2: Lấy da ghép:

- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3. Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4. Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. 2019.
- Gabriel A, Shores J, Heinrich C, Baqai W. Negative Pressure Wound Therapy with

Instillation for Pressure Ulcer Management. Plastic and Reconstructive Surgery, 2010; 125(6 Suppl): 236S–238S.

- Morrison SD et al. “Reconstruction of pressure ulcers: principles and practice”. Plastic and Reconstructive Surgery, 2017; 139(3): 702–710.

128. PHẪU THUẬT GHÉP DA KHUYẾT DA VÙNG LƯNG LỚN HƠN 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vùng lưng là một khu vực giải phẫu có diện tích rộng, cơ dày, ít mạch máu lớn, và thường xuyên chịu tác động của áp lực khi nằm. Khuyết da vùng lưng có thể do nhiều nguyên nhân: chấn thương, bỏng, cắt u phần mềm, loét tì đè hoặc sau cắt lọc nhiễm trùng. Với tổn thương lớn (>10 cm²), việc để vết thương tự liền thường kéo dài, dễ nhiễm trùng, và để lại sẹo xấu.
- Ghép da tự thân là một phương pháp đơn giản, hiệu quả và ít xâm lấn để che phủ vết khuyết da, đặc biệt khi nền vết thương đã sạch và có mô hạt tốt. Việc ghép da giúp thúc đẩy lành thương, ngăn ngừa nhiễm trùng, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Phẫu thuật ghép da tự thân vùng lưng được chỉ định trong các trường hợp:
- Khuyết da vùng lưng >10 cm² sau cắt lọc mô hoại tử, u phần mềm, hoặc loét tì đè.
- Nền vết thương sạch, có mô hạt tốt, không còn nhiễm trùng hoặc hoại tử.
- Không có khả năng khâu kín trực tiếp hoặc dùng vạt che phủ phức tạp.
- Da vùng lưng không lộ xương, gân, hoặc các cấu trúc sâu chưa được bảo vệ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ổ vết thương còn nhiễm trùng, chảy dịch mủ, mô hoại tử chưa được xử lý.
- Nền vết thương có xương trơ hoặc tạng lộ mà chưa được che phủ.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát, suy dinh dưỡng nặng.
- Tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật hoặc vô cảm.
- Bệnh nhân không thể nằm sấp hoặc bất động vùng ghép sau mổ.

4. THẬN TRỌNG

- Phải đảm bảo nền vết thương có mô hạt tốt, sạch khuẩn.
- Cần đánh giá kỹ toàn trạng bệnh nhân, đặc biệt là dinh dưỡng, tiểu đường, huyết học.
- Chăm sóc vùng ghép cần bất động tốt (nằm sấp hoặc nghiêng), tránh tì đè.
- Cân nhắc ghép da dạng lưới nếu diện tích lớn để tiết kiệm diện tích vùng cho da và thoát dịch tốt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)

- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.
- 5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.
- 5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.
- 5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ
- 5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
- 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.
- 6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
- Vô cảm
- Gây mê toàn thân: thường được lựa chọn.
- Gây tê tủy sống hoặc vùng (paravertebral block): có thể cân nhắc nếu bệnh nhân không phù hợp gây mê.
- 6.1 Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.
- Rửa sạch với NaCl 0.9%, povidone-iodine hoặc dung dịch polyhexanide.
- Nếu có dịch nhiều, có thể dùng điều trị hút áp lực âm 3–5 ngày trước ghép.
- 6.2 Bước 2: Lấy da ghép:
- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.
- 6.3 Bước 3: Đặt và cố định:
- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu cố định da ghép bằng chỉ nylon, ghim phẫu thuật
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Có thể đặt hệ thống hút áp lực âm (VAC) để cố định tốt hơn và giảm dịch tồn đọng
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.
- Hướng dẫn bệnh nhân nằm sấp hoặc nghiêng để tránh tì đè lên vùng ghép.

6.4 Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Leff DR et al. “The role of split-thickness skin grafts in reconstruction.” Ann R Coll Surg Engl. 2009; 91(7): 632–635.

- Gabriel A, et al. “Use of negative pressure wound therapy in skin graft stabilization.” Ann Plast Surg. 2008; 61(4): 367–371.
- Nguyễn Văn H. "Ứng dụng ghép da lưới trong điều trị vết thương vùng lưng." Tạp chí Y học thực hành, 2019; (6): 34–39.
- Orgill DP, Bayer LR. “Update on split-thickness skin grafts: function, take, and complications.” Clin Plast Surg. 2012; 39(3): 401–412.

129. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ LỚN HƠN 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da chi thể có thể do nhiều nguyên nhân như: chấn thương, bỏng, nhiễm trùng, sau cắt u phần mềm, hoặc cắt lọc loét mạn tính. Khi diện tích khuyết da lớn hơn 10 cm^2, vết thương sẽ không thể tự liền hoặc thời gian liền kéo dài, dễ nhiễm trùng, sẹo xấu, co rút, ảnh hưởng chức năng vận động.
- Ghép da tự thân là phương pháp kinh điển, hiệu quả cao trong phục hồi da che phủ những khuyết da nông mà nền vết thương đủ điều kiện. Đây là phương pháp đơn giản, ít biến chứng, giúp rút ngắn thời gian điều trị, giảm đau, và phục hồi chức năng chi thể.
- Phân loại da ghép:

+ Da toàn phần (full-thickness graft): gồm cả thượng bì và toàn bộ lớp bì, ít co rút, đẹp hơn nhưng ít phổ biến cho vùng rộng.
+ Da mỏng – trung bình (split-thickness graft): gồm thượng bì và một phần bì, dễ lấy, thích hợp với vùng lớn >10 cm^2.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da chi thể (tay, chân) diện tích >10 cm^2, nông, không lộ gân, xương hoặc mạch máu lớn.
- Sau cắt lọc hoại tử, nhiễm trùng hoặc u mô mềm.
- Nền vết thương có mô hạt tốt, sạch khuẩn, không còn hoại tử.
- Mục tiêu che phủ vết thương nhanh chóng, bảo tồn chức năng vận động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền vết thương còn nhiễm trùng, hoại tử, chảy dịch mủ.
- Lộ xương khô, gân, khớp, mạch lớn không có mô bao phủ.
- Tình trạng toàn thân nặng (suy đa cơ quan, hôn mê, suy dinh dưỡng nặng...).
- Rối loạn đông máu, bệnh lý chuyển hóa chưa kiểm soát.
- Bệnh nhân không hợp tác trong giai đoạn bất động sau mổ.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá toàn trạng kỹ: huyết học, dinh dưỡng, kiểm soát đường huyết.
- Tư thế cố định vùng ghép cần được chuẩn bị trước.
- Bệnh nhân có nguy cơ loét tì đè tái phát cần dùng đệm hỗ trợ và thay đổi tư thế.
- Vùng cho da cần chăm sóc đặc biệt để tránh bội nhiễm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm
- Gây mê toàn thân: với vùng ghép rộng hoặc trẻ em, bệnh nhân lo lắng, khó hợp tác.
- Gây tê tủy sống: cho khuyết da chi dưới.

- Gây tê đám rối thần kinh: cho chi trên.

6.1 Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2 Bước 2: Lấy da ghép:

- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3 Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu cố định da ghép bằng chỉ nylon, ghim phẫu thuật
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Có thể đặt hệ thống hút áp lực âm (VAC) để cố định tốt hơn và giảm dịch tồn đọng
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.
- Hạn chế vận động vùng ghép trong 7 ngày đầu

6.4 Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Orgill DP, Bayer LR. “Update on split-thickness skin grafts: function, take, and complications.” Clin Plast Surg. 2012; 39(3): 401–412.

- Gabriel A et al. “Use of negative pressure wound therapy in skin graft stabilization.” Ann Plast Surg. 2008; 61(4): 367–371.
- Beldon P. “Skin grafting: an overview of the principles and practice.” Wounds UK, 2007; 3(4): 76–85.

130. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT PHẦN MỀM CHI THỂ LỚN HƠN 10CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết phần mềm chi thể là tình trạng mất một phần da và mô dưới da do chấn thương, bỏng, nhiễm trùng, cắt u phần mềm hoặc loét mạn tính. Khi diện tích khuyết lớn hơn 10 cm^2, khả năng tự lành là rất thấp hoặc dẫn đến liền sẹo xấu, co kéo ảnh hưởng chức năng vận động của chi.
- Ghép da tự thân là phương pháp đơn giản, hiệu quả cao trong việc phục hồi bề mặt che phủ, đặc biệt trong các trường hợp khuyết phần mềm nông, nền vết thương sạch và có khả năng sống tốt. Kỹ thuật này giúp:

+ Che phủ nhanh vết thương.
+ Ngăn ngừa nhiễm trùng lan rộng.
+ Giảm nguy cơ hình thành sẹo xấu.
+ Bảo tồn chức năng chi thể.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Ghép da tự thân được chỉ định trong các trường hợp sau:
- Vết thương phần mềm chi thể có diện tích >10 cm^2, không thể khâu kín.
- Tổn thương da nông (không lộ gân, xương, mạch máu lớn) sau cắt lọc hoại tử, bỏng, loét.
- Nền vết thương sạch, có mô hạt tốt.
- Sau điều trị hút áp lực âm (VAC) với nền đủ điều kiện ghép da.
- Che phủ sau bóc u phần mềm nông.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương còn nhiễm trùng, có dịch mủ hoặc mô hoại tử.
- Nền vết thương có gân, xương, mạch lộ chưa được bảo vệ bởi mô hạt hoặc vạt che phủ.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (suy đa cơ quan, suy tim, suy thận nặng...).
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Suy dinh dưỡng nặng (albumin <30 g/L).
- Bệnh nhân không thể bất động hoặc chăm sóc vùng ghép sau phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Phải đảm bảo nền vết thương sạch, mô hạt tốt trước khi ghép.
- Đánh giá kỹ tình trạng dinh dưỡng, kiểm soát bệnh lý nền (đái tháo đường, thiếu máu, suy tĩnh mạch...).
- Bất động và chăm sóc đúng sau phẫu thuật là yếu tố quan trọng giúp da ghép sống tốt.
- Đảm bảo cầm máu kỹ để tránh tụ máu dưới mảnh ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc
- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm:

- Gây mê toàn thân: thường dùng nếu vùng ghép rộng hoặc bệnh nhân nhỏ tuổi.
- Gây tê tủy sống: dùng cho chi dưới.
- Gây tê đám rối cánh tay: dùng cho chi trên.

6.1 Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2 Bước 2: Lấy da ghép:

- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3 Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn)
- Ép sát, không để bọng khí hoặc nếp gấp.
- Có thể dùng hệ thống hút áp lực âm (VAC) để giúp mảnh ghép bám tốt hơn
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4 Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Orgill DP, Bayer LR. "Update on split-thickness skin grafts: function, take, and complications." Clin Plast Surg. 2012; 39(3): 401–412.
- Gabriel A et al. "Use of negative pressure wound therapy in skin graft stabilization." Ann Plast Surg. 2008; 61(4): 367–371.
- Nguyễn Văn H. "Ghép da tự thân điều trị khuyết phần mềm chi thể nặng." Tạp chí Y học Việt Nam, 2021; 499(2): 48–53.
- Beldon P. "Skin grafting: an overview of the principles and practice." Wounds UK, 2007; 3(4): 76–85.

131. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CÁC KHUYẾT DA CỔ BÀN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da vùng cổ bàn chân là tổn thương thường gặp do chấn thương, bỏng, loét do tì đè, biến chứng đái tháo đường hoặc sau cắt lọc u phần mềm. Do vùng cổ bàn chân nằm ở vị trí chuyển tiếp giữa cẳng chân và bàn chân, liên quan đến vận động, chịu áp lực lớn khi đi lại nên việc phục hồi da tại đây cần đặc biệt chú ý đến chức năng và thẩm mỹ.
- Ghép da tự thân là phương pháp hiệu quả, ít xâm lấn, thường được sử dụng để che phủ tổn thương nông ở cổ bàn chân, giúp rút ngắn thời gian điều trị, giảm đau, ngừa nhiễm trùng, và cải thiện chức năng vận động.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Ghép da tự thân vùng cổ bàn chân được chỉ định trong các trường hợp:
- Tổn thương khuyết da nông vùng cổ bàn chân có diện tích vừa đến lớn (thường >5 cm^2).
- Sau cắt lọc mô hoại tử do bỏng, chấn thương, nhiễm trùng, loét.
- Nền vết thương sạch, có mô hạt tốt, không còn mô hoại tử.
- Không thể khâu kín hoặc dùng vạt tại chỗ do thiếu mô dư.
- Tổn thương không lộ xương khô, gân hoặc mạch lớn mà chưa được che phủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền vết thương còn hoại tử, nhiễm trùng, mô viêm chưa ổn định.
- Vết thương có lộ xương, gân hoặc khớp chưa được phủ bởi mô hạt hoặc mô đệm.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Suy dinh dưỡng nặng (albumin <30 g/L).
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (suy tim, suy gan, suy thận nặng…).
- Bệnh nhân không hợp tác bất động vùng cổ chân sau phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đảm bảo nền vết thương sạch, có mô hạt tốt.
- Đánh giá hệ mạch nuôi chi dưới (đặc biệt trong bệnh nhân đái tháo đường).
- Chuẩn bị phương tiện để bất động và giảm áp sau ghép (nẹp, giày không tì đè…).
- Vùng cho da phải được chọn kỹ, tránh gây tổn thương thêm ở chi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun

- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

- Gây tê tủy sống: nếu kết hợp nhiều thủ thuật vùng chi dưới.
- Gây tê vùng (block thần kinh hiển, thần kinh mác nông/sâu): phổ biến và hiệu quả.
- Gây tê tại chỗ: chỉ khi tổn thương rất nhỏ và bệnh nhân hợp tác tốt.
- Gây mê toàn thân: cho bệnh nhân nhỏ tuổi, không hợp tác hoặc vùng tổn thương rộng.

6.1. Bước 1: Xử lý vùng nhận:
- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2 Bước 2: Lấy da ghép:
- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3. Bước 3: Đặt và cố định:
- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn)
- Ép sát, không để bọng khí hoặc nếp gấp.
- Có thể dùng hệ thống hút áp lực âm (VAC) để giúp mảnh ghép bám tốt hơn
- Bất động chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4. Bước 4: Xử lý vùng cho da:
- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.

Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.

Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.

Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn
- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Orgill DP, Bayer LR. “Update on split-thickness skin grafts: function, take, and complications.” Clin Plast Surg. 2012; 39(3): 401–412.
- Beldon P. “Skin grafting: an overview of the principles and practice.” Wounds UK, 2007; 3(4): 76–85.

- Gabriel A et al. “Use of negative pressure wound therapy in skin graft stabilization.” Ann Plast Surg. 2008; 61(4): 367–371.
- Nguyễn Văn H., Phạm T.Q. “Kết quả ghép da tự thân vùng cổ chân trong loét mạn tính chi dưới.” Tạp chí Y học Việt Nam, 2020; (498): 41–46.

132. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY TRÊN 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết da vùng đầu thường xảy ra do các nguyên nhân như:
+ Chấn thương (tai nạn, tai nạn lao động)
+ Bỏng
+ Nhiễm trùng mô mềm lan rộng
+ Phẫu thuật cắt bỏ khối u da đầu (ung thư biểu mô tế bào vảy, đáy...)
+ Loét do áp lực, đặc biệt ở người nằm lâu
- Vùng da đầu có đặc điểm:
+ Căng ít, mô lỏng lẻo mỏng, da sát xương sọ, ít mỡ dưới da.
+ Tuần hoàn khá tốt nhưng dễ nhiễm trùng nếu bị tổn thương lâu ngày.
+ Có vai trò thẩm mỹ lớn và liên quan đến mọc tóc.
- Ghép da dày tự thân (full-thickness skin graft - FTSG) là một trong những phương pháp hiệu quả nhất để che phủ các khuyết da rộng vùng đầu khi không thể khâu kín, sử dụng vạt tại chỗ hoặc vạt xa.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết da vùng đầu lớn hơn 10 cm^2, nông (chỉ mất da và mô dưới da), không lộ xương khô hoặc màng cứng.
- Sau cắt bỏ tổn thương ác tính da đầu hoặc mô hoại tử do nhiễm trùng, bỏng.
- Vết thương đã được xử lý sạch, có mô hạt tốt.
- Mục đích che phủ nhanh, ngăn ngừa nhiễm trùng, hạn chế sẹo co kéo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền vết thương còn nhiễm trùng, chảy mủ, có hoại tử.
- Khuyết da lộ xương sọ khô, màng cứng, hoặc mô chết không có tưới máu.
- Toàn trạng không ổn định: suy tim, suy hô hấp, sốc nhiễm trùng...
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị.
- Dinh dưỡng kém (Albumin <30 g/L), nguy cơ không bám ghép.

4. THẬN TRỌNG

- Đảm bảo nền tổn thương sạch hoàn toàn, mô hạt phát triển tốt.
- Kiểm tra tuần hoàn da đầu (do các nhánh động mạch thái dương nông và chẩm).
- Kiểm soát tốt bệnh lý nền (đái tháo đường, thiếu máu, suy thận...).
- Cần chuẩn bị kỹ vùng cho da, tránh nhiễm trùng hai vùng (cho và nhận).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm
- Gây mê toàn thân thường được áp dụng.
- Gây tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ có thể áp dụng cho vùng nhỏ, bệnh nhân có chống

chỉ định gây mê.

6.1 Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2 Bước 2: Lấy da ghép:

- Da mỏng (Split-thickness skin graft – STSG): lấy bằng dao điện, dermatom (thường ở đùi, mông, da đầu).
- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng nếp bẹn, rìa mông...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3 Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải mảnh da lên nền vết thương đã cầm máu kỹ.
- Tránh nếp gấp, bọng khí.
- Cố định mảnh ghép bằng chỉ phẫu thuật, ghim chuyên dụng hoặc băng ép.
- Có thể dùng máy hút áp lực âm (NPWT) trong 5–7 ngày để tăng hiệu quả bám ghép.
- Băng ép nhẹ toàn vùng ghép bằng gạc vô trùng, tránh ép quá mạnh gây hoại tử.
- Cố định đầu bệnh nhân, tránh xoay đầu trong 3–5 ngày đầu sau mổ.

6.4 Bước 4: Xử lý vùng cho da:

- Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.
- Không mọc tóc lại trên vùng da ghép, ảnh hưởng thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Orgill DP, Bayer LR. “Update on split-thickness skin grafts: function, take, and complications.” Clin Plast Surg. 2012; 39(3): 401–412.

- Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy, and Technique. Elsevier, 1997.
- Gabriel A, et al. “Use of negative pressure wound therapy in skin graft stabilization.” Ann Plast Surg. 2008; 61(4): 367–371.
- Beldon P. “Skin grafting: an overview of the principles and practice.” Wounds UK, 2007; 3(4): 76–85.
- Nguyễn Văn Hòa, Phạm Thị Lan. “Ứng dụng ghép da tự thân điều trị khuyết da đầu sau u.” Tạp chí Y học Việt Nam, 2021; (518): 32–36.

133. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ DIỆN TÍCH DƯỚI 10 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ghép da dày toàn bộ (FTSG) là phương pháp ghép da trong đó toàn bộ lớp biểu bì và lớp bì được lấy từ một vùng da khỏe mạnh của chính bệnh nhân (ghép da tự thân). So với ghép da mỏng (STSG), ghép da dày có:
  + Độ bền cao hơn, co rút sẹo ít hơn.
  + Màu sắc và cấu trúc gần với da tự nhiên hơn.
  + Chứa đủ cấu trúc phụ như tuyến mồ hôi, nang lông (nếu có).
  + Do đặc điểm kém lấy dinh dưỡng từ nền hơn ghép da mỏng, FTSG thường chỉ dùng cho các tổn thương nông, có nền vết thương được tưới máu tốt và diện tích nhỏ (<10 cm^2).

2. CHỈ ĐỊNH:

- Ghép da dày toàn bộ được chỉ định trong các trường hợp:
- Khuyết da nhỏ (<10 cm^2) ở vùng có yêu cầu thẩm mỹ cao (mặt, cổ, mí mắt, tay, môi…).
- Sau cắt u lành tính hoặc ác tính da vùng mặt.
- Bổ sung che phủ các vết loét mạn tính sau điều trị triệt căn.
- Tái tạo cấu trúc da vùng bị co kéo hoặc sẹo lồi sau bỏng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da sâu có nền là xương khô, gân trần, mô hoại tử.
- Vết thương nhiễm trùng, chưa kiểm soát được viêm.
- Tổn thương có tuần hoàn máu kém (bệnh lý mạch máu ngoại biên).
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Suy dinh dưỡng nặng (albumin <30 g/L).
- Diện tích quá lớn không phù hợp với kỹ thuật FTSG do khó sống.

4. THẬN TRỌNG

- Cần chọn vùng nền vết thương có tưới máu tốt, không có mô hoại tử.
- Tránh ghép lên vùng bị nhiễm khuẩn hoặc đang điều trị hóa/xạ trị.
- Đảm bảo chăm sóc kỹ vùng cho da, vì tổn thương sâu hơn so với STSG.
- Chuẩn bị vùng nhận tránh căng kéo quá mức sau ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)

- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm:

Gây tê tại chỗ: với diện tích nhỏ, vị trí dễ thao tác.

Tiền mê hoặc gây mê toàn thân: nếu bệnh nhân là trẻ em hoặc ghép ở vùng nhạy cảm (mi mắt, tai…)

6.1. Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.

- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2. Bước 2: Lấy da ghép:

- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng sau tai, thượng đòn, cánh tay, nếp bẹn,...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3. Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Bất động nếu vùng chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4. Bước 4 Xử lý vùng cho da:

Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.
- Mất sắc tố hoặc tăng sắc tố tại vùng ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Orgill DP, Bayer LR. “Update on full-thickness skin grafts.” Clin Plast Surg. 2012; 39(3): 415–423.
- Brissett AE, Sherris DA. “Full-thickness skin grafts in facial reconstruction.” Facial Plast Surg Clin North Am. 2001; 9(2): 197–207.
- Thorne CH. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- Beldon P. “Skin grafting: an overview of the principles and practice.” Wounds UK, 2007; 3(4): 76–85.

135. PHẪU THUẬT GHÉP SỤN SƯỜN ĐIỀU TRỊ LÕM Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lõm ổ mắt là biến dạng thường gặp sau các can thiệp như:
+ Khoét nhãn cầu/khoét tổ chức nhãn cầu
+ Phẫu thuật u hốc mắt
+ Bỏng hóa chất, chấn thương nặng vùng mắt – ổ mắt
+ Tái tạo hốc mắt thất bại sau phẫu thuật tạo hình trước đó
- Biến dạng này dẫn đến:
+ Mất thể tích ổ mắt
+ Tụt sâu mi mắt, lật mi vào hoặc ra
+ Khó lắp hoặc giữ mắt giả, ảnh hưởng thẩm mỹ – tâm lý – chức năng
- Ghép sụn sườn tự thân là kỹ thuật tạo hình ổ mắt bằng cách bổ sung mô cứng sinh học để phục hồi thể tích, hỗ trợ định hình lại ổ mắt, giúp giữ mắt giả tốt hơn.

2. CHỈ ĐỊNH:

Lõm ổ mắt sau khoét nhãn cầu có thiếu thể tích ≥2 ml
Lõm ổ mắt do sẹo co kéo hốc mắt sau bỏng hoặc chấn thương
Tái tạo ổ mắt sau thất bại với chất liệu khác (như mỡ, implant tổng hợp)
Mắt giả không giữ được, tụt sâu hoặc rơi ra
Biến dạng ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng mi và tâm lý người bệnh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng hoạt động vùng ổ mắt hoặc vùng lấy sụn
- Rối loạn đông máu, chưa kiểm soát
- Bệnh toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật (suy tim, hô hấp, suy gan thận...)
- Sẹo xơ lan rộng, mất hoàn toàn nền tổ chức ổ mắt (cân nhắc vạt tự do/vạt vi phẫu).

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá chính xác thể tích ổ mắt mất đi (qua CT-scan hoặc đo mắt giả)
- Phối hợp bác sĩ nhãn khoa – tạo hình – gây mê nếu bệnh nhân có bệnh lý nền
- Đảm bảo lấy sụn đúng lớp, tránh tổn thương màng phổi
- Không dùng nếu có tiền sử viêm sụn sườn mạn tính

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ phẫu thuật lấy sụn sườn, kẹp sụn
- Dụng cụ tạo hình ổ mắt

- Hệ thống hút và bơm rửa
- Kính lúp phẫu thuật
- Dẫn lưu nếu cần
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, gối dưới vai, nghiêng nhẹ đầu sang bên đối diện vùng lấy sụn

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Thường gây mê toàn thân

6.1 Bước 1: Lấy sụn sườn

- Rạch da khoảng 2–3 cm dọc theo bờ dưới xương sườn số 6 hoặc 7
- Tách các lớp cơ, giữ nguyên màng phổi

- Lấy đoạn sụn dài 2–3 cm, không làm tổn thương màng phổi
- Đóng lớp mô và da bằng chỉ Vicryl và Nylon
- Dự trù dẫn lưu nếu có chảy máu nhiều

6.2 Bước 2: Tạo hình ổ mắt

- Đường rạch da mi dưới hoặc qua kết mạc mi dưới
- Tách mô mềm ổ mắt, tạo khoang sâu đến đáy
- Đặt mảnh sụn sườn đã tạo hình theo đường cong ổ mắt
- Khâu cố định mảnh sụn vào mô xung quanh bằng chỉ tan
- Bơm kháng sinh tại chỗ và đặt mắt giả tạm để định hình hốc mắt

6.3 Bước 3: Đóng và băng bó

- Đóng vết rạch nếu có, đặt băng ép nhẹ vùng mắt và vùng ngực
- Chỉ dẫn lưu (nếu có) sau 24–48h..

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương màng phổi: Hút dịch – dẫn lưu màng phổi nếu cần
- Rách sụn hoặc gãy: Cắt lại sụn, tạo hình lại
- Chảy máu: Cầm máu kỹ, khâu chặt từng lớp

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vùng ghép: Kháng sinh, rạch dẫn lưu, tháo sụn nếu nhiễm trùng sâu
- Lộ sụn: Ghép da bổ sung, điều trị bảo tồn nếu nhẹ
- Tụ dịch, tụ máu hốc mắt: Chọc hút dưới hướng dẫn lâm sàng, hoặc mở lại dẫn lưu
- Không tương thích sụn: Tháo bỏ, cân nhắc ghép vật liệu thay thế
- Đau ngực sau lấy sụn: Giảm đau toàn thân tập hô hấp hỗ trợ

7.3. Biến chứng muộn

- Sụn bị tiêu: Ghép lại bằng mảnh sụn khác hoặc implant nhân tạo
- Biến dạng mi dưới thứ phát: Treo mi, canthopexy hoặc vạt mô mềm
- Sẹo vùng ngực: Thoa chống sẹo, laser CO_2 nếu sẹo lồi hoặc xấu
- Lệch mắt giả: Tái tạo lại ổ mắt bằng bổ sung mảnh ghép phụ
- Mắt giả không giữ được: Đánh giá lại thể tích thiếu, ghép bổ sung hoặc chỉnh hình mi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kaltreider SA. “Orbital Volume Augmentation with Autologous Costal Cartilage.” Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2000; 16(3):196–202.
- Günter G, et al. “Autologous costal cartilage grafting for volume augmentation in anophthalmic sockets.” Ophthal Plast Reconstr Surg. 2018; 34(3):237–242.
- Barmettler A, et al. “Surgical management of the anophthalmic socket: A review.” Curr Opin Ophthalmol. 2020; 31(5):379–385.
- Tyers AG, Collin JRO. Color Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery. 4th Ed. Elsevier, 2017..

136. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUNG SỤN NHÂN TẠO CHO KHUYẾT VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết vành tai có thể do bẩm sinh (như thiểu sản tai – microtia), do chấn thương, bỏng hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ u. Việc tái tạo vành tai không chỉ mang ý nghĩa thẩm mỹ mà còn có ý nghĩa tâm lý, xã hội lớn với người bệnh.
- Truyền thống, sụn sườn tự thân là vật liệu được lựa chọn hàng đầu để tạo hình vành tai. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, khung sụn nhân tạo – đặc biệt là từ chất liệu Medpor (porous polyethylene) – được sử dụng ngày càng phổ biến nhờ một số ưu điểm: không cần phẫu thuật lấy sụn sườn, giảm thời gian mổ, dễ tạo hình, và tránh được biến chứng tại vùng ngực.
- Tuy nhiên, việc sử dụng sụn nhân tạo cũng tiềm ẩn nguy cơ nhiễm trùng, lộ vật liệu hoặc không tương thích với mô chủ.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết vành tai bẩm sinh (microtia độ II, III) có đủ mô mềm che phủ
- Khuyết vành tai sau chấn thương, bỏng, hoặc sau cắt bỏ u tai
- Trường hợp bệnh nhân không muốn hoặc không đủ điều kiện lấy sụn sườn
- Bệnh nhân lớn tuổi hoặc có yếu tố nguy cơ cao khi gây mê kéo dài
- Trường hợp tái tạo tai thất bại sau lần đầu bằng sụn sườn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng tại chỗ hoặc vùng da vành tai chưa lành
- Da đầu quá mỏng, xơ hóa hoặc thiếu mô che phủ sau chấn thương/bỏng
- Dị ứng hoặc phản ứng viêm mạn với polyethylene hoặc vật liệu implant khác
- Bệnh lý hệ thống chưa ổn định (đái tháo đường mất kiểm soát, lupus, suy giảm miễn dịch)

4. THẬN TRỌNG

- Phải đảm bảo mô mềm đủ để che phủ khung sụn nhân tạo, nếu cần phải ghép da/vạt che phủ
- Vật liệu implant phải có nguồn gốc rõ ràng, đã được xử lý vô khuẩn
- Theo dõi sát các dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử mô sau mổ
- Tránh va chạm mạnh vùng tai trong 6 tháng đầu sau phẫu thuật
- Hạn chế chỉ định ở trẻ <6 tuổi vì tai chưa phát triển đủ kích thước

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Khung sụn nhân tạo (Medpor hoặc tương đương), kích cỡ phù hợp
- Dụng cụ tạo hình tai: dao mổ, kéo cong, panh phẫu tích mô mềm
- Gạc cầm máu, dụng cụ hút, hệ thống cố định khung sụn
- Thiết bị định hình tai tạm thời (khuôn ép tai nếu có)
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 2.5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Gây mê toàn thân thường được chỉ định.

6.1. Bước 1: Đánh giá và lên kế hoạch
- Đo tai đối bên (nếu có) để chọn hình dạng khung phù hợp

- Chọn vị trí đặt tai sao cho đối xứng với bên lành
- Chuẩn bị khung sụn nhân tạo
- Gọt khung cho phù hợp với hình dáng tai người Việt (nếu chưa đúc sẵn)
- Ngâm trong dung dịch kháng sinh hoặc rửa kỹ bằng nước muối sinh lý

6.2. Bước 2: Rạch da và tạo khoang

- Đường rạch sau tai hoặc tại vùng khuyết để tiếp cận túi dưới da
- Tạo khoang đủ rộng để chứa toàn bộ khung sụn, tránh căng mô

6.3. Bước 3: Đặt và cố định khung sụn

- Đặt khung vào khoang đã tạo, kiểm tra cân xứng
- Cố định khung bằng chỉ prolene không tiêu hoặc vít cố định nếu có vạt xương

6.4. Bước 4: Khâu kín mô mềm, tránh đè ép lên các mạch máu nuôi

- Che phủ và băng ép
- Che phủ bằng mô mềm tại chỗ, nếu thiếu có thể dùng vạt cân cơ thái dương, cân Galea hoặc ghép da
- Băng ép nhẹ vùng tai 5–7 ngày bằng băng chuyên dụng, tránh di lệch

6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu tại chỗ, dẫn lưu nếu cần
- Nhiễm trùng: điều trị bằng kháng sinh, tháo khung nếu nhiễm sâu
- Hoại tử da che phủ: cần phẫu thuật cấp cứu, ghép da hoặc dùng vạt thay thế
- Lệch khung sụn: chỉnh lại hoặc mổ lại nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Lộ khung: thường xảy ra do mô mềm không đủ, điều trị bằng ghép da/vạt che phủ, tháo khung nếu lộ nhiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Brent B. Auricular reconstruction with autogenous rib cartilage grafts: Personal experience with 1200 cases. Clin Plast Surg. 2002;29(2):257–271.
- Reinisch JF, Lewin S. Ear reconstruction using a Medpor framework and temporoparietal fascia flap. Facial Plast Surg. 2009;25(3):181–189.
- Firmin F. A new technique for reconstruction of the auricle: personal experience on 352 cases. Plast Reconstr Surg. 1995;95(6):1207–1221.
- Nagata S. Modification of the stages in total reconstruction of the auricle: Part I. Grafting the three-dimensional costal cartilage framework for the lobule type microtia. Plast Reconstr Surg. 1994;93(2):221–230.
- Park C, Kim KS. Reconstruction of congenital auricular deformities. Clin Plast Surg. 2002;29(2):201–212.

137. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÁP MŨI BẰNG VẠT DA TỪ XA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tạo hình tháp mũi là một trong những thách thức lớn trong phẫu thuật tạo hình vùng mặt, đặc biệt là khi tổn khuyết da mũi lớn và phức tạp, thường gặp trong các trường hợp ung thư da, tai nạn, nhiễm trùng nặng hoặc bỏng. Ở những ca tổn khuyết rộng, mô xung quanh (vùng mũi, má, trán) không đủ để tạo vạt tại chỗ, khi đó cần sử dụng vạt da từ xa.
- Vạt da từ xa là vạt được lấy từ vị trí không kế cận vùng mũi như vạt cánh tay, vạt mạch xuyên đùi trước, vạt da mu, hoặc vạt cẳng tay quay. Vạt có thể là vạt có cuống mạch nuôi hoặc vạt tự do nối vi phẫu. Phương pháp này đòi hỏi kỹ thuật cao, phối hợp nhiều giai đoạn, song có thể mang lại kết quả tốt trong tái tạo hình dạng và chức năng mũi.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn khuyết toàn bộ hoặc phần lớn tháp mũi (da, mô mềm và/hoặc khung sụn)
- Các trường hợp tái tạo sau phẫu thuật ung thư mũi diện rộng
- Di chứng chấn thương mũi hoặc bỏng sâu, mất da vùng mũi
- Không còn điều kiện sử dụng vạt tại chỗ (trán, má, môi trên)
- Các trường hợp tái tạo mũi thất bại trước đó

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng cấp tính vùng mũi hoặc tại vùng cho vạt
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát
- Bệnh nhân có bệnh nền nặng không cho phép gây mê dài (suy tim, suy hô hấp nặng)
- Thiếu động mạch hoặc tĩnh mạch nuôi phù hợp để thực hiện nối vi phẫu (nếu dùng vạt tự do)
- Không có điều kiện chăm sóc sau mổ phù hợp, đặc biệt khi thực hiện phẫu thuật nhiều thì

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ tiền sử bệnh lý mạch máu ngoại vi nếu có ý định dùng vạt quay hoặc vạt đùi
- Cần thực hiện xét nghiệm và hình ảnh học mạch máu để lựa chọn cuống mạch phù hợp
- Bệnh nhân cần được tư vấn đầy đủ về quy trình nhiều giai đoạn, thời gian phục hồi và khả năng để lại sẹo ở cả nơi nhận và cho vạt
- Cần phối hợp chặt chẽ với bác sĩ gây mê và đội ngũ hồi sức nếu phẫu thuật kéo dài

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Kính lúp hoặc kính hiển vi phẫu thuật nếu nối vi phẫu
- Dụng cụ phẫu tích tạo vạt: dao mổ, kéo, panh phẫu thuật, dụng cụ cầm máu
- Dụng cụ nối mạch máu: microvascular clamps, chỉ nylon 9-0 hoặc 10-0
- Hệ thống hút, bơm dịch mạch, bơm tiêm kiểm tra lưu lượng máu
- Dụng cụ cắt sụn, implant hỗ trợ (nếu cần khung mũi)
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Gạc mỡ
- Dẫn lưu

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Thường gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Đánh giá và lập kế hoạch

- Đo lường tổn khuyết, đánh giá mô còn lại vùng mũi
- Chọn loại vạt phù hợp dựa vào kích thước, chiều dày, màu da và hệ thống mạch

6.2. Bước 2: Chuẩn bị vùng cho và nhận vạt

- Đánh dấu vùng cho vạt, xác định mạch máu nuôi (siêu âm Doppler hoặc CT-angiography)
- Tạo nền mũi sạch, không còn mô xơ hoại tử
- Tạo vạt da từ xa
- Rạch da vùng chọn, bóc tách vạt cùng mạch nuôi (hoặc vi phẫu)
- Kiểm tra tưới máu sau khi cuống được chuẩn bị

6.3. Bước 3: Chuyển vạt và cố định

- Vạt được đưa đến vùng mũi bằng kỹ thuật kéo vạt trực tiếp (vạt có cuống) hoặc ghép vi phẫu
- Cố định vạt vào nền mũi bằng chỉ khâu không tiêu
- Có thể kết hợp ghép sụn, implant để định hình khung tháp mũi

6.4. Bước 4: Đóng vùng cho vạt

Khâu phục hồi hoặc ghép da tại nơi cho vạt nếu cần

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.

Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 7.1 Theo dõi
- Theo dõi tưới máu vạt mỗi 1–2 giờ trong 48 giờ đầu
- Rút dẫn lưu sau 24–72 giờ nếu không có tụ máu
- Thực hiện các thì phẫu thuật tiếp theo (nếu có) sau 4–6 tuần

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tắc mạch vạt: phát hiện bằng quan sát màu sắc, nhiệt độ và mao mạch; xử lý bằng tháo chỉ khâu, dùng thuốc giãn mạch hoặc mổ lại khẩn cấp
- Tụ máu dưới vạt: dẫn lưu khẩn hoặc mở lại để rửa
- Hoại tử một phần vạt: điều trị bảo tồn, ghép da bổ sung
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh, tháo vạt nếu hoại tử lan rộng

7.4. Biến chứng muộn

- Biến dạng tháp mũi: chỉnh sửa lại khung hoặc da
- Lệch vạt: có thể tái phẫu thuật hoặc chỉnh lại bằng phương pháp bảo tồn
- Sẹo xấu tại vùng cho hoặc nhận: điều trị bằng laser, corticoid tại chỗ, hoặc phẫu thuật chỉnh sửa
- Co rút vạt: thực hiện chỉnh sửa tạo hình bổ sung bằng vạt hoặc ghép mô

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Park SS. Fundamental principles in aesthetic nasal reconstruction and analysis. Clin Plast Surg. 2016;43(1):1–11.
- Toth BA, Bullocks JM. Advances in nasal reconstruction using free flap techniques. Semin Plast Surg. 2010;24(3):241–250.
- Wei FC, Mardini S. Flaps and reconstructive surgery. Saunders Elsevier, 2009.

138. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁNH MŨI BẰNG GHÉP PHỨC HỢP VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn khuyết cánh mũi là một trong những vấn đề khó trong phẫu thuật tạo hình mũi do cấu trúc giải phẫu đặc biệt, gồm da, sụn và niêm mạc mũi. Cánh mũi có vai trò quan trọng trong chức năng hô hấp và yếu tố thẩm mỹ khuôn mặt. Với những khuyết hổng nhỏ hoặc vừa (thường <1,5 cm), ghép phức hợp từ vành tai là một phương pháp hiệu quả, đơn giản, không cần vi phẫu, cho kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt.
- Ghép phức hợp vành tai là kỹ thuật sử dụng một mảnh mô gồm cả da và sụn từ rìa vành tai để tái tạo lại cấu trúc cánh mũi. Do vành tai có cấu trúc tương tự cánh mũi về độ cong và độ cứng, nên rất phù hợp để thay thế tổ chức bị mất

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết cánh mũi một phần có kích thước nhỏ hoặc trung bình (<1,5 cm), mất cả da và sụn.
- Biến dạng cánh mũi sau chấn thương, bỏng, cắt u lành hoặc u ác tính giai đoạn sớm.
- Biến chứng sau phẫu thuật mũi (nhiễm trùng, hoại tử da cánh mũi).
- Tái tạo cánh mũi sau cắt bỏ mô bệnh lý trong điều trị ung thư da vùng mũi (BCC, SCC).
- Dị tật bẩm sinh nhẹ vùng cánh mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hổng lớn vượt quá khả năng ghép của vành tai.
- Nền tổn thương không đủ nuôi dưỡng ghép (sẹo xơ, nhiễm trùng, tia xạ).
- Bệnh lý toàn thân nặng (suy tim, đái tháo đường mất kiểm soát).
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Không còn vành tai đối bên hoặc bị tổn thương do tai nạn, dị tật.

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc thẩm mỹ vùng cho vạt (vành tai), tránh biến dạng rõ sau ghép.
- Đảm bảo ghép phức hợp có đủ tiếp xúc mạch máu với vùng nhận để sống mô.
- Ghép cần được đặt vào nền sạch, có tuần hoàn tốt.
- Không nên sử dụng kỹ thuật này nếu khuyết hổng sâu đến khoang mũi mà không có lớp niêm mạc bảo vệ.
- Tránh đặt ghép phức hợp vào vùng đang viêm hoặc có nhiễm trùng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:
- Dụng cụ cắt sụn, implant hỗ trợ (nếu cần khung mũi)
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Băng dán ép crepe, băng chun
- Gạc mỡ
- Dẫn lưu

5.4. Người bệnh
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm

Thường gây tê tại chỗ. Trong một số trường hợp đặc biệt, có thể gây mê toàn thân (trẻ em, bệnh nhân không hợp tác, tổn thương phức tạp).

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn khuyết vùng mũi

- Xác định kích thước, độ sâu và hình dạng tổn khuyết cánh mũi.
- Kiểm tra nền mô: phải đảm bảo có mạch nuôi tốt, không có nhiễm trùng.

6.2. Bước 2: Thiết kế mảnh ghép

- Vẽ hình dạng tương ứng trên rìa vành tai (thường lấy từ hố thuyền hoặc rìa trên tai).
- Mảnh ghép gồm lớp da mặt ngoài và một phần sụn vành tai gắn liền.

6.3. Bước 3: Cắt ghép

- Cắt mảnh ghép phức hợp theo thiết kế, giữ nguyên sự liên kết giữa da và sụn.
- Đảm bảo mạch máu quanh sụn không bị bóc tách quá nhiều.
- Cấy ghép vào vùng cánh mũi
- Đặt mảnh ghép vào vị trí tổn khuyết, khớp đúng theo chiều cong giải phẫu.
- Khâu cố định bằng chỉ không tiêu 6/0 hoặc 7/0 từng lớp (sụn – da).
- Có thể dùng nẹp mũi nhẹ để giữ hình dạng trong 5–7 ngày.

6.4. Bước 4: Xử lý vùng cho

- Vết mổ vành tai được khâu phục hồi theo lớp.
- Có thể khâu kín hoặc để lành thứ phát tùy theo kích thước vết lấy.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi hậu phẫu

- Theo dõi tuần hoàn mảnh ghép trong 48–72 giờ đầu: màu sắc, phù nề, hoại tử.
- Tránh va chạm vùng mũi, không nằm nghiêng về bên ghép.
- Tháo chỉ sau 5–7 ngày, đánh giá sớm mức độ sống ghép.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Chảy máu tại vùng tai hoặc mũi: xử trí bằng cầm máu tại chỗ.
- Tổn thương sụn quá mức làm biến dạng vành tai: cần tỉ mỉ trong bóc tách.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử một phần mảnh ghép: theo dõi sát, cắt lọc và chăm sóc tại chỗ, có thể cần ghép lại.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh thích hợp, vệ sinh vết mổ tốt.
- Tụ máu dưới ghép: dẫn lưu nhẹ nếu cần thiết.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu vùng mũi hoặc tai: có thể chỉnh sửa sẹo sau 6 tháng.
- Lõm vùng ghép: có thể cần ghép bổ sung mỡ hoặc sụn.
- Biến dạng vành tai (mất đối xứng): chỉnh hình nếu ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Mất sắc tố vùng ghép: thường tự cải thiện sau vài tháng, nếu không có thể can thiệp bằng trang điểm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Burget GC, Menick FJ. Aesthetic Reconstruction of the Nose. Mosby, 1994.
- Park SS. Reconstruction of nasal alar defects using auricular composite grafts. Arch

Facial Plast Surg. 2000;2(2):111–114.
- Menick FJ. Nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010;125(4):138e–150e.
- Zimbler MS, Kokoska MS, Thomas JR. The use of composite grafts in nasal reconstruction. Facial Plast Surg Clin North Am. 2001;9(3):351–360.

139. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI MỘT PHẦN BẰNG VẠT TỪ XA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vạt từ xa kiểu Fillatop đã được sử dụng từ lâu trong lịch sử phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Phẫu thuật tạo hình môi một phần bằng vạt từ xa dựa trên nguyên lý chuyển vạt trụ từ xa tạo hình các tổn khuyết một phần môi trên hoặc môi dưới, cuống vạt được cắt khỏi nơi cho vạt sau 3 – 4 tuần.
- Phẫu thuật này nhằm mục đích phục hồi lại hình thể và chức năng vùng môi tổn khuyết qua đó phục hồi lại hình thể khuôn mặt người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết một phần môi trên hoặc môi dưới do nguyên nhân chấn thương, sau cắt u, sẹo co kéo biến dạng môi hoặc sẹo do di chứng bỏng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh toàn thân không thích hợp cho phẫu thuật hoặc có nguy cơ khi gây mê kéo dài.
- Người bệnh tuổi cao không thể phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dung cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô phuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở miệng
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định.

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân có phối hợp tê tại chỗ vùng mổ.

6.1. Bước 1: Tư thế: Nằm ngửa, vẽ thiết kế vùng tạo hình ở môi và vùng lấy vạt từ xa

6.2. Bước 2: Sát trùng rộng toàn bộ mặt, một phần tóc. Sát trùng rộng vùng lấy vạt từ xa ở tay, vùng ngực hay thượng đòn.

6.3. Bước 3: Gây tê vị trí rạch da

6.4. Bước 4: Các đường rạch da ở vùng môi tổn khuyết, cắt lọc làm sạch tổn khuyết

6.5. Bước 5: Rạch da vùng bóc vạt từ xa theo thiết kế

6.6. Bước 6: Phẫu tích, rạch da bóc tách vạt từ xa ở vùng ngực, tay hoặc thượng đòn theo thiết kế, nâng vạt đủ chiều dài và chiều rộng, cuộn vạt từ xa với một đầu giải phóng.

6.7. Bước 7: Chuyển đầu tự do của vạt từ xa tạo hình phần môi bị tổn khuyết theo thiết kế

6.7. Bước 8: Khâu cố định vạt từ xa vào vùng tổn khuyết từng lớp

6.9. Bước 9: Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu

6.10. Bước 10: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.11. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn theo quy trình theo dõi sau phẫu thuật nói chung.
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp.

- Kiểm tra các biến chứng khác: Nhiễm trùng, liệt mặt…

7.2. Xử trí tai biến, biến chứng

- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.
- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.
- Liệt mặt: Theo dõi sát, nếu cần mổ mở kiểm tra, nối thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
4.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật., .
6.Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

140. TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM HÀM MẶT CÓ KHUYẾT HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TỪ XA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vạt từ xa (distant flap) là một kỹ thuật kinh điển trong phẫu thuật tạo hình, sử dụng các vạt da – cân có nguồn nuôi tốt, được chuyển từ vùng xa để che phủ các khuyết hổng lớn vùng hàm mặt.
- Kỹ thuật này được áp dụng khi các phương pháp tạo hình tại chỗ hoặc vạt lân cận không đủ để che phủ khuyết hổng.
- Mục đích là khôi phục hình thể và chức năng vùng hàm mặt, bảo vệ các cấu trúc quan trọng, cải thiện thẩm mỹ và chất lượng sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hổng phần mềm hàm mặt diện rộng, không đủ tổ chức che phủ tại chỗ.
- Tổn khuyết sau cắt bỏ u, chấn thương, di chứng bỏng, nhiễm trùng hoặc xạ trị.
- Khi không thể sử dụng vạt tại chỗ hoặc vạt có cuống mạch lân cận.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng, không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc gây mê kéo dài.
- Tình trạng viêm nhiễm lan rộng chưa kiểm soát.
- Người bệnh cao tuổi, sức khỏe yếu không chịu được phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh mạn tính chưa ổn định (tim mạch, tiểu đường, suy thận…).
- Tiền sử dị ứng thuốc, đặc biệt là thuốc gây mê hoặc kháng sinh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 3.
- Điều dưỡng: 2.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê phối hợp.
- Thuốc cầm máu, kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Dao điện, kẹp cầm máu, bộ hút dịch.
- Gạc, băng phẫu thuật, chỉ khâu (tiêu và không tiêu).

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ xét nghiệm máu, đông máu, chức năng gan thận.
- Khám chuyên khoa liên quan.
- Giải thích quy trình, nguy cơ biến chứng, thời gian cắt cuống vạt (sau 3 – 4 tuần).
- Chuẩn bị vùng mổ (cạo lông, sát khuẩn).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định, bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân, có thể phối hợp tê tại chỗ.
6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế vạt từ xa (cánh tay, ngực, đùi…).
6.2. Bước 2: Sát trùng rộng vùng hàm mặt và vùng lấy vạt từ xa.
6.3. Bước 3: Gây tê vị trí rạch da.
6.4. Bước 4: Cắt lọc làm sạch vết thương hàm mặt, chuẩn bị bờ khuyết hổng.
6.5. Bước 5: Rạch da vùng cho vạt từ xa theo thiết kế.
6.6. Bước 6: Bóc tách vạt đủ chiều dài – rộng, đảm bảo cuống nuôi.
6.7. Bước 7: Chuyển vạt đến vùng hàm mặt, khâu cố định từng lớp.
6.8. Bước 8: Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu nếu cần.
6.9. Bước 9: Đóng vết mổ vùng cho vạt.
6.10. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng chảy máu.
- Tưới máu vạt: màu sắc, nhiệt độ, độ căng.
- Các dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử vạt.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: Băng ép, truyền máu, mổ lại nếu cần.
- Nhiễm trùng: Thay băng, kháng sinh phổ rộng, dẫn lưu.
- Hoại tử vạt: Đánh giá mức độ, phẫu thuật bổ sung hoặc thay vạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, NXB Y học.
- Neligan, Gurtner (2018), Plastic Surgery: Principles, Elsevier Inc.
- Wei F.C., Mardini S. (2017), Flap and Reconstructive Surgery, Elsevier Inc

141. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT BẰNG VẠT DA TRỤ MỠ

1.ĐẠI CƯƠNG

- Dương vật là một trong những bộ phận quan trọng nhất của cơ thể đảm bảo các chức năng sống quan trọng của người bệnh như sinh sản, tình dục, tiểu tiện... Tổn khuyết toàn bộ hay một phần dương vật có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau như do chấn thương, sau cắt khối ung thư dương vật hay di chứng bỏng… ảnh hưởng nhiều đến chức năng sống và tâm lý người bệnh.
- Vạt từ xa kiểu Fillatop đã được sử dụng từ lâu trong lịch sử phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Phẫu thuật tạo hình dương vật bằng vạt da trụ mỡ dựa trên nguyên lý chuyển vạt trụ từ xa nhằm tạo hình tổn khuyết dương vật do các nguyên nhân khác nhau, cuống vạt được cắt sau mổ 3-4 tuần
- Phẫu thuật này nhằm mục đích phục hồi lại hình thể và chức năng sinh lý, tiểu tiện của dương vật.

2.CHỈ ĐỊNH

- Khuyết toàn bộ hoặc một phần dương vật do các nguyên nhân khác nhau như tai nạn, sau cắt u.
- Sẹo co kéo biến dạng môi, di chứng bỏng

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh toàn thân không thích hợp cho phẫu thuật hoặc có nguy cơ khi gây mê kéo dài.
- Người cao tuổi với bệnh lý nền không thể phẫu thuật

4.Thận trọng

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dung cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô phuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở miệng
- Vật liệu cầm máu

- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân có phối hợp tê tại chỗ vùng mổ.

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế vùng tạo hình ở dương vật

6.2. Bước 2: Sát trùng rộng vùng lấy vạt từ xa ở bụng hoặc đùi

6.3. Bước 3: Gây tê vị trí rạch da

6.4. Bước 4: Các đường rạch da ở vùng tổn khuyết dương vật, cắt lọc làm sạch tổn khuyết

6.5. Bước 5: Rạch da vùng bóc vạt từ xa theo thiết kế

6.6. Bước 6: Rạch da bóc tách vạt từ xa ở vùng bụng hoặc đùi theo thiết kế, nâng vạt đủ chiều dài và chiều rộng, cuộn vạt từ xa với một đầu giải phóng.

6.7. Bước 7: Chuyển đầu tự do của vạt từ xa tạo hình dương vật tổn khuyết với việc cuộn vạt da tạo hình niệu đạo và dương vật bên ngoài.

6.8. Bước 8: Khâu cố định vạt từ xa vào vùng tổn khuyết từng lớp

6.9. Bước 9: Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu

6.10. Bước 10: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.11. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7.THEO DÕI CÁC TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn theo quy trình theo dõi sau phẫu thuật nói chung.

- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp.

7.2. Xử trí tai biến, biến chứng

- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.
- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
3.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
4.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật., .
6.Strauch B., Yu H.L. (1993), Atlas of microvascular surgery, Thieme Medical Publishers, New York.

142. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG TỪ XA CHO KHUYẾT DA BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vạt da có cuống từ xa (distant pedicled flap) là một phương pháp kinh điển dùng để che phủ các khuyết hổng da và phần mềm vùng bàn tay khi không thể sử dụng vạt tại chỗ hoặc vạt lân cận.
- Vạt thường lấy từ vùng bụng, cánh tay đối diện hoặc ngực trước, được giữ cuống nuôi trong 2–3 tuần trước khi cắt cuống.
- Mục tiêu: bảo tồn chức năng và hình dạng bàn tay, bảo vệ gân, xương và mạch thần kinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da và phần mềm rộng vùng bàn tay, lộ gân, xương, khớp hoặc gân ghép.
- Di chứng bỏng hoặc chấn thương không thể khâu kín hoặc ghép da.
- Các trường hợp cần che phủ khẩn cấp nhưng không đủ điều kiện sử dụng vạt vi phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng, không chịu được gây mê kéo dài.
- Vùng cho vạt bị sẹo, bỏng hoặc viêm nhiễm, không đủ chất lượng da.
- Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn nặng vùng cho vạt.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân đái tháo đường, suy dinh dưỡng hoặc mạch máu ngoại vi kém.
- Cân nhắc lựa chọn vùng cho vạt để đảm bảo chức năng và thẩm mỹ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 3 người.
- Điều dưỡng: 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, thuốc tê, kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Dao điện, bộ kẹp phẫu tích, hút dịch, chỉ khâu (tiêu, không tiêu).
- Vật liệu cầm máu, gạc phẫu thuật.
- Bộ dung cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô phuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở miệng
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh
- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 150 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, bàn tay đặt thuận tiện cho chuyển vạt.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng, phối hợp tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương bàn tay, cắt lọc sạch tổ chức hoại tử, chuẩn bị nền vết thương.

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt từ xa (bụng, ngực hoặc cánh tay đối diện) với kích thước lớn hơn khuyết hổng 10–20%.

6.3. Bước 3: Rạch da và bóc tách vạt, giữ cuống mạch nuôi an toàn.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt đến che phủ bàn tay, cố định bằng khâu từng lớp.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vùng cho vạt (ghép da mỏng nếu không khâu kín được).

6.6. Bước 6: Cầm máu, đặt dẫn lưu và cố định bàn tay vào vùng bụng/ngực (nếu vạt bụng).

6.7. Bước 7: Sau 2–3 tuần, khi vạt sống tốt, tiến hành cắt cuống và chỉnh hình.

6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Dấu hiệu sống còn của vạt: màu sắc, nhiệt độ, độ căng.
- Tình trạng bàn tay: tuần hoàn đầu ngón, cảm giác đau, chảy máu.
- Dấu hiệu nhiễm trùng, tụ dịch hoặc hoại tử.

7.2. Xử trí
- Chảy máu: băng ép, mổ lại nếu cần.
- Hoại tử vạt: đánh giá mức độ, có thể cắt lọc và dùng vạt bổ sung.

- Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày, kháng sinh phổ rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.
2. Wei F.C., Mardini S. (2017), "Flap and Reconstructive Surgery", Elsevier Inc.
3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles", Elsevier Inc.

143. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG TỪ XA CHO KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vạt da có cuống từ xa là phương pháp tái tạo tổ chức che phủ các khuyết phần mềm ngón tay khi không còn lựa chọn vạt tại chỗ hoặc vạt lân cận.
- Vạt thường được lấy từ vùng bụng, mu tay, hoặc cẳng tay đối bên, với cuống nuôi được giữ trong 2–3 tuần trước khi cắt cuống.
- Mục tiêu: bảo tồn chức năng, độ linh hoạt của ngón tay, đồng thời đảm bảo tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết phần mềm ngón tay rộng hoặc sâu, lộ gân, xương hoặc khớp.
- Chấn thương, bỏng hoặc di chứng nhiễm trùng không thể ghép da trực tiếp.
- Không đủ điều kiện sử dụng vạt tại chỗ hoặc vi phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng, không chịu được phẫu thuật hoặc gây mê kéo dài.
- Tình trạng tuần hoàn ngoại vi kém, nhiễm trùng lan rộng.
- Vùng cho vạt bị tổn thương hoặc sẹo bỏng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính chưa kiểm soát tốt (tiểu đường, tim mạch...).
- Đảm bảo cố định ngón tay và vị trí vạt trong giai đoạn nuôi cuống.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình3 người.
- Điều dưỡng: 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, thuốc tê, kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình và vi phẫu.
- Dao điện, kẹp phẫu tích, chỉ khâu, gạc, vật liệu cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu

- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng, phối hợp tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế vùng vạt và ngón tay cần che phủ.

6.2. Bước 2: Sát trùng rộng vùng lấy vạt và ngón tay.

6.3. Bước 3: Cắt lọc vết thương ngón tay, chuẩn bị nền vết thương.

6.4. Bước 4: Rạch da vùng cho vạt theo thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách vạt, đảm bảo cuống mạch nuôi tốt.

6.6. Bước 6: Chuyển vạt đến ngón tay, cố định bằng khâu từng lớp.

6.7. Bước 7: Đóng vùng cho vạt, ghép da nếu cần.

6.8. Bước 8: Cố định ngón tay và vạt, kiểm tra tưới máu.

6.9. Bước 9: Sau 2–3 tuần, cắt cuống vạt và chỉnh sửa.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sống còn của vạt: màu sắc, nhiệt độ, độ căng.
- Dấu hiệu nhiễm trùng hoặc hoại tử vạt.
- Tuần hoàn ngón tay và tình trạng đau.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: băng ép hoặc mổ lại nếu cần.

- Hoại tử vạt: đánh giá và tái tạo bổ sung.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học.
2. Wei F.C., Mardini S. (2017), "Flap and Reconstructive Surgery", Elsevier Inc.
3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles", Elsevier Inc.

144. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH RÚT NGẮN NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rút ngắn ngón tay là thủ thuật phẫu thuật nhằm giảm chiều dài của ngón tay trong trường hợp dị tật bẩm sinh, chấn thương gây kéo dài bất thường hoặc khi cần cải thiện chức năng và thẩm mỹ.
- Phẫu thuật tạo hình rút ngắn ngón tay yêu cầu kết hợp cắt xương, điều chỉnh gân và mô mềm để đạt tỷ lệ hài hòa và giữ được chức năng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngón tay dài bất thường gây mất thẩm mỹ hoặc cản trở chức năng.
- Di chứng chấn thương hoặc phẫu thuật trước đó khiến ngón tay dài không đều.
- Các trường hợp cần chỉnh sửa chiều dài để thuận lợi cho ghép hoặc tạo hình khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính vùng bàn tay.
- Bệnh toàn thân nặng, không đủ điều kiện phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý hoặc không có nhu cầu cải thiện.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ cấu trúc xương, gân, thần kinh để tránh tổn thương chức năng.
- Tư vấn kỹ về nguy cơ sẹo, hạn chế vận động sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật chấn thương chỉnh hình/tạo hình: 2 – 3 người.
- Điều dưỡng: 1 – 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc gây mê, kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương, cưa xương, dao điện, kìm chỉnh hình.
- Chỉ khâu, gạc, vật liệu cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Sát trùng và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Đánh dấu vị trí và chiều dài cần rút ngắn.

6.3. Bước 3: Rạch da, bóc tách bộc lộ xương.

6.4. Bước 4: Cắt xương và chỉnh lại chiều dài theo thiết kế.

6.5. Bước 5: Điều chỉnh và khâu lại gân, dây chằng nếu cần.

6.6. Bước 6: Cố định bằng kim Kirschner hoặc nẹp vít.

6.7. Bước 7: Khâu đóng mô mềm và da từng lớp.

6.8. Bước 8: Băng ép và cố định bằng nẹp bảo vệ.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tuần hoàn đầu ngón, màu sắc và cảm giác.
- Sưng, đau, nhiễm trùng hoặc tụ máu.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: băng ép hoặc phẫu thuật lại nếu cần.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh.
- Cứng khớp: tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

145. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TÁCH DÍNH 2 NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dính ngón tay (syndactyly) là dị tật bẩm sinh hoặc mắc phải, trong đó hai hoặc nhiều ngón tay bị dính với nhau ở mức độ khác nhau (da, mô mềm, hoặc xương).
- Phẫu thuật tách dính nhằm khôi phục hình dạng và chức năng của từng ngón tay, giúp cải thiện khả năng vận động và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dính ngón tay bẩm sinh hoặc sau bỏng/chấn thương gây ảnh hưởng chức năng.
- Dính ngón tay mức độ vừa và nặng, đặc biệt là các ngón tay chức năng quan trọng (ngón trỏ, ngón cái).
- Các trường hợp dính có nguy cơ gây biến dạng thứ phát do tăng trưởng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không thể gây mê.
- Tình trạng viêm nhiễm cấp vùng bàn tay.
- Ngón tay dính nhưng không ảnh hưởng chức năng hoặc không cần can thiệp.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ mức độ dính (da, gân, xương) bằng lâm sàng và X-quang.
- Kế hoạch phẫu thuật có thể phải chia nhiều thì nếu dính phức tạp hoặc diện tích tách lớn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình/chấn thương chỉnh hình: 2 – 3 người.
- Điều dưỡng: 1 – 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê toàn thân, kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu, dụng cụ tạo hình da.
- Dao điện, chỉ khâu, gạc, vật liệu ghép da (nếu cần).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, bàn tay cố định trên bàn mổ chuyên dụng.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Sát trùng và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Vẽ thiết kế các đường rạch tách dính, thường sử dụng hình chữ Z hoặc vạt răng cưa để tránh sẹo co kéo.

6.3. Bước 3: Rạch da và tách các lớp mô mềm giữa hai ngón.

6.4. Bước 4: Giải phóng gân, mạch máu và thần kinh nếu bị dính.

6.5. Bước 5: Che phủ diện tách bằng vạt tại chỗ hoặc ghép da toàn phần/da mỏng.

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi từng lớp và băng bó bảo vệ.

6.7. Bước 7: Cố định ngón tay bằng nẹp hoặc khung bảo vệ nếu cần.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Chảy máu, phù nề, hoại tử da ghép hoặc vạt.
- Dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ.
- Tình trạng vận động của các ngón tay sau tách.

7.2. Xử trí

- Cầm máu bằng băng ép hoặc mổ lại nếu cần.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh phù hợp.
- Tập phục hồi chức năng sớm để ngăn ngừa co kéo sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.

3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

146. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TÁCH DÍNH 3 NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dính ba ngón tay (syndactyly phức tạp) là dị tật bẩm sinh hoặc di chứng bỏng/chấn thương khiến ba ngón tay bị dính nhau.
- Phẫu thuật tách dính ba ngón tay đòi hỏi kỹ thuật tỉ mỉ để khôi phục từng khe ngón, đảm bảo chức năng và thẩm mỹ tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dính ba ngón tay gây hạn chế nghiêm trọng vận động và chức năng bàn tay.
- Dính phức tạp liên quan cả da, gân hoặc xương.
- Các trường hợp dính kèm biến dạng cần can thiệp tạo hình sớm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng hoặc không chịu được gây mê.
- Tình trạng viêm nhiễm cấp vùng bàn tay.
- Bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý với phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Phẫu thuật có thể chia nhiều thì nếu diện tích tách lớn để tránh hoại tử hoặc sẹo co kéo.
- Đánh giá đầy đủ cấu trúc xương, gân và mạch máu bằng X-quang hoặc MRI.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình/chấn thương chỉnh hình: 3 người.
- Điều dưỡng: 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê toàn thân, kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu, dụng cụ tạo hình da.
- Dao điện, chỉ khâu, gạc, vật liệu ghép da toàn phần hoặc da mỏng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, bàn tay cố định trên bàn mổ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Sát trùng và trải khăn vô khuẩn

6.2. Bước 2: Vẽ thiết kế các đường rạch tách dính từng khe ngón, thường sử dụng đường zic-zac hoặc hình chữ Z để tránh sẹo co kéo

6.3. Bước 3: Rạch da và tách từng lớp mô mềm cho từng khe ngón

6.4. Bước 4: Giải phóng gân, thần kinh, mạch máu nếu bị dính

6.5. Bước 5:. Che phủ diện tách bằng vạt tại chỗ hoặc ghép da (toàn phần/da mỏng).

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi từng lớp, tạo hình khe ngón rõ ràng.

6.7. Bước 7: Cố định các ngón tay bằng nẹp hoặc dụng cụ bảo vệ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Chảy máu, tụ máu hoặc hoại tử da/vạt ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Nguy cơ co kéo sẹo gây dính tái phát.

7.2. Xử trí

- Cầm máu, thay băng, kháng sinh.
- Tập vận động sớm và vật lý trị liệu để duy trì độ mềm dẻo của khe ngón.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles", Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), "Flap and Reconstructive Surgery", Elsevier Inc.

147. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TÁCH DÍNH 4 NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dính bốn ngón tay là dạng dị tật phức tạp hoặc hậu quả nặng nề của bỏng/chấn thương khiến bốn ngón tay liền nhau.
- Phẫu thuật tách dính bốn ngón tay là kỹ thuật khó, thường phải thực hiện nhiều thì để bảo đảm chức năng và thẩm mỹ, tránh thiếu da che phủ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dính bốn ngón tay gây ảnh hưởng nặng đến vận động bàn tay.
- Dính phức tạp liên quan da, gân, thần kinh hoặc xương.
- Trường hợp dính toàn bộ khe ngón cần ưu tiên tách để đảm bảo phát triển và chức năng cầm nắm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đủ sức khỏe gây mê.
- Vùng bàn tay nhiễm trùng cấp tính hoặc mô mềm kém.
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc không mong muốn phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Phẫu thuật có thể cần chia nhiều giai đoạn, ưu tiên tách khe ngón giữa và ngón cái trước.
- Cần chuẩn bị vạt da ghép hoặc vạt có cuống để che phủ diện tách rộng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình/chấn thương chỉnh hình: 3 người.
- Điều dưỡng: 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê toàn thân, kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu, dao điện, dụng cụ ghép da.
- Chỉ khâu, gạc, vật liệu ghép da toàn phần hoặc da mỏng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, bàn tay cố định trên bàn mổ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Sát trùng và trải khăn vô khuẩn

6.2. Bước 2: Vẽ thiết kế các đường rạch tách khe ngón, thường sử dụng hình chữ Z hoặc vạt răng cưa để tránh co kéo sẹo.

6.3. Bước 3: Tách dần từng khe ngón, bắt đầu từ ngón cái và ngón trỏ.

6.4. Bước 4: Giải phóng mô mềm, gân, thần kinh và mạch máu từng ngón.

6.5. Bước 5: Che phủ diện tách bằng vạt tại chỗ hoặc ghép da

6.6. Bước 6: Khâu đóng từng lớp, tạo hình khe ngón rõ ràng

6.7. Bước 7: Cố định bàn tay bằng nẹp hoặc khung bảo vệ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Chảy máu, tụ máu, hoại tử vạt hoặc ghép da.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Co kéo sẹo và dính tái phát.

7.2. Xử trí

- Cầm máu, thay băng, sử dụng kháng sinh.
- Tập vận động sớm và vật lý trị liệu để duy trì chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

148. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NGÓN TAY CÁI BỊ TÁCH ĐÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngón tay cái bị tách đôi (polydactyly dạng ngón cái đôi) là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở ngón tay cái.
- Phẫu thuật tạo hình ngón cái đôi nhằm mục đích loại bỏ phần thừa, bảo tồn và tái tạo ngón tay cái chức năng, thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngón tay cái bị tách đôi gây ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng cầm nắm.
- Trường hợp dị tật phức tạp liên quan gân, xương, dây chằng cần can thiệp chỉnh hình.
- Thường thực hiện khi trẻ từ 1 – 2 tuổi để tối ưu chức năng phát triển.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ dưới 6 tháng tuổi hoặc chưa đủ điều kiện phẫu thuật.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không đảm bảo gây mê.
- Viêm nhiễm cấp vùng bàn tay hoặc ngón tay.

4. THẬN TRỌNG

- Cần chụp X-quang để phân loại dị tật theo Wassel (I–VII).
- Kế hoạch phẫu thuật phải tái tạo đủ dây chằng bên, gân gấp – duỗi và hình dạng móng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình/chấn thương chỉnh hình: 2 – 3 người.
- Điều dưỡng: 1 – 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê toàn thân, kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, dao điện, kẹp vi phẫu.
- Chỉ khâu, gạc, nẹp bảo vệ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, bàn tay cố định trên bàn mổ.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Sát trùng và trải khăn vô khuẩn

6.2. Bước 2: Đánh giá hai ngón cái và chọn ngón bảo tồn (thường chọn ngón có trục thẳng và chức năng tốt).

6.3. Bước 3: Cắt bỏ ngón thừa, giữ lại gân, dây chằng và xương cần thiết.

6.4. Bước 4: Tạo hình lại đầu xương, dây chằng bên và bao khớp.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi gân gấp, gân duỗi và phần mềm.

6.6. Bước 6: Khâu da thẩm mỹ và băng ép.

6.7. Bước 7: Cố định ngón cái bằng nẹp trong 2 – 3 tuần.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tuần hoàn đầu ngón, sưng nề, đau.
- Nhiễm trùng hoặc hoại tử da.
- Lệch trục hoặc hạn chế vận động ngón cái.

7.2. Xử trí

- Thay băng, kháng sinh nếu nhiễm trùng.
- Tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng sớm.
- Phẫu thuật chỉnh sửa nếu lệch trục hoặc biến dạng thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.

3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

149. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG MẠCH CHO KHUYẾT CỔ BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết cổ bàn tay thường gặp do chấn thương, bỏng hoặc cắt bỏ khối u. Đây là vùng có cấu trúc phức tạp, cần bảo vệ gân, thần kinh và mạch máu.
- Phẫu thuật tạo hình bằng vạt da có cuống mạch (pedicled flap) được sử dụng để che phủ khuyết, đảm bảo độ dày, nuôi dưỡng tốt và phục hồi chức năng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da và mô mềm vùng cổ bàn tay lộ gân, xương hoặc mạch máu.
- Khuyết diện rộng không thể khâu trực tiếp hoặc ghép da đơn thuần.
- Khuyết sau cắt bỏ u hoặc di chứng bỏng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây mê.
- Nhiễm trùng lan rộng vùng khuyết.
- Vùng cho vạt không đảm bảo chất lượng da hoặc tổn thương mạch máu nuôi.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ mạch máu nuôi vùng cho vạt bằng siêu âm Doppler.
- Cân nhắc lựa chọn loại vạt phù hợp: vạt quay, vạt trụ, vạt mu tay...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 2 – 3 người.
- Điều dưỡng: 1 – 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, thuốc tê, kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, bộ vi phẫu nếu cần.
- Dao điện, chỉ khâu, gạc, vật liệu cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, cẳng tay và bàn tay đặt cố định

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

6.1. Bước 1: Sát trùng rộng vùng cổ tay và vùng cho vạt.

6.2. Bước 2: Đánh giá và cắt lọc vết thương, chuẩn bị nền khuyết.

6.3. Bước 3: Vẽ thiết kế vạt có cuống mạch phù hợp (vạt quay, vạt mu tay...).

6.4. Bước 4: Rạch da, bóc tách và nâng vạt với cuống mạch.

6.5. Bước 5: Xoay hoặc chuyển vạt đến vị trí khuyết, cố định bằng chỉ khâu từng lớp.

6.6. Bước 6: Đóng vùng cho vạt hoặc ghép da mỏng nếu cần

6.7. Bước 7: Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Màu sắc, nhiệt độ và độ căng của vạt để đánh giá tuần hoàn.
- Dấu hiệu chảy máu, tụ dịch hoặc nhiễm trùng.
- Đau, phù nề và tình trạng bàn tay.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: băng ép, mổ kiểm tra nếu cần.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh.
- Hoại tử vạt: đánh giá và phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

150. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TRÌ HOÃN CHO BÀN NGÓN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vạt trì hoãn (delay flap) là kỹ thuật tạo hình trong đó vạt được thiết kế và phẫu tích một phần để tăng sinh mạch máu, giúp vạt sống tốt hơn khi chuyển che phủ khuyết.
- Phẫu thuật tạo vạt trì hoãn cho bàn/ngón tay được áp dụng trong các trường hợp khuyết phần mềm khó che phủ bằng vạt thông thường, giúp tăng khả năng sống của vạt xa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết phần mềm bàn tay hoặc ngón tay diện rộng, lộ gân/xương.
- Cần vạt xa nhưng nguy cơ thiếu nuôi dưỡng cao.
- Các trường hợp cần chuẩn bị vạt trước khi chuyển vạt chính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ sức khỏe để trải qua nhiều lần phẫu thuật.
- Nhiễm trùng cấp tại vùng cho hoặc vùng nhận vạt.
- Tổn thương mạch máu nuôi vạt.

4. THẬN TRỌNG

- Cần tính toán thời gian trì hoãn hợp lý (thường 10–14 ngày).
- Đánh giá kỹ mạch máu và khả năng tưới máu của vùng cho vạt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 2 người.
- Điều dưỡng: 1 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê hoặc gây tê, kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.

- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Thiết kế vạt tại vùng cho vạt (ví dụ: vùng bụng, mu tay...).

6.2. Bước 2: Phẫu tích bán phần vạt, bảo tồn cuống mạch chính.

6.3. Bước 3: Khâu cố định vạt lại vị trí ban đầu để tăng tưới máu.

6.4. Bước 4: Sau 10–14 ngày, cắt cuống vạt và chuyển đến vùng khuyết bàn/ngón tay.

6.5. Bước 5: Khâu cố định vạt che phủ tổn khuyết.

6.6. Bước 6: Đóng vùng cho vạt hoặc ghép da mỏng.

6.7. Bước 7: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Tình trạng nuôi dưỡng vạt trong giai đoạn trì hoãn.
- Dấu hiệu chảy máu, tụ dịch hoặc nhiễm trùng.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: băng ép, mổ kiểm tra nếu cần.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh.
- Hoại tử vạt: đánh giá và cân nhắc phương án tái tạo khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

151. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT DA CÓ CUỐNG MẠCH CHO KHUYẾT CỔ BÀN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết cổ bàn chân thường gặp do chấn thương, nhiễm trùng hoặc cắt bỏ u, với nguy cơ lộ gân, xương hoặc mạch máu.
- Phẫu thuật tạo hình vạt da có cuống mạch là lựa chọn tối ưu để che phủ khuyết vùng này, đảm bảo chức năng và tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết phần mềm cổ bàn chân diện rộng, lộ gân/xương.
- Khuyết do di chứng bỏng, chấn thương hoặc sau cắt u.
- Khi không thể khâu kín hoặc ghép da đơn thuần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng không thể gây mê.
- Vùng cho vạt bị sẹo bỏng hoặc không đảm bảo mạch máu nuôi.
- Nhiễm trùng lan rộng chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ tuần hoàn vùng cho vạt bằng siêu âm Doppler.
- Cân nhắc chọn loại vạt: vạt quay cẳng chân, vạt mu chân, vạt có cuống mạch xuyên.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 3 người.
- Điều dưỡng: 2 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, thuốc tê, kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, dao điện, kẹp vi phẫu.
- Chỉ khâu, gạc, vật liệu cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Gạc phẫu thuật.
- Mũ.
- Khẩu trang.
- Găng vô khuẩn.
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nylon.
- Dao điện.
- Lưỡi dao mổ.

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: lộ rõ cổ bàn chân và vùng cho vạt

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.

6.1. Bước 1: Sát trùng rộng và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt lọc vết thương, chuẩn bị nền khuyết.

6.3. Bước 3: Vẽ và thiết kế vạt da có cuống mạch phù hợp.

6.4. Bước 4: Rạch da, bóc tách vạt và bảo tồn cuống mạch.

6.5. Bước 5: Chuyển vạt đến vùng khuyết, khâu cố định từng lớp.

6.6. Bước 6: Đóng vùng cho vạt hoặc ghép da mỏng.

6.7. Bước 7: Cầm máu, đặt dẫn lưu nếu cần.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng tuần hoàn vạt: màu sắc, nhiệt độ, độ căng.
- Dấu hiệu chảy máu, nhiễm trùng.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: băng ép, mổ kiểm tra nếu cần.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh.
- Hoại tử vạt: đánh giá và phẫu thuật bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.

3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

152. PHẪU THUẬT MỞ RỘNG GÓC MÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật mở rộng góc mép là thủ thuật thẩm mỹ hoặc phục hồi chức năng nhằm cải thiện chiều dài khe miệng, nâng cao tính cân đối và hài hòa của khuôn mặt.
- Kỹ thuật này được áp dụng trong các trường hợp khe miệng hẹp bẩm sinh, sẹo co kéo sau bỏng, hoặc yêu cầu chỉnh sửa thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe miệng hẹp bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Sẹo co kéo làm biến dạng và hạn chế vận động vùng miệng.
- Nhu cầu thẩm mỹ hoặc tái tạo khuôn miệng sau chấn thương/phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm cấp vùng miệng.
- Bệnh toàn thân nặng không thể gây mê hoặc gây tê.
- Không có nhu cầu hoặc không đạt được hiệu quả thẩm mỹ mong muốn.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá chính xác độ dài khe miệng, sự cân đối hai bên.
- Chú ý bảo tồn cơ vòng môi và thần kinh mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình: 2 người.
- Điều dưỡng: 1 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân (tùy trường hợp).
- Kháng sinh, thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình vùng mặt.
- Dao điện, kẹp phẫu tích, chỉ khâu thẩm mỹ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Gạc phẫu thuật.
- Mũ.
- Khẩu trang.
- Găng vô khuẩn.
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nylon.
- Dao điện.
- Lưỡi dao mổ.

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Đánh dấu vùng mở rộng góc mép.

6.2. Bước 2: Sát trùng, trải khăn vô khuẩn.

6.3. Bước 3: Rạch da và niêm mạc theo đường thiết kế, bảo tồn cơ vòng môi.

6.4. Bước 4: Điều chỉnh mô mềm và khâu tạo hình góc mép mới.

6.5. Bước 5: Khâu da và niêm mạc bằng chỉ thẩm mỹ.

6.6. Bước 6: Băng ép và vệ sinh vùng miệng.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Sưng, đau, chảy máu vùng mổ.
- Nhiễm trùng hoặc sẹo xấu.

7.2. Xử trí

- Thay băng và vệ sinh vết mổ hàng ngày.
- Kháng sinh và thuốc giảm đau.
- Phẫu thuật chỉnh sửa nếu có sẹo xấu hoặc bất đối xứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.
3. Wei F.C., Mardini S. (2017), “Flap and Reconstructive Surgery”, Elsevier Inc.

153. PHẪU THUẬT LÀM ĐẦY MÔI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật làm đầy môi lớn nhằm khôi phục hình dạng và thể tích môi lớn, cải thiện tính thẩm mỹ và chức năng bảo vệ của vùng âm hộ.
- Kỹ thuật này sử dụng chất làm đầy (mỡ tự thân hoặc chất làm đầy sinh học) hoặc vạt mỡ để tái tạo thể tích môi lớn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Môi lớn teo nhỏ do lão hóa hoặc sau sinh.
- Môi lớn mất thể tích sau phẫu thuật hoặc chấn thương.
- Nhu cầu thẩm mỹ cải thiện hình dạng môi lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng hoặc viêm nhiễm cấp vùng sinh dục.
- Bệnh toàn thân nặng, không phù hợp gây mê hoặc thủ thuật.
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với chất làm đầy được sử dụng.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ nhu cầu và kỳ vọng của người bệnh.
- Lựa chọn chất làm đầy và kỹ thuật tiêm phù hợp (mỡ tự thân, HA...).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình hoặc thẩm mỹ: 2 người.
- Điều dưỡng: 1 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ hoặc gây mê nhẹ.
- Thuốc kháng sinh, thuốc giảm đau, dung dịch sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ tiêm/chuyển mỡ, kim tiêm chuyên dụng.
- Gạc, bơm tiêm, dụng cụ hút mỡ (nếu dùng mỡ tự thân).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Gạc phẫu thuật.
- Mũ.
- Khẩu trang.
- Găng vô khuẩn.
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu.
- Tấm trải nylon.
- Dao điện.
- Lưỡi dao mổ.

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nhẹ.

6.1. Bước 1: Đánh dấu vị trí và thể tích cần làm đầy.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn vùng môi lớn.

6.3. Bước 3: Nếu dùng mỡ tự thân, tiến hành hút mỡ, xử lý mỡ và chuẩn bị tiêm.

6.4. Bước 4: Tiêm mỡ hoặc chất làm đầy từng lớp vào môi lớn, điều chỉnh cân đối hai bên.

6.5. Bước 5: Massage nhẹ để phân bố đều.

6.6. Bước 6: Vệ sinh vùng tiêm, băng nhẹ nếu cần.

6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi
- Sưng, đau hoặc bầm nhẹ sau thủ thuật.
- Nhiễm trùng hoặc phản ứng viêm tại chỗ.

7.2. Xử trí
- Sưng bầm: chườm lạnh, giảm đau.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, thay băng.
- Nếu có u cục hoặc bất đối xứng: chỉnh sửa bằng tiêm bổ sung hoặc hút bớt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.
3. Coleman SR (2017), “Structural Fat Grafting”, Springer.

154. PHẪU THUẬT LÀM ĐẦY MU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật làm đầy mu (vùng mu) được thực hiện để cải thiện tính thẩm mỹ và cân đối vùng sinh dục ngoài.
- Kỹ thuật này thường sử dụng mỡ tự thân hoặc chất làm đầy sinh học nhằm phục hồi thể tích và độ căng của vùng mu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vùng mu bị lõm hoặc teo nhỏ do tuổi tác, giảm cân hoặc sau phẫu thuật.
- Nhu cầu thẩm mỹ làm đầy và cải thiện hình dạng vùng mu.
- Kết hợp trong các phẫu thuật tạo hình vùng sinh dục.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng hoặc viêm cấp tính vùng sinh dục.
- Bệnh toàn thân nặng hoặc rối loạn đông máu.
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với chất làm đầy.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ tình trạng da và mô dưới da vùng mu.
- Lựa chọn kỹ thuật tiêm hoặc cấy mỡ phù hợp với từng trường hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ/tạo hình: 2 người.
- Điều dưỡng: 1 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ hoặc gây mê nhẹ.
- Kháng sinh dự phòng và thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ tiêm, ống tiêm, kim chuyên dụng.
- Bộ dụng cụ hút và xử lý mỡ (nếu dùng mỡ tự thân).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nhẹ.

6.1. Bước 1: Đánh dấu vùng cần làm đầy.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn vùng mu.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị chất làm đầy hoặc mỡ tự thân.

6.4. Bước 4: Tiêm từng lớp, tạo độ đầy và cân đối hai bên.

6.5. Bước 5: Massage nhẹ để phân bố đều.

6.6. Bước 6: Làm sạch và băng nhẹ vùng tiêm.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Sưng, đau hoặc bầm sau thủ thuật.
- Nhiễm trùng hoặc phản ứng viêm.

7.2. Xử trí

- Sưng, bầm: chườm lạnh, thuốc giảm đau.
- Nhiễm trùng: kháng sinh và vệ sinh.
- U cục hoặc bất đối xứng: điều chỉnh bằng tiêm bổ sung hoặc hút bớt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y học.
2. Coleman SR (2017), “Structural Fat Grafting”, Springer.
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles”, Elsevier Inc.

155. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ 1 KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp hộp sọ 1 khớp (craniosynostosis đơn khớp) là tình trạng đóng sớm một đường khớp sọ làm biến dạng hình dạng hộp sọ và có thể gây tăng áp lực nội sọ.
- Phẫu thuật tạo hình nhằm tái lập hình dạng hộp sọ và đảm bảo sự phát triển bình thường của não bộ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp hộp sọ do đóng sớm một khớp (mũi–trán, dọc, lambdoid, v.v.).
- Biến dạng hộp sọ gây ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc chức năng.
- Có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ hoặc rối loạn phát triển thần kinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính hoặc toàn thân chưa kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá trước mổ bằng CT scan 3D sọ não.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, quay đầu phù hợp vùng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

6.1. Bước 1: Vẽ đường rạch da trên da đầu tùy theo loại khớp bị hẹp.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải khăn vô khuẩn.

6.3. Bước 3: Rạch da, bóc tách đến bản xương sọ. Rạch da theo đường mổ Coronal đã thiết kế từ tai bên này đến bên đối diện. Cầm máu kĩ, tỉ mỉ khi rạch qua da đầu của trẻ bằng Bipolar.

6.4. Bước 4: Qua lớp da đầu là đến lớp mô liên kết lỏng lẻo dưới da đầu. Bóc tách vạt đầu về phía trước một cách thận trọng tránh tổn thương thần kinh trên ổ mắt hai bên.

6.5. Bước 5: Cân Galia và màng xương được cắt ở vị trí trên đường khớp vành, bóc tách trên xương sọ lật về phía trán, thái dương, bộc lộ đến gốc mũi, bờ ngoài ổ mắt hai bên . Trong quá trình bóc tách cần đảm bảo cầm máu kĩ tránh mất máu cho trẻ bằng sáp xương, với thần kinh trên ổ mắt ở trường hợp cần thiết có thể cần phải đục bỏ cạnh xương của lỗ thần kinh để giải phóng dây thần kinh khỏi trần ổ mắt

6.6. Bước 6: Tùy theo mục đích tạo hình có thể bộc lộ từ 1/2 hộp sọ trước đến toàn bộ hộp sọ. Vẽ thiết kế đường cắt xương sọ bằng Xanh – methylen trên hộp sọ tùy theo từng loại dị tật hộp sọ khác nhau.

6.7. Bước 7: Phối hợp giữa chuyên khoa phẫu thuật sọ não mở hộp sọ bằng khoan cắt sọ và chuyên khoa phẫu thuật tạo hình bằng dụng cụ cắt, mài xương Stryker. Tạo hình xương sọ theo kỹ thuật thích hợp: mở rộng, xoay, ghép hoặc cố định lại bằng nẹp vít.

6.8. Bước 8: Đặt dẫn lưu (nếu cần), khâu phục hồi từng lớp da đầu.

6.9. Bước 9: Băng ép nhẹ vùng mổ.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn theo quy trình theo dõi sau phẫu thuật nói chung.
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp.
- Kiểm tra các biến chứng khác: Nhiễm trùng, liệt mặt…

7.2. Xử trí

- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.
- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen D.Q. et al. (2020), “Craniosynostosis”, Plastic and Reconstructive Surgery.
2. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt”, NXB Y học.
3. Fearon J.A. (2017), “Surgical correction of single-suture craniosynostosis”, Clinics in Plastic Surgery.

156. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ 2 KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp hộp sọ 2 khớp (craniosynostosis đa khớp) là tình trạng đóng sớm hai đường khớp sọ làm biến dạng nghiêm trọng hộp sọ và có thể gây tăng áp lực nội sọ, ảnh hưởng phát triển thần kinh.
- Phẫu thuật tạo hình hộp sọ nhằm tái lập hình dạng, giảm áp lực nội sọ và tạo điều kiện cho não phát triển.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp hộp sọ do đóng sớm đồng thời hai khớp sọ (ví dụ: khớp dọc khớp vành, khớp trán khớp lambdoid...).
- Biến dạng hộp sọ gây ảnh hưởng chức năng, thẩm mỹ hoặc tăng áp lực nội sọ.
- Rối loạn phát triển thần kinh liên quan đến dị dạng sọ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính hoặc toàn thân chưa kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ tổn thương bằng hình ảnh học (CT sọ não 3D).
- Chuẩn bị máu đầy đủ vì phẫu thuật thường mất máu nhiều.
- Hợp tác chặt chẽ với gây mê hồi sức do thời gian mổ kéo dài.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh
- Làm đầy đủ xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa liên quan.
- Giải thích kỹ về bệnh, chỉ định mổ, nguy cơ tai biến và biến chứng.
- Chuẩn bị vùng mổ (gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Hồ sơ bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 300 – 360 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh đầy đủ trước mổ.
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, xoay đầu phù hợp vùng can thiệp

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

6.1. Bước 1: Vẽ đường rạch da đầu (thường theo đường Coronal).

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải khăn vô khuẩn.

6.3. Bước 3: Rạch da, bóc tách đến bản xương sọ. Cầm máu kỹ bằng dao điện, bipolar.

6.4. Bước 4: Bóc tách mô dưới da, tránh tổn thương thần kinh vùng trán, ổ mắt.

6.5. Bước 5: Bóc tách cân Galea và màng xương, bộc lộ rộng toàn bộ vùng hộp sọ bị biến dạng.

6.6. Bước 6: Vẽ đường cắt xương bằng Xanh Methylen theo loại dị dạng.

6.7. Bước 7: Phối hợp giữa phẫu thuật viên sọ não và tạo hình thực hiện cắt và tạo hình xương sọ: mở rộng, xoay, cắt ghép, tái tạo hộp sọ cân đối.

6.8. Bước 8: Cố định xương sọ bằng nẹp vít phù hợp.

6.9. Bước 9: Đặt dẫn lưu nếu cần, khâu đóng từng lớp mô.

6.10. Bước 10: Băng ép vùng mổ.

6.11. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn theo quy trình theo dõi sau phẫu thuật nói chung.
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp.
- Kiểm tra các biến chứng khác: Nhiễm trùng, liệt mặt…

7.2. Xử trí
- Chảy máu: cầm máu, truyền máu, mổ lại nếu cần.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chăm sóc vết mổ.

- Tăng áp lực nội sọ: chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen D.Q. et al. (2020), "Craniosynostosis", Plastic and Reconstructive Surgery.
2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt", NXB Y học.
3. Fearon J.A. (2017), "Surgical correction of multisuture craniosynostosis", Clinics in Plastic Surgery.

157. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP HỘP SỌ ĐA KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp hộp sọ đa khớp là tình trạng đóng sớm từ ba khớp sọ trở lên, gây biến dạng nghiêm trọng hộp sọ, hạn chế thể tích hộp sọ và tăng áp lực nội sọ.
- Phẫu thuật tạo hình hộp sọ nhằm mở rộng thể tích sọ não, cải thiện hình dạng thẩm mỹ và tạo điều kiện phát triển bình thường cho não.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chẩn đoán hẹp hộp sọ liên quan đến từ ba khớp sọ trở lên trên hình ảnh học (CT sọ 3D).
- Biến dạng sọ nặng kèm biểu hiện thần kinh: tăng áp lực nội sọ, chậm phát triển vận động – trí tuệ.
- Các hội chứng liên quan như Crouzon, Apert, Pfeiffer... có bất thường cấu trúc hộp sọ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng toàn thân hoặc vùng mổ.
- Bệnh lý nội khoa nặng chưa kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá và phối hợp đa chuyên khoa: thần kinh, gây mê, hồi sức, tạo hình.
- Phẫu thuật phức tạp, thời gian dài, cần chuẩn bị truyền máu sẵn sàng.
- Phẫu thuật cần tiến hành tại cơ sở có hồi sức nhi khoa chuyên sâu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật viên tạo hình và sọ não: 4 người.
- Kíp gây mê – hồi sức: 2 người.
- Điều dưỡng dụng cụ, luân phiên.

5.2. Thuốc

- Gây mê nội khí quản, thuốc vận mạch, giảm đau, kháng sinh dự phòng.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh
- Xét nghiệm máu, chức năng đông máu, nhóm máu.
- Chụp CT sọ não có tái tạo 3D.
- Khám hội chẩn tiền mê, thần kinh, đánh giá chỉ định.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Hồ sơ ngoại khoa đầy đủ, bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 5 – 8 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật, phù hợp với vùng cần mở sọ

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Rạch da hình coronal, bóc tách cân Galea và màng xương.

6.2. Bước 2: Vẽ đường cắt xương theo kế hoạch tạo hình đã định trước.

6.3. Bước 3: Cắt xương mở hộp sọ, tạo hình từng mảnh xương, loại bỏ vùng hẹp.

6.4. Bước 4: Ghép và tái tạo lại hộp sọ bằng mảnh xương tự thân hoặc vật liệu nhân tạo.

6.5. Bước 5: Cố định các mảnh xương bằng nẹp vít chuyên dụng.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu, khâu phục hồi mô mềm và da đầu.

6.7. Bước 7: Băng ép và theo dõi hậu phẫu sát sao.

6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi
- Tri giác, dấu hiệu sinh tồn, huyết động.
- Lượng dịch dẫn lưu, dấu hiệu phù não, chảy máu.

7.2. Xử trí
- Tăng áp lực nội sọ: dùng thuốc, theo dõi hình ảnh học.
- Chảy máu: truyền máu, mổ lại nếu cần.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chăm sóc vết mổ.
- Hở xương sọ: xử trí theo từng mức độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fearon JA (2020), "Surgical Treatment of Syndromic and Complex Craniosynostosis", Clinics in Plastic Surgery.
2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt", NXB Y học.
3. Persing JA (2016), "Multisutural Craniosynostosis: Principles and Management", Journal of Craniofacial Surgery.

158. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 8

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ số 8 là dị tật bẩm sinh hiếm gặp do khiếm khuyết đóng đường giữa của sọ mặt trong giai đoạn phôi thai.
- Biểu hiện đặc trưng là khiếm khuyết hình số 8 kéo dài từ trán xuống vùng giữa mặt, có thể kèm theo thoát vị não – màng não.
- Phẫu thuật tạo hình nhằm đóng kín khuyết sọ, phục hồi giải phẫu và cải thiện thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ hình số 8 được chẩn đoán trên lâm sàng và hình ảnh học.
- Có biến dạng sọ mặt rõ ràng hoặc kèm thoát vị não – màng não.
- Ảnh hưởng đến chức năng và/hoặc thẩm mỹ khuôn mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp toàn thân hoặc vùng phẫu thuật.
- Bệnh lý nền nặng, không thể gây mê.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá phối hợp với chuyên khoa thần kinh – sọ não.
- Chụp CT sọ não và MRI để xác định mức độ tổn thương.
- Phẫu thuật thường phức tạp, kéo dài, nguy cơ mất máu cao.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.

- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, đầu cố định bằng khung.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường mổ theo tổn thương và kế hoạch tạo hình.

6.2. Bước 2: Rạch da, bóc tách cân Galea và màng xương.

6.3. Bước 3: Mở hộp sọ xung quanh khe hở.

6.4. Bước 4: Giải phóng mô mềm, xử lý thoát vị nếu có (kết hợp thần kinh).

6.5. Bước 5: Đóng kín nền sọ, ghép xương tạo hình trán, sống mũi, giữa mặt

6.6. Bước 6: Cố định bằng nẹp vít, khâu phục hồi mô mềm, da đầu.

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu và băng ép.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Tri giác, dấu hiệu thần kinh.
- Chảy máu, phù não, nhiễm trùng.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: can thiệp, truyền máu.
- Tăng áp lực nội sọ: dùng thuốc, can thiệp.
- Nhiễm trùng: chăm sóc, dùng kháng sinh.
- Hở sọ, tụ dịch: theo dõi hoặc mổ lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fearon JA (2019), “Treatment of rare craniofacial clefts”, Clinics in Plastic Surgery.
2. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt”, NXB Y học.
3. Converse JM (1995), “Craniofacial Surgery”, Saunders.

159. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 9

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ số 9 là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp thuộc nhóm khe hở sọ mặt Tessier, liên quan đến đường khớp thái dương – ổ mắt – xương gò má.
- Biểu hiện lâm sàng thường là sự gián đoạn xương vùng thái dương, có thể lan đến hốc mắt và vùng má.
- Phẫu thuật nhằm phục hồi cấu trúc xương sọ mặt, cải thiện chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ số 9 xác định trên lâm sàng và hình ảnh học.
- Biến dạng ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chức năng (như vận động cơ mặt, thị giác).
- Có khe hở da, xương hoặc mô mềm vùng thái dương, ổ mắt, má.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp toàn thân hoặc tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá trước mổ kỹ với CT 3D sọ mặt.
- Lập kế hoạch tạo hình xương chính xác.
- Kết hợp đa chuyên khoa: thần kinh, tạo hình, mắt nếu có tổn thương phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.

- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, đầu nghiêng phù hợp vùng tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Dấu đường mổ theo ranh giới khe hở.

6.2. Bước 2: Rạch da, bóc tách lớp mô tới xương

6.3. Bước 3: Làm sạch bờ khe hở xương, xác định điểm ghép.

6.4. Bước 4: Tạo hình lại xương vùng thái dương – hốc mắt – gò má bằng ghép xương tự thân hoặc nhân tạo

6.5. Bước 5: Cố định bằng nẹp vít.

6.6. Bước 6: Tạo hình mô mềm, khâu phục hồi từng lớp.

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu nếu cần, băng ép nhẹ vùng mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, chảy máu, nhiễm trùng.
- Tình trạng sưng nề, chức năng vận động cơ mặt.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: theo dõi và can thiệp.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chăm sóc vết mổ.
- Lệch trục xương: đánh giá lại và mổ chỉnh nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tessier P. (1976), “Anatomical classification of facial, cranio-facial and latero-facial clefts”, Journal of Maxillofacial Surgery.

2. Fearon JA (2020), “Craniofacial clefts management”, Clinics in Plastic Surgery.
3. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt”, NXB Y học.

160. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 10

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ số 10 thuộc nhóm dị tật sọ mặt Tessier, đi qua vùng xương thái dương và phần trên của xương gò má, có thể liên quan đến hốc mắt ngoài và xương chũm.
- Biểu hiện có thể bao gồm thiếu hụt xương và mô mềm vùng thái dương, phần ngoài của ổ mắt, biến dạng mặt không đối xứng.
- Phẫu thuật nhằm phục hồi cấu trúc xương sọ mặt, bảo vệ nhãn cầu và phục hồi thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ số 10 được xác định bằng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.
- Có biến dạng ảnh hưởng chức năng (thị lực, bảo vệ nhãn cầu) hoặc thẩm mỹ.
- Có khiếm khuyết xương hoặc mô mềm cần phục hồi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng toàn thân hoặc vùng mổ chưa kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.
- Bệnh lý toàn thân nặng không thích hợp phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Chụp CT sọ mặt 3D và MRI nếu nghi ngờ tổn thương phối hợp.
- Phối hợp với chuyên khoa mắt nếu có ảnh hưởng vùng ổ mắt.
- Kế hoạch tạo hình cần cá thể hóa tùy vào mức độ khe hở.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, đầu nghiêng phù hợp vị trí tổn thương.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Rạch da vùng thái dương – ổ mắt ngoài.

6.2. Bước 2: Bóc tách mô mềm, bộc lộ khe hở xương

6.3. Bước 3: Làm sạch bờ khe hở, xác định điểm tái tạo.

6.4. Bước 4: Ghép xương tự thân (xương sọ, sườn) hoặc vật liệu nhân tạo để tái tạo.

6.5. Bước 5: Cố định bằng nẹp vít chuyên dụng.

6.6. Bước 6: Tạo hình mô mềm bao phủ vùng ghép.

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi, đặt dẫn lưu nếu cần và băng ép.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Tình trạng tri giác, dấu hiệu sinh tồn.
- Chảy máu, nhiễm trùng, phù nề.
- Vị trí ghép xương có ổn định không.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: truyền máu, can thiệp.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chăm sóc vết mổ.
- Lệch ghép xương: đánh giá và xử trí lại nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tessier P. (1976), “Anatomical classification of facial, cranio-facial and latero-facial clefts”, Journal of Maxillofacial Surgery.
2. Fearon JA (2020), “Treatment of rare craniofacial clefts”, Clinics in Plastic Surgery.
3. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt”, NXB Y học.

161. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 11

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ số 11 thuộc nhóm khe hở sọ mặt Tessier, nằm phía sau và ngoài so với khe hở số 10, thường liên quan vùng xương chũm, xương đá và có thể ảnh hưởng đến ống tai ngoài.
- Có thể kèm dị dạng tai ngoài, hẹp hoặc không có ống tai.
- Phẫu thuật tạo hình nhằm phục hồi cấu trúc xương, cải thiện hình dáng và bảo vệ các cấu trúc quan trọng vùng sọ bên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ số 11 rõ ràng trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.
- Khiếm khuyết xương vùng chũm ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ.
- Dị dạng phối hợp tai ngoài, ống tai cần xử trí tạo hình.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng đầu – mặt.
- Tình trạng toàn thân không ổn định hoặc bệnh lý nội khoa nặng.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá thính lực, chụp CT nền sọ, xương đá.
- Phối hợp chuyên khoa tai – mũi – họng nếu can thiệp vùng tai giữa.
- Lập kế hoạch tạo hình chính xác dựa trên hình ảnh học.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh
- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm nghiêng hoặc ngửa nghiêng phù hợp vùng tổn thương.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Rạch da vùng xương chũm hoặc sau tai.

6.2. Bước 2: Bóc tách mô mềm, bộc lộ vùng khe hở xương.

6.3. Bước 3: Đánh giá và tạo hình khe hở bằng ghép xương tự thân hoặc vật liệu thay thế.

6.4. Bước 4: Cố định nẹp vít, bảo vệ ống tai nếu còn

6.5. Bước 5: Phục hồi mô mềm, tạo hình vành tai nếu có chỉ định.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu và băng ép.

6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi
- Dấu hiệu sinh tồn, chảy máu, nhiễm trùng.
- Tình trạng thính lực, phù nề, nhiễm trùng vùng mổ.

7.2. Xử trí
- Chảy máu: xử trí tại chỗ hoặc can thiệp.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, chăm sóc vết thương.
- Biến chứng tai giữa: phối hợp chuyên khoa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tessier P. (1976), "Anatomical classification of facial, cranio-facial and latero-facial clefts", Journal of Maxillofacial Surgery.
2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt", NXB Y học.
3. Kawamoto HK (1990), "Rare craniofacial clefts and their treatment", Clinics in Plastic Surgery.

162. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 12

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ số 12 thuộc nhóm khe hở sọ mặt Tessier, nằm ở vùng sau sọ và thường ảnh hưởng đến phần chẩm, đường giữa hoặc vùng nền sọ sau.
- Đây là một trong các khe hở hiếm gặp nhất, có thể liên quan đến dị tật thần kinh trung ương và hộp sọ sau.
- Phẫu thuật nhằm bảo vệ não, đóng kín khiếm khuyết và phục hồi hình thể hộp sọ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ số 12 được xác định qua lâm sàng và hình ảnh học (CT sọ, MRI).
- Có khiếm khuyết xương, mô mềm rõ ràng.
- Có biểu hiện thần kinh hoặc tăng áp lực nội sọ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp.
- Bệnh lý toàn thân nặng không kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá phối hợp chuyên khoa thần kinh, sọ não.
- Có thể cần đặt dẫn lưu não thất nếu có não úng thủy kèm theo.
- Đảm bảo hồi sức tốt sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.

- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm nghiêng hoặc ngửa nghiêng phù hợp vùng tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Rạch da vùng xương chũm hoặc sau tai.

6.2. Bước 2: Bóc tách mô mềm, bộc lộ vùng khe hở xương.

6.3. Bước 3: Đánh giá và tạo hình khe hở bằng ghép xương tự thân hoặc vật liệu thay thế.

6.4. Bước 4: Cố định nẹp vít, bảo vệ ống tai nếu còn.

6.5. Bước 5: Phục hồi mô mềm, tạo hình vành tai nếu có chỉ định.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu và băng ép.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu, tri giác, dấu hiệu thần kinh.
- Dịch dẫn lưu, nhiễm trùng vết mổ.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: truyền máu, phẫu thuật lại nếu cần.
- Tăng áp lực nội sọ: dùng thuốc, theo dõi.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tessier P. (1976), “Anatomical classification of craniofacial clefts”, J Maxillofac Surg.
2. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt”, NXB Y học.

3. Fearon JA (2020), “Management of cranial clefts”, Clinics in Plastic Surgery.

163. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 13

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ số 13 thuộc nhóm khe hở sọ mặt Tessier, nằm ở vùng sau sọ và thường ảnh hưởng đến phần chẩm, đường giữa hoặc vùng nền sọ sau.
- Đây là một trong các khe hở hiếm gặp nhất, có thể liên quan đến dị tật thần kinh trung ương và hộp sọ sau.
- Phẫu thuật nhằm bảo vệ não, đóng kín khiếm khuyết và phục hồi hình thể hộp sọ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ số 13 được xác định qua lâm sàng và hình ảnh học (CT sọ, MRI).
- Có khiếm khuyết xương, mô mềm rõ ràng.
- Có biểu hiện thần kinh hoặc tăng áp lực nội sọ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp.
- Bệnh lý toàn thân nặng không kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá phối hợp chuyên khoa thần kinh, sọ não.
- Có thể cần đặt dẫn lưu não thất nếu có não úng thủy kèm theo.
- Đảm bảo hồi sức tốt sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ
- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.

- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật để tiếp cận vùng khe hở.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Rạch da, bóc tách mô mềm.

6.2. Bước 2: Làm sạch bờ khe hở xương. Tạo hình che phủ tổn khuyết xương khe hở số 13 đi qua xương trán cạnh đường giữa và các vùng liên quan, đi qua rãnh khứu giác bị giãn rộng.

6.3. Bước 3: Tạo hình hai mắt và xương lá sàng xa nhau, xoang sàng giãn rộng và bất cân xứng hốc mắt 2 bên tính theo ít nhất 1 trong ba chiều không gian (nếu cần thiết

6.4. Bước 4: Ghép xương tự thân hoặc vật liệu nhân tạo.

6.5. Bước 5: Cố định nẹp vít, phục hồi mô mềm.

6.6. Bước 6: Phần mềm: tạo hình, xoay chuyển vạt phần mềm che phủ khe hở mặt số 13 ở phía trong của mi mắt và lông mày, cắt sửa đường mọc tóc bất thường tạo mỏm chữ V ở mặt trán và đóng thoát vị màng não

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu, băng ép.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu, tri giác, dấu hiệu thần kinh.
- Dịch dẫn lưu, nhiễm trùng vết mổ.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: truyền máu, phẫu thuật lại nếu cần.
- Tăng áp lực nội sọ: dùng thuốc, theo dõi.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tessier P. (1976), "Anatomical classification of craniofacial clefts", J Maxillofac Surg.
2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt", NXB Y học.
3. Fearon JA (2020), "Management of cranial clefts", Clinics in Plastic Surgery.

164. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ SỐ 14

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ số 14 thuộc nhóm khe hở sọ mặt Tessier, nằm ở vùng sau sọ và thường ảnh hưởng đến phần chẩm, đường giữa hoặc vùng nền sọ sau.
- Đây là một trong các khe hở hiếm gặp nhất, có thể liên quan đến dị tật thần kinh trung ương và hộp sọ sau.
- Phẫu thuật nhằm bảo vệ não, đóng kín khiếm khuyết và phục hồi hình thể hộp sọ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ số 14 được xác định qua lâm sàng và hình ảnh học (CT sọ, MRI).
- Có khiếm khuyết xương, mô mềm rõ ràng.
- Có biểu hiện thần kinh hoặc tăng áp lực nội sọ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp.
- Bệnh lý toàn thân nặng không kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá phối hợp chuyên khoa thần kinh, sọ não.
- Có thể cần đặt dẫn lưu não thất nếu có não úng thủy kèm theo.
- Đảm bảo hồi sức tốt sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Gạc phẫu thuật.
- Mũ.
- Khẩu trang.
- Găng vô khuẩn.
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…).
- Dụng cụ mở sọ.
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ.
- Tấm trải nylon.
- Dao điện.
- Lưỡi dao mổ.

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.

- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế người bệnh phù hợp để tiếp cận vùng khe hở

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Rạch da, bóc tách mô mềm.

6.2. Bước 2: Làm sạch bờ khe hở xương. Xương: tạo hình xương trán phẳng, hẹp hộp sọ, không có đường giữa và dị tật não trán trước, viêm xoang trán (nếu cần thiết).

6.3. Bước 3: Ghép xương tự thân hoặc vật liệu nhân tạo.

6.4. Bước 4: Cố định nẹp vít, phục hồi mô mềm.

6.5. Bước 5: Phần mềm: tạo hình, xoay chuyển vạt phần mềm che phủ khe hở mặt số 14 đi qua chính giữa hộp sọ, bất phân chia não trán trước và tạo hình hộp sọ cũng như 2 mắt xa nhau

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu, băng ép.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu, tri giác, dấu hiệu thần kinh.
- Dịch dẫn lưu, nhiễm trùng vết mổ.

7.2. Xử trí

- Chảy máu: truyền máu, phẫu thuật lại nếu cần.
- Tăng áp lực nội sọ: dùng thuốc, theo dõi.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tessier P. (1976), “Anatomical classification of craniofacial clefts”, J Maxillofac Surg.

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt", NXB Y học.
3. Fearon JA (2020), "Management of cranial clefts", Clinics in Plastic Surgery.

165. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ SỌ MẶT TỪ KHE HỞ SỐ 0 ĐẾN KHE HỞ SỐ 7

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe hở sọ mặt là nhóm dị tật bẩm sinh hiếm gặp, được phân loại theo Tessier từ số 0 đến số 14.
- Các khe hở từ số 0 đến 7 chủ yếu ảnh hưởng đến vùng giữa mặt và phần trên khuôn mặt, bao gồm trán, mũi, ổ mắt, môi và hàm trên.
- Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo loại khe hở, từ khe môi đơn thuần đến các biến dạng phức tạp xuyên qua mũi và ổ mắt.
- Phẫu thuật tạo hình nhằm phục hồi cấu trúc giải phẫu, cải thiện chức năng (ăn, nói, nhìn) và thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở sọ mặt số 0–7 được chẩn đoán lâm sàng và xác định bằng chẩn đoán hình ảnh.
- Khiếm khuyết ảnh hưởng đến chức năng sống hoặc gây biến dạng rõ ràng.
- Có chỉ định chỉnh hình thẩm mỹ hoặc chức năng từ bác sĩ chuyên khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng toàn thân hoặc vùng mổ.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.
- Bệnh lý nền nặng không cho phép gây mê.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá toàn diện bởi các chuyên khoa liên quan: tạo hình, thần kinh, mắt, tai–mũi–họng, răng–hàm–mặt.
- Đánh giá bằng CT sọ mặt 3D, MRI nếu nghi ngờ tổn thương nội sọ.
- Xác định rõ mục tiêu từng đợt phẫu thuật, ưu tiên chức năng trước thẩm mỹ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng, giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sọ não, dao cưa điện, vật liệu cố định (nẹp vít titan hoặc tự tiêu).
- Dụng cụ hút, dẫn lưu, thiết bị cố định đầu trẻ em.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật
- Mũ
- Khẩu trang
- Găng vô khuẩn
- Chỉ khâu (chỉ không tiêu, chỉ tiêu…)
- Dụng cụ mở sọ
- Vật liệu cầm máu, sáp sọ

- Tấm trải nylon
- Dao điện
- Lưỡi dao mổ

5.4. Người bệnh

- Làm đầy đủ các xét nghiệm.
- Khám các chuyên khoa có liên quan và các chuyên khoa khác nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng các phẫu thuật sẽ được thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh tật, về phẫu thuật... trong phạm vi cho phép.
- Chuẩn bị vùng mổ tùy theo kỹ thuật (như gội đầu, buộc tóc, cạo lông).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa, đầu cố định

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt monitoring.

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường mổ theo sơ đồ khe hở.

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ dưới da đầu bằng dung dịch Lidocain pha Aldrenalin 1/20000 với liều lượng Lidocain được tính theo cân nặng của trẻ. Tiêm tê chậm, đảm bảo tránh không tiêm vào mạch máu.

6.3. Bước 3: Rạch da, bóc tách mô mềm theo kế hoạch. Rạch da theo đường thiết kế, bộc lộ phần tổ chức xương và phần mềm dựa theo khe hở sọ cần tạo hình tương ứng (từ khe hở số 0 đến khe hở số 7).

6.4. Bước 4: Tái tạo xương bằng ghép xương tự thân hoặc vật liệu nhân tạo. Loại bỏ những tổ chức bất thường, chuyển vị xương sọ mặt cần thiết và ghép xương nếu cần thiết. Thất bại trong quá trình tái tạo xương vùng sọ mặt có thể do vận động sai động tác hoặc cố định các phần xương mặt chưa vững, hoặc xương/hoặc sụn thiểu sản hoặc mất một phần xương ghép tự thân do tiêu xương

6.5. Bước 5: Tạo hình mô mềm: môi, mũi, ổ mắt, trán... tùy theo loại khe hở. Cơ: việc tạo hình chuyển các cấu trúc cơ phải đượng chuyển vị và sửa lại những cấu trúc sai lệch, giúp cho việc tạo hình hình dáng vùng sọ mặt, lấy lại nét biểu cảm của khuôn mặt và giúp ích cho sự phát triển sáu này của trẻ. Thất bại trong quá trình tái tạo này, ví dụ như bất cân xứng vị trí hốc mắt, có thể là một trong những nguyên nhân dẫn đến mất tổ chức trong quá trình chỉnh sửa và vận động. Kết quả này có thể xảy ra hay không phụ thuộc vào nhiều yếu tố bên ngoài như: sẹo co kéo dưới da trong hai tháng sau phẫu thuật, co

kéo cơ vùng mắt qua dây chằng, co kéo vùng mắt do phẫu tích sau vị trí, kết hợp xương không chính xác theo vị trí đường giữa và các vị trí bất thường khác

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi từng lớp, đặt dẫn lưu nếu cần.

6.7. Bước 7: Băng ép và cố định vùng mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu, tri giác, dấu hiệu thần kinh, phù nề.
- Chảy máu, tụ dịch, nhiễm trùng.

7.2. Xử trí

- Can thiệp khi có chảy máu hoặc tụ máu.
- Kháng sinh và chăm sóc vết thương.
- Mổ lại nếu có biến chứng nặng hoặc lệch cấu trúc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tessier P. (1976), “Anatomical classification of craniofacial clefts”, J Maxillofac Surg.

2. Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình sọ mặt”, NXB Y học.

3. Fearon JA (2020), “Rare craniofacial clefts and surgical management”, Clinics in Plastic Surgery.

166. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO SÀN HỐC MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Tổn thương sàn hốc mắt do chấn thương là một trong những nguyên nhân thường gặp gây ra các triệu chứng như sụp mắt, lún nhãn cầu, song thị, kẹt cơ, và biến dạng vùng giữa mặt. Sàn hốc mắt là một cấu trúc giải phẫu mỏng, dễ vỡ, tạo thành phần đáy của ổ mắt và ngăn cách với xoang hàm. Tổn thương sàn hốc mắt có thể xảy ra đơn độc hoặc kết hợp với các gãy xương hốc mắt khác. Các biểu hiện lâm sàng thường bao gồm: lõm nhãn cầu, giới hạn vận động nhãn cầu do kẹt cơ thẳng dưới, song thị, mất cảm giác vùng má do tổn thương thần kinh dưới ổ mắt.
- Việc chỉ định phẫu thuật tái tạo sàn hốc mắt phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: mức độ lõm nhãn cầu, hạn chế vận nhãn, sự kẹt của tổ chức hốc mắt, và tính chất thẩm mỹ. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi qua đường mũi đã trở thành một phương pháp tiên tiến và hiệu quả để tiếp cận và tái tạo sàn hốc mắt bị khuyết. Kỹ thuật này giúp tiếp cận vùng tổn thương một cách trực tiếp, ít xâm lấn, không để lại sẹo ngoài da, và bảo tồn được cấu trúc giải phẫu xung quanh. Bằng cách sử dụng camera và dụng cụ nội soi chuyên biệt, bác sĩ phẫu thuật có thể đánh giá trực tiếp mức độ tổn thương, giải phóng tổ chức bị kẹt và đặt vật liệu tái tạo một cách chính xác.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn thương sàn hốc mắt do chấn thương gây lún nhãn cầu, lõm nhãn cầu rõ rệt, song thị, kẹt cơ vận nhãn.
- Khi hình ảnh CT Scan cho thấy khuyết sàn hốc mắt lớn (>50%), có kẹt tổ chức mỡ hốc mắt hoặc cơ thẳng dưới.
- Dị cảm vùng má do tổn thương thần kinh dưới ổ mắt.
- Biến dạng thẩm mỹ vùng giữa mặt do tổn thương ổ mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Tình trạng toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây mê.
- Nhiễm trùng xoang cấp tính chưa được điều trị ổn định.
- Gãy phức tạp nhiều thành hốc mắt không thể tái tạo đủ qua nội soi.

4. THẬN TRỌNG:

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng xoang hoặc hốc mắt.
- Có bất thường về đông máu hoặc đang dùng thuốc kháng đông.
- Cần đánh giá kỹ phim CT để xác định rõ phạm vi tổn thương và vị trí khuyết xương.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

- Dung dịch sát khuẩn, thuốc gây mê toàn thân, thuốc co mạch (adrenaline loãng), thuốc giảm đau, kháng sinh.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ nội soi mũi xoang 0 độ, 30 độ.
- Camera nội soi, nguồn sáng, hệ thống hút.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi (dao, kéo, kẹp, dụng cụ tạo hình).

- Màn hình theo dõi.
- Vật liệu tái tạo sàn hốc mắt (tấm titanium, Medpor hoặc vật liệu tự thân như sụn).
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 - 360 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT:

Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1

- Sát khuẩn, trải khăn vô trùng.
- Đặt ống nội soi vào mũi bên tổn thương, đánh giá giải phẫu xoang hàm – sàng – ổ mắt.

6.2. Bước 2:

- Mở rộng lỗ thông xoang hàm nếu cần.
- Tiếp cận sàn hốc mắt từ phía dưới ổ mắt, cẩn thận bóc tách niêm mạc, nhận diện vùng khuyết xương.

6.3. Bước 3:

- Giải phóng các mô mỡ, cơ vận nhãn bị kẹt.
- Đặt tấm vật liệu tái tạo phù hợp (titanium, Medpor...), đảm bảo che phủ toàn bộ khuyết hổng.

6.4. Bước 4:

- Kiểm tra lại sự ổn định của tấm ghép, không để tổ chức chèn ép.
- Đặt gạc mũi (nếu cần), kết thúc phẫu thuật.

6.5: Kết thúc quy trình

- Theo dõi trong phòng hồi tỉnh.
- Gỡ gạc mũi sau 24–48 giờ.
- Kháng sinh, giảm đau, theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, chảy máu, rối loạn vận nhãn.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu do tổn thương mạch: xử trí bằng clip, đốt điện, hoặc khâu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Chảy máu sau mổ: theo dõi sát, có thể đặt lại gạc mũi, truyền dịch, truyền máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: biểu hiện sốt, chảy dịch mũi mủ, đau tăng, cần dùng kháng sinh phổ rộng, rửa mũi bằng nước muối sinh lý, hút dịch mũi thường xuyên.

7.4. Biến chứng muộn:

- Lõm nhãn cầu tồn tại hoặc song thị kéo dài: có thể do đặt vật liệu sai vị trí hoặc co rút mô mềm. Xử trí: chụp lại CT, đánh giá lại vị trí mảnh ghép, cân nhắc phẫu thuật lại nếu cần.
- Rò dịch não tủy (hiếm gặp): dịch trong chảy ra mũi. Xử trí: nằm đầu thấp, dùng kháng sinh, nếu không tự hết cần phẫu thuật vá lại chỗ rò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2023.
Haggerty CJ, Laughlin RM. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
Singh AK, Sharma NK. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021.
Trần Thiết Sơn (2018), Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, NXB Y học.
Neligan, Gurtner (2018), Plastic Surgery: Principles, Elsevier Inc.

167. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG GÓC MẮT TRONG

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Phẫu thuật tạo hình vết thương góc mắt trong là một kỹ thuật vi phẫu tinh tế trong chuyên ngành tạo hình vùng mặt, nhằm phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ sau chấn thương hoặc can thiệp ngoại khoa làm tổn thương vùng góc mắt trong.
- Các kỹ thuật sử dụng trong tái tạo có thể bao gồm: khâu phục hồi đơn thuần, chuyển vạt da tại chỗ, khâu treo dây chằng mi trong, đặt ống silicone dẫn lưu lệ đạo nếu có tổn thương lệ quản, ghép da toàn phần nếu mất da vùng góc mắt rộng. Kết quả tốt không chỉ dựa vào kỹ thuật mổ, mà còn phụ thuộc vào chăm sóc hậu phẫu và xử trí sẹo lâu dài.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn thương góc mắt trong do chấn thương: tai nạn, té ngã, vật sắc nhọn gây rách mi mắt gần góc trong.
- Vết thương sau phẫu thuật vùng mũi, hốc mắt, xoang mũi gây đứt góc mắt trong hoặc lệ quản.
- Thiếu hụt mô vùng góc mắt sau cắt u, tạo hình lệ đạo.
- Biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ gây lệch góc mắt trong, lật mi hoặc sẹo co kéo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng cấp tính vùng góc mắt hoặc mô mềm quanh hốc mắt.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG:

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng lệ đạo.
- Bệnh lý nội khoa nặng (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch) làm chậm liền thương.
- Trẻ nhỏ hoặc người cao tuổi với mô mềm mỏng dễ tổn thương.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

- Thuốc gây mê hoặc tê tại chỗ.
- Kháng sinh, giảm đau, thuốc kháng viêm.
- Dung dịch sát khuẩn da, nước muối sinh lý.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ vi phẫu vùng mắt – mũi.
- Kính lúp phẫu thuật hoặc kính hiển vi.
- Lưỡi dao, kéo vi phẫu, panh, kẹp mô, kim khâu vi phẫu.
- Chỉ khâu vi phẫu (7-0, 6-0), chỉ tan và không tan.
- Gạc phẫu thuật.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. Tiến hành quy trình kỹ thuật

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn và trải khăn vô trùng.
- Thăm dò tổn thương: xác định vị trí rách da, lệ quản, dây chằng mi.

6.2. Bước 2:

- Nếu tổn thương lệ quản: thông lệ quản bằng ống dò Bowman.
- Nếu rách lệ quản: khâu lại tiểu quản bằng ống dẫn silicone (có hoặc không có thông lệ đạo).
- Tái tạo dây chằng mi trong nếu đứt: khâu cố định vào mào lệ trước hoặc xương ổ mắt trong.

6.3. Bước 3:

- Khâu phục hồi lớp cơ vòng mi, cân cơ.
- Đóng da bằng chỉ không tiêu 6-0 hoặc 7-0.
- Kiểm tra sự khép kín góc mắt trong và chức năng chảy nước mắt.

6.4. Bước 4:

- Nếu mất mô: chuyển vạt da tại chỗ hoặc ghép da toàn phần.
- Đặt mảnh silicon dẫn lưu nếu cần.
- Dán băng ép nhẹ vùng mổ.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu sau mổ: kiểm tra vùng mổ, cầm máu lại bằng ép hoặc đốt điện nhẹ.
- Tụ máu dưới da: chích rạch giải phóng tụ máu, băng ép lại.
- Nhiễm trùng vết mổ: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Hẹp góc mắt, lệch dây chằng mi: cân nhắc phẫu thuật chỉnh sửa sau 3–6 tháng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu: bôi thuốc chống sẹo, massage, laser sẹo nếu cần.
- Tắc lệ quản: thông lệ đạo hoặc đặt lại ống silicone nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
- MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021.
- Trần Thiết Sơn (2018), Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, NXB Y học.
- Neligan, Gurtner (2018), Plastic Surgery: Principles, Elsevier Inc.

168. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG GÓC MẮT NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vết thương góc mắt ngoài là kỹ thuật được sử dụng nhằm phục hồi cấu trúc giải phẫu và chức năng vùng góc mắt ngoài sau chấn thương. Vùng này có vai trò quan trọng trong định vị mi mắt, giữ hình dạng khe mi, đảm bảo chức năng bảo vệ và thẩm mỹ của mắt.
- Phẫu thuật cần phục hồi đồng bộ các lớp giải phẫu bị tổn thương (da, cơ, sụn mi, cân cơ) và đảm bảo cầm máu tốt, không để lại biến dạng hoặc sẹo gây co kéo về sau.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương góc mắt ngoài gây tổn thương mô mềm, cơ mi hoặc sụn mi.
- Mất mô vùng góc mắt ngoài làm biến dạng, lật mi hoặc mất chức năng vùng này.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Bệnh toàn thân nặng không đảm bảo điều kiện gây mê/phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân.
- Tiền sử phẫu thuật vùng mắt.
- Cơ địa sẹo lồi, sẹo xấu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1 Bước 1:
- Sát khuẩn và trải khăn vô trùng
- Phẫu tích theo lớp, đánh giá tổn thương
6.2 Bước 2:
- Làm sạch vết thương, cắt lọc tối thiểu phần dập nát
- Khâu phục hồi sụn mi bằng chỉ tiêu Vicryl 5/0, 6/0
- Khâu cơ vòng mi
6.3. Bước 3:
- Cầm máu kỹ
- Khâu da bằng chỉ không tiêu nilon 6/0 hoặc 7/0
- Băng ép nhẹ vùng mổ
6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ
- Theo dõi dẫn lưu, băng ép
- Quan sát sưng nề, chảy máu vùng mổ
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
- Lật mi, sẹo co kéo, sẹo xấu → theo dõi và có thể can thiệp tạo hình sau 3–6 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO
Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2022.
Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. Springer; 2021.

MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th ed. Elsevier; 2021.

169. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vết thương bờ mi là kỹ thuật ngoại khoa nhằm tái lập lại cấu trúc giải phẫu và chức năng của bờ mi mắt sau chấn thương. Bờ mi là một vùng giải phẫu quan trọng giúp bảo vệ nhãn cầu, phân phối nước mắt, và giữ thẩm mỹ khuôn mặt. Tổn thương vùng này nếu không được xử trí đúng có thể dẫn đến các biến chứng như lật mi, hở mi, sẹo xấu, hoặc mất chức năng nhắm mắt.
- Kỹ thuật phẫu thuật dựa trên nguyên tắc tái tạo giải phẫu từng lớp: sụn mi, cơ vòng mi, da, đảm bảo chức năng vận động, thẩm mỹ và tránh biến chứng về sau.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương vùng bờ mi trên hoặc dưới có tổn thương toàn bộ hoặc một phần bờ mi.
- Mất mô bờ mi gây ảnh hưởng đến chức năng nhắm mở mắt hoặc thẩm mỹ khuôn mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không kiểm soát được (rối loạn đông máu, suy tim, suy gan, suy thận nặng...).
- Nhiễm trùng lan rộng vùng mắt chưa được điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cơ địa sẹo lồi hoặc tiền sử phẫu thuật vùng quanh mắt.
- Người bệnh suy kiệt, đái tháo đường, đang dùng thuốc chống đông.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Khóa ba ngã
-Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
-Chỉ không tiêu đơn sợi (nilon 6/0, 7/0)
- Chỉ tiêu (Vicryl 5/0, 6/0)
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn và trải khăn vô trùng
- Đánh giá tổn thương bờ mi

6.2. Bước 2:

- Làm sạch và cắt lọc tối thiểu tổ chức dập nát
- Khâu phục hồi sụn mi bằng chỉ tiêu Vicryl 6/0

6.3. Bước 3:

- Khâu cơ vòng mi
- Khâu da bằng chỉ không tiêu nilon 6/0
- Cầm máu kỹ
- Băng ép nhẹ

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi dẫn lưu, băng ép

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

-Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng

- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.

-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Lật mi, sẹo xấu → Xử trí bằng phẫu thuật chỉnh hình sau 3–6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. Springer; 2021.
- MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th ed. Elsevier; 2021.
- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

170. KHÂU VÀ CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình xử trí các vết thương vùng mũi sau chấn thương nhằm loại bỏ mô hoại tử (nếu có), phục hồi lại cấu trúc giải phẫu và tái lập đường nét tự nhiên của mũi. Mũi là một cấu trúc giải phẫu quan trọng nằm ở vị trí trung tâm của khuôn mặt, có chức năng hô hấp, lọc khí và thẩm mỹ. Tổn thương vùng mũi nếu không được xử lý đúng có thể dẫn đến biến dạng, nhiễm trùng, ảnh hưởng đến chức năng hô hấp và thẩm mỹ gương mặt.

-Mục tiêu:

+ Phục hồi cấu trúc giải phẫu và chức năng mũi.
+ Đảm bảo yếu tố thẩm mỹ tối ưu, hạn chế sẹo và biến chứng muộn.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương vùng mũi hở hoặc vùi có nguy cơ hoại tử mô.
- Tổn thương mô mềm vùng mũi cần tái tạo hình dạng và chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không kiểm soát được (rối loạn đông máu, suy gan, suy tim nặng...).
- Tình trạng nhiễm trùng lan rộng chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Cơ địa sẹo lồi.
- Người bệnh đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ tiêu (Vicryl 4/0, 5/0), chỉ không tiêu (Nylon 5/0, 6/0)
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án
-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 - 120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Sát trùng toàn bộ vùng mặt, trải khăn vô trùng
- Gây tê tại chỗ quanh vùng mổ
6.2. Bước 2:
- Phẫu tích bộc lộ tổn thương
- Làm sạch vết thương, loại bỏ mô hoại tử
6.3. Bước 3:
- Khâu phục hồi mô dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 4/0, 5/0
- Khâu da bằng chỉ không tiêu Nylon 5/0, 6/0
- Cầm máu kỹ và băng ép nhẹ
6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi vùng mổ: sưng, chảy máu, nhiễm trùng
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
- Biến dạng mũi, sẹo xấu → Xử trí: phẫu thuật chỉnh hình sau 3–6 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.
2. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.

3. Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2022.
4. Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. Springer; 2021.
5. MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th ed. Elsevier; 2021.

171. KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG MÔI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật khâu và cắt lọc vết thương vùng môi là kỹ thuật tạo hình được thực hiện nhằm phục hồi lại hình dạng giải phẫu và chức năng sinh lý của môi sau chấn thương. Môi có vai trò quan trọng trong việc biểu cảm khuôn mặt, nói, ăn uống, thở và thẩm mỹ. Do đó, xử trí vết thương vùng môi cần đảm bảo đồng thời yếu tố chức năng và thẩm mỹ, nhất là đường viền môi và cơ vòng môi.
- Mục đích:
  + Thẩm mỹ: phục hồi hình dáng môi tự nhiên, hạn chế sẹo, bảo toàn viền môi và nếp gấp tự nhiên.
  + Chức năng: bảo đảm khả năng khép môi, phát âm, ăn uống và biểu cảm khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn thương phần mềm vùng môi trên hoặc dưới.
- Vết rách môi sâu liên quan tới lớp cơ hoặc đường viền môi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu không kiểm soát.
- Nhiễm trùng lan rộng vùng mặt chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh lý toàn thân nặng (đái tháo đường, suy gan, suy thận...).
- Cơ địa sẹo lồi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ tiêu (Vicryl 4/0, 5/0), chỉ không tiêu đơn sợi (Nylon 5/0, 6/0)
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
- 6.1. Bước 1:
- Sát trùng rộng toàn vùng mặt và môi
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain adrenalin quanh vùng rách
6.2. Bước 2:
- Cắt lọc mép vết thương rách nham nhở, bỏ dị vật và mô hoại tử
- Rửa sạch vết thương bằng NaCl 0,9%
- Đánh giá kỹ các lớp giải phẫu:
6.3. Bước 3:
- Khâu phục hồi cơ vòng môi bằng chỉ tiêu Vicryl 4/0 hoặc 5/0 theo lớp, đảm bảo khép kín và khớp đường viền môi.
- Khâu niêm mạc trong miệng nếu rách bằng chỉ tiêu Vicryl 4/0.
- Khâu lớp dưới da bằng chỉ tiêu 4/0 hoặc 5/0.
- Khâu da bằng chỉ Nylon 5/0 hoặc 6/0, khâu từng mũi tỉ mỉ theo viền môi, tránh lộ sẹo.
- Kiểm tra cầm máu kỹ, băng ép nhẹ nếu cần.
6.4. Kết thúc quy trình:
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng, phù nề vùng môi
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
Sẹo xấu, biến dạng môi → Theo dõi 3–6 tháng, can thiệp chỉnh hình nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.
2. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
3. Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2022.
4. Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. Springer; 2021.
5. MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th ed. Elsevier; 2021.

172. KHÂU, CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÀNH TAI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật khâu và cắt lọc vết thương vành tai là một kỹ thuật tạo hình nhằm phục hồi cấu trúc giải phẫu và chức năng của tai ngoài sau chấn thương, cắt bỏ khối u, tổn thương do bỏng, tai nạn hoặc sẹo xấu. Vành tai có vai trò quan trọng trong thẩm mỹ khuôn mặt và chức năng dẫn âm thanh, do đó việc xử trí cần đảm bảo tính chính xác, đồng thời đạt yêu cầu thẩm mỹ.
- Mục đích:
  + Ngăn ngừa nhiễm trùng, biến chứng.
  + Đảm bảo phục hồi hình dáng và chức năng của vành tai.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương phần mềm vùng vành tai do chấn thương, tai nạn, vật sắc nhọn.
- Sau cắt bỏ khối u lành tính hoặc ác tính nhỏ.
- Sẹo co kéo, dị dạng cần chỉnh sửa thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Tình trạng nhiễm trùng lan rộng toàn thân hoặc tại chỗ chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền nặng (đái tháo đường, tim mạch, suy thận...).
- Cơ địa sẹo lồi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ tiêu (Vicryl 4/0, 5/0), chỉ không tiêu đơn sợi (Nylon 5/0, 6/0)
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian phẫu thuật: 60-120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Sát trùng vùng mổ rộng rãi quanh vành tai
- Gây tê vùng tổn thương bằng lidocain adrenalin
6.2. Bước 2:
- Cắt lọc gọn gàng mép vết thương, lấy bỏ tổ chức hoại tử
- Rửa sạch bằng NaCl 0,9%
- Phẫu tích bộc lộ vùng sụn tổn thương
6.3. Bước 3:
- Khâu phục hồi sụn tai bằng chỉ không tiêu Prolene 6/0
- Khâu lớp dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 5/0
- Khâu da bằng chỉ không tiêu Nylon 6/0, mũi rời, khâu chính xác theo bờ sụn để đảm bảo tạo hình thẩm mỹ
- Băng ép nhẹ vùng tai
6.4. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng sưng nề, chảy máu, nhiễm trùng tại vết mổ
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo lồi, co kéo vành tai: theo dõi lâu dài, có thể phẫu thuật chỉnh sửa sau 6 tháng nếu cần
- Biến dạng vành tai: đánh giá lại và tái tạo nếu ảnh hưởng thẩm mỹ nghiêm trọng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.
2. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
3. Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2022.
4. Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. 1st ed. Springer; 2021.
5. MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th ed. Elsevier; 2021.

173. PHẪU THUẬT GHÉP DA MỎNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA MI NHỎ HƠN 1cm^2

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình xử trí các vết thương khuyết da mi nhỏ hơn 1cm2 do chấn thương hoặc sau cắt các khối u mà không làm tổn thương sụn mi. Kỹ thuật lấy một mảnh da mỏng từ chính cơ thể bệnh nhân (thường từ mi trên, sau tai, hố thượng đòn) và ghép vào vùng da mi bị khuyết hổng do chấn thương, bỏng, hoặc bẩm sinh.
- Mục đích là tái tạo lại cấu trúc mi mắt, giúp mi mắt trông tự nhiên nhất có thể.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết da mi < 1cm2 sau chấn thương, bỏng, cắt u.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu, nhiễm trùng lan rộng.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh toàn thân nặng, cơ địa sẹo lồi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Khóa ba ngã
-Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
-Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Sát trùng rộng vùng mổ và vùng hiến da
- Gây tê tại vùng mổ

6.2. Bước 2:

- Cắt lọc tổ chức dập nát đến da lành
- Làm sạch vết thương
- Phục hồi cơ vòng mi (nếu có)

6.3. Bước 3:

- Lấy da mỏng từ sau tai/mặt trong cánh tay theo diện tích khuyết
- Khâu cố định da ghép che phủ vùng khuyết
- Khâu gối gạc da ghép
- Băng ép nhẹ

6.4. Kết thúc phẫu thuật:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng chảy máu, nhiễm trùng, sống da ghép

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

-Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng

-Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử da ghép: theo dõi, ghép da lần 2 nếu cần
- Sẹo xấu, sẹo co kéo: xử lý sau 6 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y Học.
Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021.

174. PHẪU THUẬT GHÉP DA MỎNG TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA MI LỚN HƠN 1cm^2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình xử trí các vết thương khuyết da mi lớn hơn 1cm2 do chấn thương hoặc sau cắt các khối u mà không làm tổn thương sụn mi. Kỹ thuật lấy da mỏng từ chính cơ thể bệnh nhân (thường ở đùi, bẹn, sau tai) và ghép vào vùng da mi bị khuyết hổng lớn hơn 1cm2. Da mỏng thưởng chỉ ghép vùng mi trên tránh hiện tượng sẹo co gây trễ mi.
- Mục đích:

Che phủ khuyết hổng da mi, giúp mắt trông gần giống tự nhiên.
Cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết da mi lớn hơn 1cm² do chấn thương, bỏng, hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ khối u.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng lan rộng vùng ghép.
- Bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có cơ địa sẹo lồi, hoại tử da dễ xảy ra.
- Người già yếu, suy dinh dưỡng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian phẫu thuật: 60-120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Sát trùng rộng toàn bộ vùng mặt và vùng da hiến
- Gây tê tại vùng tổn thương và vùng lấy da
6.2. Bước 2:
- Cắt lọc tổ chức hoại tử đến mô lành, kiểm tra tổn thương cơ vòng mi
- Phục hồi cơ vòng mi nếu có tổn thương
- Dùng dao mổ lấy mảnh da mỏng có kích thước phù hợp từ vùng da hiến
6.3. Bước 3:
- Mảnh da được xử lý, làm mỏng đều, cắt tạo hình phù hợp khuyết hổng
- Đặt mảnh ghép lên vùng khuyết, khâu cố định bằng chỉ không tiêu đơn sợi
- Dùng gạc mỡ hoặc gối gạc vô trùng băng ép nhẹ vùng da ghép để tránh tụ máu, dịch
6.4. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng vết mổ, mảnh ghép: chảy máu, dịch, màu sắc da ghép
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
- Hoại tử mảnh ghép: xử lý bằng cắt lọc và ghép da lần hai
- Co kéo, sẹo dính: xử trí sau 6 tháng bằng tạo hình lại
- Trễ mi: theo dõi, phẫu thuật chỉnh hình nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO
- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y Học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery.

Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
- MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021.

175. PHẪU THUẬT GHÉP DA DÀY TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA MI LỚN HƠN 1cm^2

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình xử trí các vết thương khuyết da mi lớn hơn 1cm2 do chấn thương hoặc sau cắt các khối u mà không làm tổn thương sụn mi. Kỹ thuật lấy da từ một vị trí khác trên cơ thể (vùng cho da) và ghép vào vùng da mi bị khuyết hổng do bỏng, tai nạn, bệnh lý hoặc bẩm sinh. Mảnh da ghép dày bao gồm toàn bộ lớp da (biểu mô, trung bì) để tái tạo chức năng và thẩm mỹ cho mi mắt.
- Mục đích:

+ Giúp mắt cử động bình thường.
+ Tái tạo hình dạng mi mắt trông tự nhiên.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết da mi >1 cm² sau chấn thương, bỏng, cắt u

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng, nhiễm trùng lan rộng
- Rối loạn đông máu chưa điều trị

4. THẬN TRỌNG

Cơ địa sẹo lồi, sức đề kháng kém

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ phẫu thuật
-Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật:60 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Sát trùng vùng mặt và vùng lấy da
- Cắt lọc tổ chức hoại tử, phục hồi cơ vòng mi nếu tổn thương

6.2. Bước 2:

- Lấy da dày từ vùng sau tai hoặc cánh tay trong theo hình dạng vùng khuyết
- Lạng mỏng da

6.3. Bước 3:

- Khâu cố định da ghép với chỉ không tiêu
- Băng ép nhẹ với gối gạc mỡ

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng vết mổ, mảnh ghép: chảy máu, dịch, màu sắc da ghép

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử mảnh ghép: xử lý bằng cắt lọc và ghép da lần hai
- Co kéo, sẹo dính: xử trí sau 6 tháng bằng tạo hình lại
- Trễ mi: theo dõi, phẫu thuật chỉnh hình nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y Học.

Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.

Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.

Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.

MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021.

176. PHẪU THUẬT GHÉP DA MI ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lộn mi dưới là tình trạng mi dưới bị lổn vào trong, khiến lông mi chạm vào giác mạc. Kỹ thuật sử dụng một mảnh da từ vị trí khác trên cơ thể (thường là sau tai) để thay thế phần da bị tổn thương tại mi mắt dưới, giúp cải thiện tình trạng lộn mi.
- Mục đích:

+ Che phủ phần mi mắt bị lộn, giữ ẩm cho mắt.
+ Bảo vệ mắt khỏi các tác nhân bên ngoài.
+ Khắc phục tình trạng lộn mi, giúp mắt trông tự nhiên hơn.
+ Tăng cường sự tự tin cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH:

Mi dưới bị lộn vào trong do quặm, sẹo co kéo do herpes, viêm bờ mi…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.
- Nhiễm trùng toàn thân hoặc tại vùng mổ chưa kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cơ địa sẹo lồi, người cao tuổi sức đề kháng yếu.
- Bệnh mắt kèm theo (viêm giác mạc, khô mắt nặng) cần điều trị tích cực trước mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60-120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Sát trùng rộng vùng mặt và vùng cho da ghép
- Gây tê vùng mổ bằng lidocain adrenalin 1/20000
6.2. Bước 2:
- Rạch theo đường bờ sẹo mi dưới, bóc tách giải phóng sẹo co kéo
- Nếu có tổn thương cơ vòng mi: khâu phục hồi lại bằng chỉ tan
- Cắt lọc tiết kiệm sụn mi, đưa bờ mi trở về đúng giải phẫu, hướng lông mi ra ngoài
6.3. Bước 3:
- Lấy mảnh da dày từ vùng sau tai hoặc mặt trong cánh tay với kích thước lớn hơn 10-15% diện khuyết để tránh co rút
- Cán mỏng nhẹ nếu da dày, tạo hình da phù hợp vùng mi
6.4: Bước 4:
- Khâu cố định da ghép vào vị trí khuyết da mi bằng chỉ không tiêu 6/0, từng mũi rời sát mép
- Đặt gối gạc mỡ bảo vệ vùng ghép
- Băng ép nhẹ toàn bộ vùng mi dưới
6.5. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Dẫn lưu, băng bó, theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử
- Tháo băng sau 5-7 ngày, đánh giá sống còn của mảnh ghép
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
- Trễ mi dưới: theo dõi, tạo hình lại sau 6 tháng nếu ảnh hưởng chức năng
- Dính mi - nhãn cầu: bóc tách, tạo hình lại nếu cần
- Sẹo xấu: dùng thuốc chống sẹo, tái tạo sau 6 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y Học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
- MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021.

177. PHẪU THUẬT GHÉP BỘ PHẬN MŨI ĐỨT RỜI KHÔNG SỬ DỤNG VI PHẪU

1.ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật nối lại bộ phận mũi bị đứt rời không sử dụng kính hiển vi và kỹ thuật vi phẫu. Phẫu thuật ghép lại mảnh mũi đứt rời sau chấn thương vào vị trí giải phẫu. Mảnh ghép sống bằng thẩm thấu và các mạch tân tạo.
- Nguyên lý:
  + Làm sạch và bảo quản phần mũi bị đứt rời đúng cách.
  + Cắt lọc phần mô bị tổn thương.
  + Khâu cố định phần mũi bị đứt rời vào vị trí ban đầu.
- Mục đích:
  + Cứu sống phần mũi bị đứt rời.
  + Phục hồi chức năng của mũi, bao gồm khứu giác và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương đứt rời một phần hoặc toàn bộ của mũi.
- Mảnh đứt rời được bảo quản đúng cách trong thời gian cho phép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.
- Nhiễm trùng toàn thân hoặc tại vùng ghép.

4. THẬN TRỌNG

- Thời gian từ khi bị đứt rời đến khi mổ lại không nên vượt quá 6 giờ.
- Cần đánh giá tình trạng dưỡng lông, nhiễm bẩn mảnh ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60-180 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Vệ sinh, sát trùng rộng vùng mũi và mảnh ghép
- Cắt lọc tiết kiệm vùng bỏ rời và vùng nhận, loại bỏ tổ chức dập nát

6.2. Bước 2:

- Định hình lại hình thái mũi bằng khâu đính mốc, khâu lớp sụn và da mành ghép
- Khâu cố định chắc chắn, khâu từng lớp từ sâu ra ngoài bằng chỉ không tiêu

6.3. Bước 3:

- Đặt merocel trong lò mũi để ổn định
- Băng ép nhẹ bên ngoài

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Dấu hiệu chảy máu, đổ nền da ghép

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.

-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

- Hoại tử mảnh ghép: đổi băng, theo dõi, tạo hình với vạt lân cận

7.4. Biến chứng muộn

Sẹo mũi, lệch, teo mũi: tái tạo sau 6-12 tháng nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y Học.

2. Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2023.
3. Haggerty CJ, Laughlin RM. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
4. Singh AK, Sharma NK. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
5. MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021.

178 PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG GHÉP TỰ THÂN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI NHỎ HƠN 2cm^2

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình xử trí các vết thương khuyết phần mềm môi nhỏ hơn 2cm2 do chấn thương hoặc sau cắt các khối u. Kỹ thuật sử dụng mảnh ghép da hoặc niêm mạc từ chính cơ thể bệnh nhân để che phủ các khuyết hổng phần mềm môi có diện tích nhỏ hơn 2cm2.
- Mục đích:

+ Che phủ khuyết hổng, bảo vệ môi khỏi các tác nhân bên ngoài.
+ Giữ ẩm cho môi và giúp bệnh nhân phát âm rõ ràng hơn.
+ Tái tạo hình dạng và màu sắc của môi, giúp môi trông tự nhiên hơn.
+ Nâng cao sự tự tin và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết hổng môi nhỏ hơn 2cm2 do chấn thương, cắt u lành tính, sẹo da...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn đông máu chưa được điều trị ổn định.
- Nhiễm trùng toàn thân hoặc tại vùng nhận hoặc vùng cho.
- Bệnh lý toàn thân nặng không đủ điều kiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc kỹ nếu vùng nhận hoặc vùng cho có tiền sử xạ trị, sẹo cũ.
- Không ghép trên nền mô nhiễm trùng, hoại tử.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).
- Làm các xét nghiệm hình ảnh: CT sọ não nếu nghi có bất thường nội sọ.

5.5. Hồ sơ bệnh án
-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Sát khuẩn vùng tổn thương và vùng cho mảnh ghép rộng rãi
- Dùng dao mổ lạnh cắt lọc gọn gàng khuyết hổng môi, loại bỏ tổ chức dập nát
6.2. Bước 2:
- Khâu phục hồi cơ vòng môi nếu bị đứt (nếu cần)
- Lựa chọn vùng cho mảnh ghép: mặt trong má, sau tai, mặt trong cánh tay…
- Cắt mảnh ghép có kích thước phù hợp (thường <1cm²)
6.3. Bước 3:
- Đặt và khâu cố định mảnh ghép che phủ khuyết hổng bằng chỉ khâu không tiêu 6-0 hoặc 7-0
- Có thể khâu gối gạc để giữ mảnh ghép (tùy kỹ thuật viên)
- Băng ép nhẹ vùng mổ
6.4. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Quan sát vùng ghép: màu sắc, mức độ phù nề, chảy máu, nhiễm trùng
- Tháo băng kiểm tra sau 5 - 7 ngày
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
- Hoại tử mảnh ghép: xử trí bằng thay băng hàng ngày, ghép lại thì hai.
- Sẹo xấu, co kéo môi: có thể chỉnh sửa sau 3 - 6 tháng nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - Elsevier; 2023
- Haggerty CJ, Laughlin RM. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022
- Singh AK, Sharma NK. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021
- SRB MD. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021

179. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG GHÉP TỰ THÂN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI LỚN HƠN 2cm^2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình xử trí các vết thương khuyết phần mềm môi lớn hơn 2cm2 do chấn thương hoặc sau cắt các khối u. Kỹ thuật sử dụng mô từ chính cơ thể bệnh nhân để che phủ và tạo hình lại phần môi bị khuyết hổng.
- Mục đích:
+ Che phủ và bảo vệ phần môi lớn bị khuyết hổng.
+ Tạo hình lại môi lớn trông tự nhiên hơn.

2. CHỈ ĐỊNH:

Vết thương khuyết phần mềm môi có diện tích lớn hơn 2cm² do chấn thương hoặc sau cắt bỏ u ác hoặc lành tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị ổn định.
- Nhiễm trùng cấp vùng cho hoặc vùng nhận ghép.

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc ở bệnh nhân có sẹo cũ/xạ trị vùng mặt.
- Thận trọng trong lựa chọn vùng cho da, ưu tiên vùng tương đồng về màu sắc và độ dày.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Sát khuẩn rộng vùng mặt và vùng cho mô ghép
- Đánh giá diện tích và độ sâu của tổn thương môi
6.2. Bước 2:
- Cắt lọc mép vết thương, loại bỏ tổ chức dập nát đến vùng mô lành
- Phục hồi cơ vòng môi nếu bị đứt bằng chỉ không tiêu (4-0 hoặc 5-0)
6.3. Bước 3:
- Chọn vùng cho mảnh ghép: sau tai, mặt trong cánh tay, mặt trong đùi…
- Cắt mảnh da tự do (hoặc da có cuống mạch nhỏ nếu có điều kiện)
6.4. Bước 4:
- Đặt mảnh ghép vào vùng khuyết, khâu cố định mép bằng chỉ khâu da không tiêu 6-0 hoặc 7-0
- Đặt gối gạc định hình (nếu dùng da mỏng hoặc cần cố định chắc)
- Băng ép nhẹ
6.5. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Quan sát vùng mổ: màu sắc, dịch tiết, độ phù nề
- Tháo băng sau 5-7 ngày để đánh giá mảnh ghép
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn
- Hoại tử mảnh ghép: thay băng, chăm sóc tại chỗ; ghép lại thì hai nếu cần
- Sẹo xấu, co kéo: chỉnh sửa thẩm mỹ sau 3-6 tháng nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO
- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - Elsevier; 2023
- Haggerty CJ, Laughlin RM. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022
- Singh AK, Sharma NK. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021
- SRB MD. Local Flaps in Facial Reconstruction. Elsevier; 2021

180. PHẪU THUẬT GHÉP LÔNG MÀY

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình cấy tóc để phục hồi lông mày bị tổn thương sau chấn thương hay cắt khối u. Kỹ thuật cấy các nang tóc từ vùng cho (thường là sau tai hoặc gáy) vào vùng nhận là lông mày.
- Mục đích:

+ Tạo hình lông mày mới cho những người không có hoặc lông mày thưa thớt.
+ Cải thiện thẩm mỹ cho khuôn mặt.
+ Tăng cường sự tự tin cho người thực hiện.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết vùng lông mày sau chấn thương hoặc cắt bỏ khối u

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng, không đủ điều kiện phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu.
- Vùng cho bị nhiễm trùng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có cơ địa dễ sẹo lồi hoặc lông tóc xoắn.
- Bệnh nhân đang trong điều trị corticoid hoặc xạ trị.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn vùng mặt và vùng cho (sau tai/chẩm)
- Rạch da để lấy đảo da có nang tóc (khoảng 5-10 cm)

6.2. Bước 2:

- Cầm máu kỹ, khâu đóng vùng cho
- Dưới kính lúp, chia nhỏ nang tóc ra từng đơn vị cỏ lừng cao
- Vẽ dạng lông mày mới bằng bút màu

6.3. Bước 3:

- Tiêm tê tại chỗ

-Sử dụng kim cấy nang tóc, cấy theo hướng mọc tự nhiên từ đầu đến đuôi lông mày

- Số lượng cấy: 150-300 nang mỗi bên

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Rụng lông: theo dõi, cây bổ sung sau 6-9 tháng
- Lông mọc sai hướng: cắt tỉa, uốn tỏ lại hoặc cấy lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y học

Unger WP et al., Hair Transplantation. CRC Press; 2022

Neligan PC. Plastic Surgery Series. Elsevier; 2023

Devgan L, Aesthetic Plastic Surgery. Springer; 2020

181. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TỰ DO CHO KHUYẾT TOÀN BỘ MI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình khuyết toàn bộ mi trên sau chấn thương/cắt khối u lớn bằng vạt da tự do kỹ thuật vi phẫu. Kỹ thuật chuyển vạt da từ một vị trí khác trên cơ thể đến vị trí mi trên bị khuyết để tái tạo mi mắt. Vạt da được cắt rời khỏi vị trí ban đầu và nối vi phẫu với các mạch máu ở mi trên để duy trì sự sống.
- Mục đích:

+ Tái tạo mi mắt, giúp che phủ mắt và bảo vệ mắt khỏi các tác nhân bên ngoài.
+ Nâng cao thẩm mỹ, giúp khuôn mặt trông cân đối và tự nhiên hơn.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết toàn bộ mi trên sau chấn thương.
- Cắt bỏ khối u lớn vùng mi trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ mô mổ.
- Bệnh lý toàn thân nặng không đủ điều kiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi, bệnh nội khoa nặng kèm theo.
- Vết mổ cũ, nhiễm trùng, hoại tử da.
- Cần lựa chọn vết cho và mạch nhận hợp lý.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật

-Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian phẫu thuật: 300-480 phút.
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân
6.1. Bước 1: Kíp 1 – Chuẩn bị vùng nhận vạt (vùng mi trên):
- Cắt lọc tổ chức sẹo, mô xơ ở vùng khuyết mi trên.
- Bộc lộ và chuẩn bị mạch máu nhận (thường là động mạch và tĩnh mạch mặt hoặc thái dương nông).
- Tạo nền ghép sạch, có tưới máu tốt.
- Ghép sụn tạo khung mi nếu cần (sụn vành tai hoặc sụn mi đồng bên).
6.2. Bước 2: Kíp 2 – Tạo hình và bóc tách vạt da:
- Sử dụng Doppler xác định mạch xuyên nuôi vạt.
- Thiết kế vạt da cân tại vị trí hiến (thường là mặt trong cẳng tay hoặc đùi).
- Đánh dấu kích thước phù hợp với vùng khuyết.
- Rạch da, bóc tách lớp dưới cân, giữ nguyên cuống mạch.
- Cắt rời hoàn toàn vạt.
- Cầm máu vùng cho, khâu đóng kín hoặc ghép da mỏng tại vùng cho nếu cần.
6.3. Bước 3: Chuyển vạt – Vi phẫu nối mạch:
- Đưa vạt tới vùng nhận, điều chỉnh tư thế sao cho vạt không xoắn cuống.
- Dưới kính hiển vi, nối động mạch và tĩnh mạch vạt với mạch nhận bằng chỉ vi phẫu.
- Nếu có dây thần kinh cảm giác kèm theo vạt, nối thần kinh nếu điều kiện cho phép.
- Khâu cố định vạt vào vùng nhận theo lớp: da - tổ chức dưới da.
- Đặt dẫn lưu nếu cần.
6.4. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Dấu hiệu sinh tồn mỗi 15 phút trong 1 giờ đầu, sau đó mỗi 30 phút trong 2 giờ, rồi mỗi 2 giờ trong 24 giờ đầu.
- Theo dõi lưu thông vạt: màu sắc, độ ấm, thời gian phục hồi mao mạch.
- Theo dõi chảy máu qua dẫn lưu, băng vết mổ.
- Xét nghiệm công thức máu sau mổ, đặc biệt Hb và Hct.
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
-Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

- Hoại tử vạt: tím lạnh, mất mao mạch. Xử trí: đánh giá tưới máu, có thể mổ lại nối lại mạch, nếu hoại tử hoàn toàn thì cắt lọc và lên kế hoạch ghép lại.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.

-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo: ảnh hưởng chức năng đóng mở mi. Xử trí: phẫu thuật tạo hình lại sẹo sau 6 tháng.
- Thiếu cảm giác hoặc co rút mi: theo dõi và vật lý trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.
- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
- Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
- MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstruction. 4th edition. Elsevier; 2021.

182. PHẪU THUẬT TẠO VẠT DA TỰ DO CHO KHUYẾT TOÀN BỘ MI DƯỚI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình khuyết toàn bộ mi dưới sau chấn thương/cắt khối u lớn bằng vạt da tự do kỹ thuật vi phẫu. Kỹ thuật chuyển vạt da từ vị trí khác trên cơ thể đến vùng mi dưới bị khuyết hổng nhằm tạo hình lại mi dưới hoàn chỉnh.
- Mục đích:
+ Bảo vệ mắt khỏi các tác nhân bên ngoài.
+ Giữ ẩm cho mắt.
+ Giúp cho việc chớp mắt bình thường.
+ Tạo hình lại mi dưới trông tự nhiên và cân đối với hai bên mắt.
+ Cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Khuyết toàn bộ mi dưới do chấn thương nặng.
- Khuyết mi dưới sau cắt u ác tính hoặc lành tính lớn.
- Khuyết hổng mi dưới do bỏng sâu hoặc hoại tử mô.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng không kiểm soát (suy tim, suy hô hấp, rối loạn đông máu).
- Nhiễm trùng vùng nhận hoặc vùng cho vạt.
- Không có mạch máu phù hợp để nối mạch vi phẫu.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc gây mê, thuốc kháng sinh.
- Người bệnh cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính cần theo dõi sát sau mổ.
- Người bệnh hút thuốc lá: nguy cơ hoại tử vạt cao hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Kính hiển vi phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 300-480 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:Kíp 1: Chuẩn bị nơi nhận

- Rạch da vùng mi dưới theo khuyết hổng, bộc lộ mô nền.
- Làm sạch tổ chức hoại tử hoặc mô sẹo.
- Tìm và chuẩn bị động mạch mặt (hoặc thái dương nông), tĩnh mạch kèm theo.
- Nếu cần, đặt ghép sụn vành tai/sụn mi để tạo trụ nâng đỡ.

6.2. Bước 2: Kíp 2: Chuẩn bị vạt da tự do

- Xác định vùng cho vạt (cẳng tay, đùi trước ngoài).
- Dùng siêu âm Doppler định vị mạch xuyên chính.
- Vẽ thiết kế vạt với kích thước và hình dáng phù hợp mi dưới.
- Tiến hành bóc tách vạt, bảo tồn cuống mạch xuyên.
- Bảo quản vạt trong dung dịch lạnh (NaCl 0,9%) nếu cần.

6.3. Bước 3: Chuyển vạt và nối mạch

- Chuyển vạt da từ vùng cho đến vùng nhận.
- Nối động mạch và tĩnh mạch dưới kính hiển vi phẫu thuật bằng chỉ vi phẫu 9/0 hoặc 10/0.
- Định vị vạt vào mi dưới, khâu cố định.
- Đóng vết thương nơi cho.

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vạt da: màu sắc, độ ấm, tốc độ hồi mao mạch, test kim châm.

-Theo dõi dẫn lưu, phù nề, chảy máu.Xét nghiệm: Hct, Hgb, CRP, công thức máu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

- Thiếu máu vạt hoặc tắc mạch vạt: can thiệp sớm trong 6–8 giờ đầu, tháo khâu, kiểm tra lại nối mạch.

7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử vạt: cắt lọc mô hoại tử, lên kế hoạch tạo hình lại sau vài tuần.
- Sẹo xấu, dính mí: can thiệp bằng phẫu thuật sửa sẹo sau 6 tháng.
- Không đạt chức năng chớp mắt: tập phục hồi chức năng, can thiệp lại nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học
Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2022.
Singh AK, Sharma NK, eds. Maxillofacial Trauma: A Clinical Guide. Springer; 2021.
MD SRB. Local Flaps in Facial Reconstructi

184. PHẪU THUẬT GẤP CÂN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Sụp mi bẩm sinh là bệnh lý thường gặp trong bệnh cảnh tổn thương của mi mắt trên, biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sa trễ và hạn chế vận động của mi trên gây ảnh hưởng tới chức năng (nhược thị) và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Phẫu thuật rút ngắn cơ nâng mi để điều trị sụp mi trên.
- Nguyên tắc chung:

+ Xác định nguyên nhân của sụp mi trước khi lên kế hoạch can thiệp phẫu thuật và loại trừ chứng hẹp khe mi.
+ Một mục tiêu chính của tất cả điều trị mi là để tránh rút ngắn mi trên và tạo ra triệu chứng hở mi.
+ Gây tê tại không biến dạng giải phẫu mi mắt. Khi sử dụng epinephrine, sự kích thích hóa học của cơ Mueller sẽ thêm 1-2 mm độ cao đến vị trí mi trên.
+ Có dụng cụ che giác mạc bảo vệ mắt và cho phép hình dung các mốc giải phẫu trong khi phẫu thuật.
+ Khi đánh giá vị trí mi trước hoặc trong phẫu thuật, đèn phải được hạ xuống để tránh kích thích nheo mắt phản xạ.
+ Đỉnh dọc biên độ mí mắt trên nên nằm trực tiếp trên biên độ giữa của đồng tử, biên độ đồng tử mũi.
+ Các bờ ngang của mi nên nằm khoảng giữa của khẩu độ đồng tử và giao nhau giữa giác-củng mạc. Nếu chức năng cơ vòng mi bị tổn thương thứ cấp đến rối loạn cơ hoặc thần kinh, mi nên nằm gần với khẩu độ đồng tử.
+ Vết mổ nếu dẫn đến việc cắt bỏ các tổ chức (ví dụ, sụn mi - kết mạc, phẫu thuật cơ muller) nên theo đường cong của mi
+ Cắt da trong các phẫu thuật mi lần thứ 2 hoặc 3 được giảm thiểu hoặc tránh hoàn toàn.

2. CHỈ ĐỊNH:

Sụp mi bẩm sinh hoặc mắc phải, mức độ sụp mi nhẹ đến vừa (1-5mm), chức năng cơ nâng mi còn tốt và mong muốn can thiệp tối thiểu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn toàn thân nặng chưa được kiểm soát.
- Bệnh tâm thần không hợp tác.
- Bệnh lý nội nhãn chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá chức năng cơ nâng mi thật kỹ trước mổ.
- Tránh gây hở mi sau mổ.
- Không chỉ định nếu chức năng cơ nâng mi <4 mm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự

phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ không tiêu đơn sợi (6.0 hoặc 7.0).

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Sát khuẩn và trải săng vô khuẩn vùng mặt.
- Đánh dấu đường rạch da theo đường nếp mi tự nhiên hoặc đường elip (tùy thẩm mỹ và mức độ dư da).

6.2. Bước 2:

- Dùng dao số 15 rạch da theo đường đã đánh dấu. Cắt da và bóc tách nhẹ nhàng lớp cơ vòng mi nếu cần.
- Phẫu tích xuống dưới để bộc lộ sụn mi. Tiếp tục phẫu tích lên trên để bộc lộ cân cơ nâng mi.
- Xác định cân cơ nâng mi: phẫu tích dọc theo cân cơ, tách mỡ ổ mắt phía trước nếu cần, tránh làm tổn thương cơ Muller.

6.3. Bước 3:

- Dùng kẹp phẫu thuật nâng phần cân cơ lên, đánh giá khả năng co kéo và vị trí tương quan với sụn mi.
- Gấp cân cơ nâng mi theo tỉ lệ:
- Nếu cơ nâng mi còn tốt: gấp 1 mm cân cơ cho mỗi 1 mm sụp mi.
- Nếu cơ yếu: có thể gấp 2 mm hoặc 3 mm cho mỗi 1 mm sụp mi.

- Đặt các mũi chỉ không tiêu để cố định phần cân cơ đã gấp vào mặt trước sụn mi. Vị trí khâu thường ngang qua trung điểm lề đồng tử mũi.

6.4. Bước 4:

- Kiểm tra độ cao mi khi bệnh nhân ngồi dậy (nếu gây tê), điều chỉnh lại nếu cần.
- Đóng da bằng chỉ không tiêu hoặc chỉ tiêu loại nhỏ.
- Băng vết mổ bằng gạc vô trùng.

6.5. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng vết mổ: chảy máu, sưng nề, hở mi.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
- Hở mi, hở giác mạc: sử dụng nước mắt nhân tạo, băng ẩm, có thể khâu tạm mi nếu nặng.

7.4. Biến chứng muộn

- Tái phát sụp mi do khâu sai vị trí, điều chỉnh không đủ → có thể phẫu thuật lại sau 6 tháng.
- Mi trên bị co kéo quá mức → massage mi mắt, nếu không cải thiện thì phẫu thuật lại.
- Mất cân đối 2 bên mí: mất nếp, hai nếp mi, lệch mi → đánh giá lại và chỉnh sửa sau ít nhất 3–6 tháng.
- Sẹo lồi, mất lông mi → tránh tổn thương nang lông trong mổ.
- Sa kết mạc → điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật chỉnh sửa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Correction of ptosis – Newman, Spinelli. Grabb and Smith’s Plastic Surgery, 6th Ed.
- Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. Aesthetic Plast Surg, 2003.
- Spinelli HM. Atlas of Aesthetic Eyelid and Periocular Surgery. Elsevier, 2004.
- Cohen AJ, Weinberg DA. Evaluation and Management of Blepharoptosis. Springer, 2010.
- Park DH, Baik BS. Advancement of the Müller muscle-levator aponeurosis flap. Plast Reconstr Surg, 2008

185. PHẪU THUẬT CẮT CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Sụp mi bẩm sinh là bệnh lý thường gặp trong bệnh cảnh tổn thương của mi mắt trên, biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sa trễ và hạn chế vận động của mi trên gây ảnh hưởng tới chức năng (nhược thị) và thẩm mỹ cho bệnh nhân.
- Nguyên tắc chung:

+ Xác định nguyên nhân của sụp mi trước khi lên kế hoạch can thiệp phẫu thuật và loại trừ chứng hẹp khe mi.
+ Một mục tiêu chính của tất cả điều trị mi là để tránh rút ngắn mi trên và tạo ra triệu chứng hở mi.
+ Gây tê tại không biến dạng giải phẫu mi mắt. Khi sử dụng epinephrine, sự kích thích hóa học của cơ Mueller sẽ thêm 1-2 mm độ cao đến vị trí mi trên.
+ Có dụng cụ che giác mạc bảo vệ mắt và cho phép hình dung các mốc giải phẫu trong khi phẫu thuật.
+ Khi đánh giá vị trí mi trước hoặc trong phẫu thuật, đèn phải được hạ xuống để tránh kích thích nheo mắt phản xạ.
+ Đỉnh dọc biên độ mí mắt trên nên nằm trực tiếp trên biên độ giữa của đồng tử, biên độ đồng tử mũi.
+ Các bờ ngang của mi nên nằm khoảng giữa của khẩu độ đồng tử và giao nhau giữa giác-củng mạc. Nếu chức năng cơ vòng mi bị tổn thương thứ cấp đến rối loạn cơ hoặc thần kinh, mi nên nằm gần với khẩu độ đồng tử.
+ Vết mổ nếu dẫn đến việc cắt bỏ các tổ chức (ví dụ, sụn mi - kết mạc, phẫu thuật cơ muller) nên theo đường cong của mi
+ Cắt da trong các phẫu thuật mi lần thứ 2 hoặc 3 được giảm thiểu hoặc tránh hoàn toàn.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sụp mi bẩm sinh mức độ vừa đến nặng.
- Cơ nâng mi còn hoạt động (trên 4mm).
- Không có dị tật phối hợp như hội chứng Marcus Gunn hoặc bệnh lý thần kinh cơ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ nâng mi không hoạt động (dưới 4mm).
- Có rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng tại chỗ phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân mắc hội chứng khô mắt.
- Bệnh nhân có bất thường về giải phẫu ổ mắt hoặc mi mắt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:
- Chỉ vicryl 6.0, chỉ khâu da nylon 7.0 hoặc prolene 6.0.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án
-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60-120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:
- Xác định đường rạch theo nếp mi trên
- Rạch da theo đường đã đánh dấu

6.2. Bước 2:
- Bóc tách đến cơ nâng mi trên
- Cắt ngắn cơ nâng mi và cân cơ nâng mi trên
- Khâu cố định cơ nâng mi vào sụn mi ở vị trí phù hợp

6.3. Bước 3:
- Kiểm tra độ nâng mi và sự đối xứng hai bên
- Khâu da bằng chỉ thẩm mỹ
- Tra mỡ kháng sinh tại vết mổ
- Băng ép nhẹ vùng mi trên

6.4. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Vết mổ: sưng nề, rỉ dịch, bầm tím

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Lật mi, không cân xứng, sẹo xấu, hở mi khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Levine MR. Manual of Oculoplastic Surgery. Thieme Medical Publishers; 2018.
- Dortzbach RK, Nesi FA. Eyelid and Periorbital Surgery. Mosby; 1994.
- Nguyễn Xuân Hiệp. Nhãn khoa – Nhà xuất bản Y học, 2016.
- Clinical Ophthalmic Plastic Surgery, Stephen Bosniak, 2003.

186. PHẪU THUẬT KÉO DÀI CƠ TRÁN ĐIỀU TRỊ SỤP MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sụp mi bẩm sinh là bệnh lý thường gặp trong bệnh cảnh tổn thương của mi mắt trên, biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sa trễ và hạn chế vận động của mi trên gây ảnh hưởng tới chức năng (nhược thị) và thẩm mỹ cho bệnh nhân.
- Nguyên tắc chung:

Xác định nguyên nhân của sụp mi trước khi lên kế hoạch can thiệp phẫu thuật và loại trừ chứng hẹp khe mi.

Một mục tiêu chính của tất cả điều trị mi là để tránh rút ngắn mi trên và tạo ra triệu chứng hở mi.

Gây tê tại không biến dạng giải phẫu mi mắt. Khi sử dụng epinephrine, sự kích thích hóa học của cơ Mueller sẽ thêm 1-2 mm độ cao đến vị trí mi trên.

Có dụng cụ che giác mạc bảo vệ mắt và cho phép hình dung các mốc giải phẫu trong khi phẫu thuật.

Khi đánh giá vị trí mi trước hoặc trong phẫu thuật, đèn phải được hạ xuống để tránh kích thích nheo mắt phản xạ.

Đỉnh dọc biên độ mí mắt trên nên nằm trực tiếp trên biên độ giữa của đồng tử, biên độ đồng tử mũi.

Các bờ ngang của mi nên nằm khoảng giữa của khẩu độ đồng tử và giao nhau giữa giác-củng mạc. Nếu chức năng cơ vòng mi bị tổn thương thứ cấp đến rối loạn cơ hoặc thần kinh, mi nên nằm gần với khẩu độ đồng tử.

Vết mổ nếu dẫn đến việc cắt bỏ các tổ chức (ví dụ, sụn mi - kết mạc, phẫu thuật cơ muller) nên theo đường cong của mi

Cắt da trong các phẫu thuật mi lần thứ 2 hoặc 3 được giảm thiểu hoặc tránh hoàn toàn.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sụp mi bẩm sinh hoặc mắc phải nặng.
- Cơ nâng mi mất hoặc không còn chức năng.
- Có hoặc không kết hợp tạo hình mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Rối loạn tâm thần.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác chức năng cơ nâng mi và cơ vòng mi trước phẫu thuật.
- Tránh chấn thương nhãn cầu trong quá trình tạo đường hầm và treo cơ.
- Hạn chế hoặc tránh cắt da trong mổ lại.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:
- Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

5.4. Người bệnh
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án
-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60-120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:
- Đánh dấu 3 điểm trên cung mày (giữa, trong, ngoài) và 4 điểm ở mi trên tương ứng.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain có pha adrenalin.

6.2. Bước 2:
- Thực hiện 4 đường rạch da ở mi trên (trên bờ mi 3mm) và 3 đường rạch trên cung mày đến màng xương.
- Tạo đường hầm dưới da từ cung mày xuống mi trên bằng dụng cụ chuyên biệt như kim Wright.
- Cắt hoặc không cắt cơ vòng mi tùy tình trạng mi.

6.3. Bước 3:
- Tạo hai dải cơ trán có cuống liền, đưa qua đường hầm từ cung mày xuống mi trên, đi qua phía trước sụn mi.

Treo cơ trán vào sụn mi qua các điểm đánh dấu bằng chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm (Vicryl 5.0 hoặc Prolene).
Điều chỉnh độ cao mi phù hợp với chức năng cơ vòng mi:
Nếu cơ vòng mi tốt: treo tại vị trí nối củng giác mạc.
Nếu cơ vòng mi yếu: treo thấp hơn, tại vị trí giữa củng giác và đồng tử.

6.4. Bước 4:
- Kiểm tra bên trong mi để đảm bảo chỉ không xuyên kết mạc.
- Thắt nút treo và chôn nút dưới da để tránh lộ chỉ, tạo thẩm mỹ tốt.

- Khâu da vết rạch bằng chỉ nylon 6/0.
- Tra mỡ kháng sinh và băng ép nhẹ vùng mắt.

6.5. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Tái phát sụp mi: do đánh giá sai mức độ sụp hoặc sai kỹ thuật.
- Co mi trên: điều trị bảo tồn hoặc mổ lại nếu cần.
- Bất thường nếp mi: mất, ngắn, hai nếp, không cân xứng.
- Mi trên lộn ra ngoài, cắt quá mức da hoặc cơ nâng mi.
- Bờ mi trên không cân đối, thừa kết mạc.
- Sẹo lồi hoặc mất lông mi, sa kết mạc, nguy cơ thủng nhãn cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Correction of ptosis, Martini. Newman and Henry M. Spinelli, Chapter 39, p405-410, Grabb and Smith's Plastic Surgery, Sixth edition, 2007.
- Ptosis: causes, presentation, and management. Finsterer J. Aesthetic Plast Surg. 2003 May-Jun;27(3):193-204.
- Spinelli HM. Atlas of Aesthetic Eyelid and Periocular Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2004
- Cohen AJ, Weinberg DA, eds. Evaluation and Management of Blepharoptosis. 1st. New York, NY: Springer-Verlag; 2010.
- Park DH, Baik BS. Advancement of the Müller muscle-levator aponeurosis composite flap for correction of blepharoptosis. Plast Reconstr Surg. 2008 Jul. 122(1):140-2.

187. PHẪU THUẬT TREO MI BẰNG CHỈ ĐIỀU TRỊ SỤP MI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Sụp mi bẩm sinh là bệnh lý thường gặp trong bệnh cảnh tổn thương của mi mắt trên, biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sa trễ và hạn chế vận động của mi trên gây ảnh hưởng tới chức năng (nhược thị) và thẩm mỹ cho bệnh nhân.
- Nguyên tắc chung:

Xác định nguyên nhân của sụp mi trước khi lên kế hoạch can thiệp phẫu thuật và loại trừ chứng hẹp khe mi.

Một mục tiêu chính của tất cả điều trị mi là để tránh rút ngắn mi trên và tạo ra triệu chứng hở mi.

Gây tê tại không biến dạng giải phẫu mi mắt. Khi sử dụng epinephrine, sự kích thích hóa học của cơ Mueller sẽ thêm 1-2 mm độ cao đến vị trí mi trên.

Có dụng cụ che giác mạc bảo vệ mắt và cho phép hình dung các mốc giải phẫu trong khi phẫu thuật.

Khi đánh giá vị trí mi trước hoặc trong phẫu thuật, đèn phải được hạ xuống để tránh kích thích nheo mắt phản xạ.

Đỉnh dọc biên độ mí mắt trên nên nằm trực tiếp trên biên độ giữa của đồng tử, biên độ đồng tử mũi.

Các bờ ngang của mi nên nằm khoảng giữa của khẩu độ đồng tử và giao nhau giữa giác-củng mạc. Nếu chức năng cơ vòng mi bị tổn thương thứ cấp đến rối loạn cơ hoặc thần kinh, mi nên nằm gần với khẩu độ đồng tử.

Vết mổ nếu dẫn đến việc cắt bỏ các tổ chức (ví dụ, sụn mi - kết mạc, phẫu thuật cơ muller) nên theo đường cong của mi

Cắt da trong các phẫu thuật mi lần thứ 2 hoặc 3 được giảm thiểu hoặc tránh hoàn toàn.

2. CHỈ ĐỊNH:

Sụp mi bẩm sinh hoặc mắc phải, mức độ sụp mi nặng hoặc cơ nâng mi không còn chức năng, có thể thực hiện cùng với có hoặc không có tạo hình mi mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Rối loạn tâm thần.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác chức năng cơ nâng mi và cơ vòng mi trước phẫu thuật.
- Tránh chấn thương nhãn cầu trong quá trình tạo đường hầm và treo cơ.
- Hạn chế hoặc tránh cắt da trong mổ lại.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loạiilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Rạch da theo đường cong hoặc elip, có thể cắt hoặc không cắt da và cơ vòng mi.
- Đánh dấu bảy điểm vào, ba ở trên và bốn bên dưới. Sau khi gây mê hoặc tê tại chỗ, bốn vết rạch sâu vào sụn mi, trên hàng lông mi khoảng 3 mm. Ba vết rạch tới màng xương được thực hiện khoảng 3 mm trên đường chân mày.

6.2. Bước 2:

- Chỉ được luồn dưới cơ vòng mi và qua trước sụn .
- Khi thực hiện treo mi, cần kiểm tra và đánh giá. Đầu tiên, cần lộn mi để đảm bảo không vào kết mạc; nếu vào kết mạc có thể dẫn đến mài mòn giác mạc sau phẫu thuật nghiêm trọng. Thứ hai, chúng tôi đánh giá vị trí của mi là tốt nhất có thể.

6.3. Bước 3:

- Đối với người bệnh chức năng nhãn cầu bình thường, phức hợp nâng mi đàn hồi tốt, nên treo mi ở chỗ nốI củng giác mạc. Nếu chức năng cơ vòng mi kém, nên treo mi ở giữa khoảng cách đồng tử và chỗ nối củng giác mạc.
- Sau khi các vị trí treo mi đã được điều chỉnh một cách thích hợp bằng cách thắt chặt hay nới lỏng dây đeo , khâu bằng chỉ tự tiêu. Khi có thể, treo trượt lên dưới da theo kiểudây phơi để đảm bảo rằng tất cả các nút thắt đang bị chôn vùi trong các đường rạch.
- Khâu da bằng chỉ nilon 6/0.

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Tái phát sụp mi: do đánh giá sai mức độ sụp hoặc sai kỹ thuật.
- Co mi trên: điều trị bảo tồn hoặc mổ lại nếu cần.
- Bất thường nếp mi: mất, ngắn, hai nếp, không cân xứng.
- Mi trên lộn ra ngoài, cắt quá mức da hoặc cơ nâng mi.
- Bờ mi trên không cân đối, thừa kết mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Correction of ptosis, Martini. Newman and Henry M. Spinelli, Chapter 39, p405-410, Grabb and Smith’s Plastic Surgery, Sixth edition, 2007.
2. Ptosis: causes, presentation, and management. Finsterer J. Aesthetic Plast Surg. 2003 May-Jun;27(3):193-204.
3. Spinelli HM. Atlas of Aesthetic Eyelid and Periocular Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2004
4. Cohen AJ, Weinberg DA, eds. Evaluation and Management of Blepharoptosis. 1st. New York, NY: Springer-Verlag; 2010.
5. Park DH, Baik BS. Advancement of the Müller muscle-levator aponeurosis composite flap for correction of blepharoptosis. Plast Reconstr Surg. 2008 Jul. 122(1):140-2

188. PHẪU THUẬT KÉO DÀI CƠ NÂNG MI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi trên là một kỹ thuật tạo hình mí mắt nhằm điều trị tình trạng hở mi trên – khi mi mắt không thể khép kín hoàn toàn, gây lộ giác mạc kéo dài, làm khô mắt, viêm kết mạc – giác mạc, và nguy cơ loét giác mạc. Đây là một tình trạng thường gặp sau các can thiệp vùng mi trên như phẫu thuật lấy u, tai biến do tổn thương thần kinh, hoặc sau phẫu thuật chỉnh sụp mi quá mức.
- Mục đích của phẫu thuật là giảm lực kéo của cơ nâng mi, giúp mi trên hạ thấp hơn, từ đó cải thiện khả năng khép kín mi mắt, bảo vệ nhãn cầu, ngăn ngừa khô mắt, viêm loét giác mạc và cải thiện triệu chứng kích thích mắt mạn tính.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sụp mi bẩm sinh mức độ trung bình hoặc nặng.
- Cơ nâng mi còn hoạt động (chức năng cơ nâng mi > 4 mm).
- Không có các bệnh lý toàn thân chống chỉ định phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ nâng mi yếu hoặc mất chức năng (chức năng cơ nâng mi ≤ 4 mm) → chỉ định treo cơ trán.
- Bệnh lý khô mắt nặng hoặc rối loạn nhắm mắt.
- Viêm nhiễm vùng mi mắt cấp tính.
- Bệnh nhân rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác chức năng cơ nâng mi và mức độ sụp mi để lựa chọn phương pháp phù hợp.
- Thăm khám và làm test khô mắt trước mổ.
- Không thực hiện hai bên cùng lúc nếu chưa rõ đáp ứng, đặc biệt ở trẻ nhỏ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Rạch da mi trên theo nếp mi tự nhiên.
- Bóc tách qua da, tổ chức dưới da đến cơ vòng mi.
- Mở vách ổ mắt để bộc lộ cơ nâng mi và cân cơ nâng mi.

6.2. Bước 2:

- Xác định điểm bám của cơ nâng mi vào sụn mi.
- Tách và cắt rời cân cơ nâng mi khỏi sụn mi.
- Kéo dài phần cơ nâng mi bằng cách cắt lùi điểm bám của nó và khâu lại vào vị trí thấp hơn trên sụn mi (thường hạ thấp điểm bám khoảng 3–5 mm tùy mức độ sụp mi và chức năng cơ).

6.3. Bước 3:

- Khâu cố định cơ nâng mi vào sụn mi bằng chỉ Vicryl 6/0 hoặc Prolene 6/0.
- Đánh giá độ mở mi trong khi bệnh nhân còn tỉnh để điều chỉnh cho phù hợp (nếu có thể).
- Khâu đóng vết mổ theo lớp.

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

- Tụ máu sau mổ → chườm lạnh, theo dõi, chích tháo nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Lộ giác mạc, hở mi → nhỏ nước mắt nhân tạo, tra mỡ kháng sinh, dán mi nếu nặng.

- Sụp mi còn tồn tại (kết quả không đạt) → tái đánh giá và phẫu thuật lại.

- Mắt nhắm không kín → theo dõi, có thể tự cải thiện; nếu không cải thiện → chỉnh sửa sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nema H.V., Nema N. Ocular Anatomy and Physiology. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012.
- Dresner SC. Blepharoptosis repair: the modified Fasanella-Servat procedure. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. 1991;7(2):104–109.
- Beard C. Ptosis. 3rd ed. St. Louis: CV Mosby, 1981.
- Chen W. Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery. Elsevier, 2021.

189. PHẪU THUẬT KHÂU CỐ ĐỊNH BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật khâu cố định bờ mi (tarsorrhaphy) là một phương pháp đơn giản và hiệu quả để điều trị hở mi, bằng cách thu hẹp khe mi, giúp bảo vệ giác mạc khỏi tình trạng lộ kéo dài. Tùy theo mức độ tổn thương và nhu cầu thẩm mỹ, khâu cố định bờ mi có thể thực hiện tạm thời (khâu không thấm qua sụn mi) hoặc vĩnh viễn (khâu toàn phần, cắt da và khâu mép bờ mi).
- Mục đích của phẫu thuật là:

Bảo vệ giác mạc khỏi lộ ra ngoài quá mức.

Giảm tình trạng khô mắt, kích ứng và chảy nước mắt mạn tính.

Ngăn ngừa hoặc hỗ trợ điều trị viêm – loét giác mạc do hở mi.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Hở mi mức độ vừa hoặc nặng gây tổn thương giác mạc.
- Hở mi do liệt dây VII, bệnh lý thần kinh, di chứng sau chấn thương hoặc phẫu thuật thẩm mỹ vùng mi.
- Di chứng bệnh phong gây hở mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vùng mi cấp tính.
- Bệnh lý toàn thân nặng chưa ổn định.
- Rối loạn tâm thần không kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chức năng cơ vòng mi và mức độ hở mi.
- Thăm khám giác mạc và kết mạc kỹ trước mổ.
- Cân nhắc mức độ khâu cố định phù hợp để tránh ảnh hưởng thẩm mỹ, gây lác giả hoặc cản trở thị trường.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian phẫu thuật: 60 - 120 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Làm sạch vùng mi bằng dung dịch sát khuẩn.
- Đánh dấu vị trí cần khâu cố định (thường khâu góc ngoài mi).
- Dùng kẹp giữ hai bờ mi trên và mi dưới sát góc ngoài.
6.2. Bước 2:
- Dùng kim chỉ Prolene 6/0 xuyên qua da mi trên → xuyên qua bờ mi trên → xuyên sang bờ mi dưới → xuyên qua da mi dưới, tạo đường khâu xuyên toàn bộ bờ mi.
- Có thể khâu 1–2 mũi tùy mức độ hở mi và khe mi cần thu hẹp.
- Thắt chỉ nhẹ nhàng để hai bờ mi tiếp xúc nhưng không gây xoắn hoặc méo mi.
6.3. Bước 3:
- Kiểm tra mi sau khâu: đảm bảo nhắm kín khi bệnh nhân nhắm mắt, không gây lệch trục mi.
- Cắt chỉ thừa, có thể để đầu chỉ dài để dễ tháo sau này nếu cần.
- Không cần dẫn lưu. Tra mỡ kháng sinh và băng vùng phẫu thuật.
6.4. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Tình trạng mắt: phù nề, đau, chảy máu, nhắm kín hay chưa.
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
- Khâu quá chặt gây lật mi, lộ giác mạc → tháo chỉ sớm, chỉnh sửa sau.
7.4. Biến chứng muộn
- Hở mi tái phát sau cắt chỉ hoặc chỉ tiêu tự rã.
- Lệch mi, lật mi ngoài → chỉnh sửa sau 6 tháng nếu không cải thiện tự nhiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
- Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, 4th Edition – Stephen C. Dresner.
- Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery – W. Chen.

- Basic and Clinical Science Course – Section 7: Oculofacial Plastic and Orbital Surgery. American Academy of Ophthalmology.
- Phác đồ điều trị chuyên khoa Mắt – Bộ Y tế, 2022.

190. PHẪU THUẬT TREO MI BẰNG CÂN TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ SỤP MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật treo mi bằng cân tự thân (thường là cân đùi) là phương pháp sử dụng một dải cân cơ của chính người bệnh làm vật liệu trung gian để nối mi mắt trên với cơ trán, qua đó tận dụng lực nâng mi từ cơ trán giúp nâng mi trên. Đây là kỹ thuật phù hợp cho các trường hợp sụp mi nặng có chức năng cơ nâng mi rất yếu hoặc mất hoàn toàn, đặc biệt ở trẻ em.
- Mục đích của phẫu thuật là:

+ Giúp mi trên được nâng lên thông qua lực co của cơ trán.
+ Mở rộng trục nhìn và cải thiện thị lực, phòng ngừa nhược thị ở trẻ nhỏ.
+ Cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt, tạo sự đối xứng giữa hai mắt.
+ Sử dụng vật liệu tự thân giúp giảm nguy cơ dị ứng, đào thải, nhiễm trùng so với vật liệu nhân tạo.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Sụp mi bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Cơ nâng mi không hoạt động hoặc hoạt động kém (< 4 mm).
- Có hoặc không có tái tạo mi kèm theo

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân rối loạn tâm thần, không hợp tác.
- Bệnh lý toàn thân nặng, nguy cơ tai biến mổ cao.

4. THẬN TRỌNG

- Không chỉ định mổ khi chưa loại trừ nguyên nhân khác của sụp mi.
- Cân nhắc mức độ treo mi phù hợp để tránh hở mi sau mổ.
- Chọn loại cân tự thân phù hợp (đôi khi cân đùi hoặc cân thái dương).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ không tiêu đơn sợi
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
5.6. Thời gian phẫu thuật: 120-180 phút
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.
6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ
6.1. Bước 1:
- Rạch da vùng cung mày hoặc mi trên để lộ cơ trán/cân cơ thái dương.
- Cắt và lấy một dải cân cơ tự thân dài khoảng 8–10cm, rộng 0.5–1cm.
6.2. Bước 2:
- Tạo đường hầm dưới da từ mi mắt lên cung mày/trán theo hình tam giác (kiểu Fox hoặc Crawford).
- Khâu cố định 2 đầu dải cân cơ vào cơ trán và bờ trên sụn mi bằng chỉ không tiêu.
6.3. Bước 3:
- Kiểm tra độ cao và cân đối của hai mi.
- Đóng vết mổ bằng chỉ khâu da.
6.4. Kết thúc phẫu thuật
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch
7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
-Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.
7.4. Biến chứng muộn:
- Hở mi tái phát sau cắt chỉ hoặc chỉ tiêu tự rã.
- Lệch mi, lật mi ngoài → chỉnh sửa sau 6 tháng nếu không cải thiện tự nhiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1.Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, 4th Edition – Stephen C. Dresner.
2.Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery – W. Chen.
3.Basic and Clinical Science Course – Section 7: Oculofacial Plastic and Orbital Surgery. American Academy of Ophthalmology.
4.Phác đồ điều trị chuyên khoa Mắt – Bộ Y tế, 2022.

191. PHẪU THUẬT GHÉP GÂN TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ HỞ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

-Phẫu thuật ghép gân tự thân điều trị hở mi là một phương pháp tạo hình chức năng nhằm phục hồi khả năng nhắm mắt chủ động, đặc biệt trong các trường hợp liệt hoàn toàn dây thần kinh mặt, nơi mà hoạt động co thắt vòng mi không còn. Kỹ thuật này sử dụng gân cơ tự thân – thường là gân cơ gan chân (plantaris) hoặc gân cơ dài gan chân (palmaris longus) – để nối mi trên và mi dưới, từ đó tạo một cấu trúc co động theo lực của cơ thái dương hoặc cơ trán, giúp mi mắt nhắm lại khi bệnh nhân co các cơ thay thế.

- Mục đích của phẫu thuật:

+ Phục hồi chức năng khép kín mi mắt trong liệt mặt lâu ngày.
+ Bảo vệ giác mạc, ngăn ngừa tổn thương mắt do hở mi kéo dài.
+ Cải thiện thẩm mỹ và khả năng chớp mắt gần như tự nhiên.
+ Sử dụng vật liệu tự thân giúp hạn chế biến chứng như đào thải, nhiễm trùng hoặc phản ứng dị ứng so với vật liệu nhân tạo.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Hở mi mức độ vừa đến nặng gây khô giác mạc, viêm giác mạc, tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài.
- Hở mi do liệt dây VII không hồi phục sau 6–12 tháng điều trị bảo tồn.
- Hở mi sau phẫu thuật vùng thái dương – mặt, u tuyến mang tai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng tại vị trí dự kiến phẫu thuật hoặc vùng lấy gân/cân tự thân.
- Tình trạng toàn thân quá yếu, không đảm bảo gây mê an toàn.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có khô mắt nặng hoặc giảm tiết nước mắt cần điều trị hỗ trợ trước mổ.
- Hở mi nhẹ, đáp ứng với điều trị bảo tồn.
- Cân nhắc các dị dạng giải phẫu vùng mặt và hốc mắt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

- Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Gạc phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120-180 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6.TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Xác định vị trí lấy gân/cân tự thân (thường là gân cơ thái dương, cân cơ trán hoặc gân gót – cơ bán gân).
- Vô trùng vùng lấy gân và vùng mi mắt.

6.2. Bước 2:

- Dùng dao rạch da lấy dải cân hoặc gân dài khoảng 8–12cm, rộng 0.5–1cm.
- Tạo đường hầm dưới da từ cung mày/mí mắt tới vị trí cần neo gân.
- Cố định một đầu gân vào phần cơ trán hoặc cân trên trán.

6.3. Bước 3:

- Luồn gân dưới da qua cung mày và đến phần bờ mi dưới, cố định đầu còn lại vào sụn mi dưới hoặc cơ vòng mi dưới.
- Điều chỉnh độ căng gân sao cho mí mắt khép kín nhưng không quá căng gây lật mi.
- Khâu cố định các mối chỉ, cắt chỉ thừa.
- Đóng da bằng chỉ khâu thẩm mỹ.

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Lộ gân, co kéo da vùng trán hoặc mí.
- Lật mi dưới hoặc hở mi trở lại do gân lỏng.
- Không cân xứng hai bên nếu không điều chỉnh kỹ trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Anderson RL, Panje WR. Rehabilitation of facial paralysis: use of temporalis muscle transfer. Arch Otolaryngol. 1974.
- Della Rocca RC, et al. Eyelid and Periorbital Surgery. 2nd ed. Springer.
- Katowitz JA. Pediatric Oculoplastic Surgery. Springer, 2002.

192. PHẪU THUẬT GHÉP GÂN ĐỒNG LOẠI ĐIỀU TRỊ HỞ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hở mi mắt là một tình trạng của mắt cụ thể là mi mắt không có khả năng khép kín lại ngay cả khi bệnh nhân đã chủ động nhắm mắt.
- Kiểm tra chức năng của dây thần kinh số VII bằng cách yêu cầu bệnh nhân thực hiện việc nhắm 2 mắt như đi ngủ hoặc nhắm chặt mắt chủ động. Nếu nhận thấy hình dạng mi mắt bị biến đổi, cơ chế bơm nước mắt bị ảnh hưởng, bề mặt nhãn cầu bị tổn thương thì sẽ chẩn đoán là bệnh nhân đã bị hở mi mắt.
- Nếu đã được chẩn đoán hở mi cần điều trị sớm để tránh gây ảnh hưởng nặng nề đến các chức năng và hoạt động bình thường của mắt, về lâu dài cũng gây ảnh hưởng không nhỏ đến sinh hoạt của người bệnh.
- Nguyên nhân gây hở mí mắt

+ Liệt dây thần kinh mặt (cụ thể là dây thần kinh số VII)
+ Tổn thương cơ mặt hoặc tổn thương tại mắt
+ Khối u vùng mắt
+ Chấn thương sọ não
+ Bệnh lý về mắt như lồi mắt, lõm mắt, sẹo trong mắt...
+ Rối loạn giấc ngủ
+ Biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ (cắt mí, loại bỏ bọng mắt...), đa số các trường hợp là ở mi dưới
+ Có thể do di truyền: nhiều thành viên trong gia đình có tình trạng này thì khả năng rất cao bạn cũng sẽ gặp phải vấn đề đó.

- Biến chứng thường gặp của hở mi mắt

+ Do đặc điểm cấu tạo của mắt luôn cần được bôi trơn để có thể hoạt động được bình thường. Cụ thể, khi mắt nhắm hoặc chớp mắt sẽ giúp cung cấp nước cho mắt, nước được bôi đều trên toàn bộ giác mạc, phần kết mạc phía trước nhãn cầu, giúp cho đôi mắt không bị mỏi và khô.
+ Khi mi mắt bị hở, không thể chớp mắt được, lâu dần mặt sẽ bị khô, mờ đục hay thậm chí là loét giác mạc, gây ảnh hưởng không nhỏ đến thị lực, thậm chí trường hợp nặng có thể gây mù lòa.
+ Cần phải đề cập đến việc hở mi mắt khiến mắt không thể nhắm khi ngủ nên bị bụi bẩn và dị vật rơi vào mắt khiến mắt bị đau, nhiễm trùng mắt, viêm kết mạc, viêm giác mạc...

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân bị hở mi mắt do các nguyên nhân khác nhau.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh không hợp tác phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt khác, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người

- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, nguyên nhân gây hở mi, và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế đường rạch da: với hở mi trên, rạch da ngang nếp mi trên; với mi dưới: rạch sát bờ mi dưới hoặc qua kết mạc.
- Sát khuẩn, trải toan
- Tê tại chỗ
- Rạch da theo đường đã thiết kế

6.2. Bước 2:

- Bóc tách tổ chức dưới da, cơ vòng mi bộc lộ lớp sụn mi và kết mạc
- Nếu có mô sẹo, co kéo mi thì tiến hành giải phóng sẹo.

6.3. Bước 3:

- Xử lý mảnh gân đồng loại: loại bỏ phần cơ bám còn sót
- Mảnh gân đồng loại được cắt theo kích thước phù hợp (thường dài 15 - 20mm, rộng 3 - 6mm)
- Khâu tết mảnh gân ghép

6.4. Bước 4:

- Khâu cố định mảnh ghép vào mặt sau sụn mi hoặc lớp giữa da – cơ mi dưới.
- Cố định 2 đầu mảnh ghép ở vị trí ổn định (góc mắt ngoài hoặc cơ nâng mi), tạo lực nâng hoặc hạ mi

6.5. Bước 5:

- Cân chỉnh độ căng của gân ghép để không làm lật mi hoặc biến dạng mi
- Khâu đóng vết mổ

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu.
- Theo dõi chảy máu.
- Theo dõi mắt: tình trạng hở mi, khô giác mạc, sưng nề mi mắt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.
- Đánh giá vị trí mảnh gân ghép: lộ gân ghép, lệch hoặc căng gây hở mi, biến dạng mi mắt, có thể cần căn chỉnh lại.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Sưng nề bầm tím: hướng dẫn bệnh nhân chườm mát
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo mi: hướng dẫn massage làm mềm sẹo, nếu không cải thiện có thể cần phẫu thuật lại sau 6 tháng
- Hở mi tái phát: có thể cần phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

195. PHẪU THUẬT MỞ RỘNG KHE MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí.
- Nếp quạt góc mắt trong (Epicanthus) hay còn gọi là nếp quạt là nếp da đứng dọc, có độ cong ra ngoài nối liền hai nếp mi trên và dưới.
- Nếp quạt xuất hiện trong khoảng từ tháng thứ ba đến tháng thứ sáu của thai kỳ.
- Ở người châu Âu, nếp này tự biến mất vào thời điểm sinh hoặc chậm nhất là đến tuổi trưởng thành.
- Sự hiện diện của nếp quạt ở người châu Âu được xem là dấu hiệu dị tật, nhưng ở người châu Á, ít nhất có 50% cá thể vẫn tồn tại nếp quạt này.
- Nếu kể đến những vết tích nhỏ, thì hầu hết người châu Á đều có nếp quạt này. Chính vì vậy, nếp quạt là điểm đặc trưng cơ bản của khuôn mặt châu Á.
- Ưu điểm: hồi phục nhanh, có thể áp dụng cho hầu hết các trường hợp tạo hình mí thì đầu ở người còn trẻ, hầu như không để lại sẹo trên da.
- Nhược điểm: chỉ định chặt chẽ, mí không đều.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có nếp quạt ở góc mắt trong, hẹp khe mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần da thừa ở góc mắt trong nếp mí.
- Rạch da mi theo thiết kế.

6.2. Bước 2:

- Chuyển vạt, cắt da thừa để tạo hình góc mắt trong rõ ràng.
- Khâu tạo hình dây chằng góc mắt trong nếu cần.

6.3. Bước 3:

- Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

33. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT BỘ PHẬN VÀNH TAI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tái tạo vành tai bằng vạt da tự do là một trong những kỹ thuật tạo hình phức tạp trong phẫu thuật thẩm mỹ - tạo hình. Sự hồi phục lại hình thái và chức năng của vành tai không chỉ mang tính chất thẩm mỹ mà còn có ý nghĩa về giao tiếp xã hội, tâm lý và tái hòa nhập. Tự do vành tai là cấu trúc nổi ngoài, hồng và tổng hợp tần số âm thanh vào ống tai ngoài, việc tái tạo này yêu cầu phải khéo léo về hình thể và đồng thời đảm bảo nuôi sống vạt bằng vi phẫu.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết toàn bộ hoặc phần lớn vành tai do chấn thương, bỏng, cắt bỏ u, nhiễm trùng hoặc do bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ sức khoẻ chịu được ca mổ dài.
- Rối loạn tâm thần, không hợp tác.
- Vùng quanh tai bị xơ sẹo , đã xạ bằng xạ.
- Tương đối: bệnh nhân đang hút thuốc lá, tiền sử rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý toàn thân nên được hội chẩn gây mê và cân nhắc lợi ích - nguy cơ trước khi quyết định.
- Với những bệnh nhân trường hợp khó, cần được chuẩn bị tâm lý trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Bộ dụng cụ vi phẫu (panh vi mạch, chỉ nối mạch)
- Kính hiển vi phẫu thuật
- Bộ dụng cụ bóc tách vạt
- Máy siêu âm Doppler cầm tay
- Máy hoặc dao lấy da ghép

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 300-480 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Thiết kế vạt da (vạt da có thể là vạt da mang sụn vách ngăn mũi hoặc vạt da nông, cánh tay... tuỳ kỹ thuật).
- Kíp 1: Bóc tách vạt da theo thiết kế, đảm bảo dày, nuôi sống tối đa.

6.2. Bước 2:

- Kíp 2: Chuẩn bị giường nhận: bốc lộ động mạch, tĩnh mạch, làm rãnh đặt vạt.

6.3. Bước 3:

- Sau khi hoàn tất tách vạt, kíp 1 cắt rời vạt, chuyển nhanh lên giường nhận.
- Định hình vành tai theo mẫu đối xứng bên lành.
- Cố định vạt, tiến hành nối mạch vi phẫu dưới kính hiển vi: động mạch - tĩnh mạch.
- Kiểm tra tuần hoàn của vạt.
- Khâu đóng da, băng ép nhẹ, để hở 1 phần vạt để theo dõi

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tuần hoàn vạt: 60 – 120 phút/lần trong 24h đầu, sau đó 3h/lần

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.

-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

- Vạt tím, trắng: xử trí bằng Xylocain; không đỡ → mở kiểm tra nối mạch.

7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử vạt: thay băng, theo dõi, có thể cắt bỏ và lên kế hoạch tái tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery | Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb-and-smiths-plastic-surgery-3467.

2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic-surgery-6-volume-set-9780323810371.html.

3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers, 2017.” Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), Nov. 2017, p. 2201. Crossref, https://doi.org/10.1097/scs.0000000000003977.

196. PHẪU THUẬT LÀM HẸP KHE MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe mắt bị rộng trong các trường hợp dị tật bẩm sinh, sau chấn thương
- Nguyên lý: sử dụng các kỹ thuật tạo hình để đưa khe mi về hình dạng tự nhiên
- Ưu điểm: hồi phục nhanh, có thể áp dụng cho hầu hết các trường hợp.
- Nhược điểm: cần sử dụng kỹ thuật phù hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp khe mi bị rộng do bẩm sinh hoặc thứ phát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Thiết kế kích thước khe mi dự kiến.
- Rạch da mi theo thiết kế

6.2. Bước 2:

- Chuyển vạt, cắt da thừa để tạo hình khe mi tự nhiên.
- Khâu tạo hình dây chằng góc mắt nếu cần.

6.3. Bước 3:

- Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.

- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

197. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NẾP DA GÓC MẮT TRONG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Nếp quạt góc mắt trong (Epicanthus) hay còn gọi là nếp quạt là nếp da đứng dọc, có độ cong ra ngoài nối liền hai nếp mi trên và dưới. Nếp quạt (Epicanthus) xuất hiện trong khoảng từ tháng thứ ba đến tháng thứ sáu của thai kỳ. Ở người châu Âu, nếp này tự biến mất vào thời điểm sinh hoặc chậm nhất là đến tuổi trưởng thành Sự hiện diện của nếp quạt (Epicanthus) ở người châu Âu được xem là dấu hiệu dị tật, nhưng ở người châu Á, ít nhất có 50% cá thể vẫn tồn tại nếp quạt này.
- Nguyên lý: cắt bỏ da và các tổ chức thừa, kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo sự liên tục của nếp mí ở vị trí góc mắt trong.
- Mục đích của kỹ thuật:
+ Lấy bỏ da thừa
+ Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
+ Xóa bỏ nếp da
+ Tạo sự liên tục của nếp mí ở góc mắt trong

2. CHỈ ĐỊNH

Nếp quạt hay nếp da thừa một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa của nếp quạt và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế nếp mí, các vạt, phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi, lệ đạo…

6.5. Bước 5: Xoay các vạt để tạo hình nếp mí, loại bỏ nếp quạt

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.7. Bước 7: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy, còn nếp da thừa... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
2. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
3. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
4. Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.
5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

198. PHẪU THUẬT THỪA DA MI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Thừa da mi hay còn gọi là sa da mi là trường hợp da mi mắt bị chảy xệ quá mức do tích tụ mỡ lâu năm hoặc bị lão hóa do môi trường, tuổi tác làm cho da mi không còn độ đàn hồi nên mi trên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp, làm mất thẩm mỹ, làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt. Phẫu thuật thừa da mi trên nhằm mục dích lấy bỏ da và các tổ chức thừa nhằm cải thiện về mặt thẩm mỹ và đôi khi là chức năng của mi mắt.
- Nguyên lý: cắt bỏ da và các tổ chức thừa, kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới, trẻ hóa đôi mắt.
- Mục đích của kỹ thuật:
+ Lấy bỏ da thừa
+ Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
+ Trẻ hoá mi trên: tạo nếp mí rõ, đều nhằm tăng tính thẩm mỹ
+ Cải thiện tầm nhìn trong trường họp thừa da mi nhiều

2. CHỈ ĐỊNH

- Thừa da mi trên một bên hoặc hai bên
- Thừa da mi trên gây ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng hoặc cả hai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393-410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

199. PHẪU THUẬT TREO CUNG MÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Treo cung mày trong thẩm mỹ, là thủ thuật nhằm để loại bỏ phần da thừa ở phía trên hoặc phía dưới chân mày giúp làm kéo căng vùng da mắt, nâng cao, tạo kiểu dáng của chân mày, nâng cao cung chân mày để hài hòa cũng như trả lại sự tươi trẻ cho gương mặt.
- Nguyên lý: Hai phương pháp treo cung mày chính là treo cung mày bằng chỉ và bằng phẫu thuật.

Treo cung mày bằng chỉ: tác động vào da thông qua những mũi chỉ tiêu có gai, sau đó, luồn qua cơ chân mày để làm kéo căng bề mặt da, khắc phục tình trạng chảy xệ. Tuy nhiên, phương pháp này không được đánh giá cao nếu tình trạng sa trễ nặng bởi tính hiệu quả thấp.

Treo cung mày bằng phẫu thuật: loại bỏ lượng mỡ thừa, cân chỉnh kích thước cho phù hợp khuôn mặt, đồng thời cắt bỏ những da thừa, sau đó cố định lại bằng loại chỉ chuyên dụng.

- Mục đích của kỹ thuật:

Khắc phục tình trạng chân mày thấp hoặc chảy xệ, tạo dáng, nâng cao chân mày giúp gương mặt trông trẻ trung, tươi vui hơn, cải thiện biểu cảm của gương mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sa trễ cung mày một hoặc hai bên
- Các trường hợp bị sa trễ cung mày, da thừa trên hoặc dưới cung mày.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Rối loạn tâm thần
- Viêm nhiễm vùng cung mày

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý yếu liệt cơ trán một hoặc hai bên
- Viêm nhiễm da vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ căng da các loại
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Treo cung mày bằng chỉ

- Vẽ vị trí cung mày, đường hầm luồn chỉ và hướng căng chỉ
- Gây tê tại chỗ
- Luồn chỉ vào lớp mỡ dưới da
- Cân chỉ độ căng của chỉ cho phù hợp
- Cắt chỉ thừa sát da

6.2. Treo cung mày bằng phẫu thuật

- Thiết kế phần da thừa ở trên hoặc dưới cung mày.
- Gây tê tại chỗ
- Rạch da theo thiết kế

- Cắt da thừa để tạo hình cung mày cân đối.
- Lấy bỏ mỡ thừa nếu cần thiết.
- Đóng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: cung mày hai bên không đều, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
4. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
5. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
6. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

200. PHẪU THUẬT THỪA MỠ Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Thừa mỡ ổ mắt là trường hợp tích tụ mỡ quá mức ở túi mỡ mi trên hoặc mi dưới thường do tuổi tác, đồng thời da mi không còn độ đàn hồi nên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp hoặc tạo túi ở mi dưới, làm mất thẩm mỹ, có thể làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt.
- Nguyên lý: lấy bớt mỡ thừa mi trên qua nếp mí hoặc mi dưới qua đường mở dưới bờ mi, có thể lấy kèm da thừa.
- Mục đích:

Tạo sự trẻ hóa cho đôi mắt

Tạo sự cân đối cho mi trên hoặc mi dưới một bên hoặc hai bên

2. CHỈ ĐỊNH

- Thừa mỡ mi trên một bên hoặc hai bên
- Thừa mỡ mi dưới một bên hoặc hai bên
- Thừa mỡ mi kèm theo thừa da một bên hoặc hai bên
- Thừa mỡ mi gây ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng hoặc cả hai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da hoặc phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách, cắt bỏ da thừa nếu có, lấy bỏ mỡ thừa. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm, phù nề tổ chức nhiều, nguy cơ lõm mi dưới, sẹo trễ mi, tổn thương cơ nâng mi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
2. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
3. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
4. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
5. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

201. PHẪU THUẬT TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN]

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí. Nếp mi trên rất quan trọng trong thẩm mỹ và ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Nếp mi trên hiện rõ khi mở mắt và mờ đi khi nhìn xuống. Đối với người Châu Á có khoảng 30-40% không có mắt hai mí rõ ràng
- Nguyên lý: kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới. Có nhiều phương pháp tạo hình nếp mi trên, chia thành 2 loại chính: thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên
- Mục đích của kỹ thuật:

+ Tạo nếp mí cho mi mắt trên hai bên
+ Lấy bỏ các tổ chức thừa như da cơ, mỡ nếu có…

2. CHỈ ĐỊNH

- Không có nếp mi trên, hoặc nếp mi chưa đủ thẩm mỹ một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vị trí nếp mí dự kiến

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi một đoạn, từng đoạn hay toàn bộ chiều dài theo thiết kế tùy kỹ thuật

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Khâu luồn hoặc khâu mở trực tiếp tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ

6.7. Bước 7: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
2. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
3. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.
4. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

202. PHẪU THUẬT KHÂU TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN]

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí. Nếp mi trên rất quan trọng trong thẩm mỹ và ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Nếp mi trên hiện rõ khi mở mắt và mờ đi khi nhìn xuống. Đối với người Châu Á có khoảng 30-40% không có mắt hai mí rõ ràng.
- Nguyên lý: kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới bằng các mũi chỉ khâu luồn.
- Mục đích của kỹ thuật: Tạo nếp mí cho mi mắt trên hai bên

2. CHỈ ĐỊNH

- Không có nếp mi trên, hoặc nếp mi chưa đủ thẩm mỹ một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vị trí nếp mí dự kiến

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi một theo từng nốt nhỏ, 3-5 nốt hoặc hơn tùy theo kỹ thuật

6.4. Bước 4: Khâu luồn dưới da tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.

- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Lộ chỉ khâu. Xử trí: cắt bỏ
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
2. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
3. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
4. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

203. PHẪU THUẬT THỪA DA MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thừa da mi hay còn gọi là sa da mi là trường hợp da mi mắt bị chảy xệ quá mức do tích tụ mỡ lâu năm hoặc bị lão hóa do môi trường, tuổi tác làm cho da mi không còn độ đàn hồi nên mi trên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp, làm mất thẩm mỹ, làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt.
- Nguyên lý: lấy bớt da mỡ thừa mi dưới qua đường mở dưới bờ mi.
- Mục đích của kỹ thuật:
  + Lấy bỏ da thừa
  + Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
  + Trẻ hoá mi trên: tạo nếp mí rõ, đều nhằm tăng tính thẩm mỹ
  + Cải thiện tầm nhìn trong trường hợp thừa da mi nhiều

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp thừa da mỡ mi dưới nhiều, các phẫu thuật sửa chữa cho các lần phẫu thuật trước đó.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

5.1.1 Nhân lực trực tiếp
- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình
- 02 bác sỹ phụ phẫu thuật.
- 01 điều dưỡng dụng cụ;

5.1.2 Nhân lực gián tiếp:
- 01 điều dưỡng chạy ngoài;
- 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2:Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3:Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5:Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393-410, 1985.

4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

7. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.

8. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.

9. Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.

287

10. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

11. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

204. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí.
- Lật mi là tình trạng bờ mi lật ra ngoài không áp vào nhãn cầu gây ra chảy nước mắt vì điểm lệ không thực hiện được vai trò dẫn thoát nước mắt và mắt kích thích do hở lộ kết mạc, giác mạc kèm theo.
- Lật mi lâu ngày dẫn đến tình trạng kết mạc viêm, sừng hoá và nặng hơn là loét giác mạc thủng nhãn cầu nếu không được điều trị kịp thời. Lật mi thường hay gặp ở mi dưới nhưng có một số trường hợp lật mi gặp ở mi trên và lật bẩm sinh ở những trẻ em mắc các hội chứng có biến đổi gen (hội chứng Down, hội chứng Treacher Collins...).
- Nguyên nhân gây lật mi rất phức tạp và đa dạng với nhiều hình thái như do nhão cơ ở người già, sẹo sau sau phẫu thuật hay chấn thương mi mắt hay do các nguyên nhân cơ học như: u mi mắt. Liệt dây thần kinh số VII cũng là nguyên nhân thường gặp.
- Lật mi ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và thẩm mỹ của mắt. Lật mi thường được bệnh nhân phát hiện tương đối sớm do chảy nước mắt kèm theo cộm, đỏ mắt gây ra, ảnh hưởng đến cuộc sống và sinh hoạt. Lật mi ra ngoài cũng khiến cho bệnh nhân cảm thấy không hài lòng với thẩm mỹ khuôn mặt, bệnh nhân cảm thấy mất tự tin khi giao tiếp.
- Biến chứng lâu dài của lật mi cũng rất nghiêm trọng do ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng thị giác của mắt. Do không nhắm kín mắt nên phần nhãn cầu bên trong có thể thể tiếp xúc với các tác nhân bên ngoài gây ra các hiện tượng khô mắt, viêm kết mạc, loét giác mạc, nặng hơn nữa có thể dẫn đến mù loà. Do đó việc khám phát hiện sớm và điều trị lật mi là rất quan trọng.
- Mục đích kỹ thuật: sử dụng các vạt phần mềm dạng vạt ngẫu nhiên kéo dài mở rộng điều trị mí dưới bị lật, co rút.

2. CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp lộn mi dưới do sẹo mi, do liệt dây VII, do tuổi già, biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 Bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vạt cuống ngẫu nhiên (vạt da , vạt da cân)

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi theo thiết kế, bóc tách bờ mi dưới đưa bờ mi dưới về vị trí giải phẫu thông thường

6.4. Bước 4: Khâu cò mi tạm thời
6.5. Bước 5: Chuyển vạt, cắt da thừa, sẹo xơ, giải phóng các chỗ dính sao cho bờ mi trở về giải phẫu bình thường.
6.6. Bước 6: Đóng vạt và nơi cho vạt
6.7. Bước 7: Mỡ kháng sinh. Băng ép vết mổ.
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
7. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.
8. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
9. Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.
287
10. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
11. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

205. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tái tạo lại tổn khuyết từng phần môi do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, …) bằng vạt tại chỗ.
- Môi có cấu trúc đặc biệt gồm phần môi trắng và môi đỏ, môi đỏ gồm môi khô và môi ướt nên trong nguyên tắc tạo hình lưu ý các cấu trúc tương ứng để tái tạo tổn khuyết.
- Mục đích kỹ thuật: Tái tạo khuyết hổng môi bằng các tổ chức phần mềm lân cận

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết một phần của môi trên hoặc môi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng cao huyết áp đái đường, đa chấn thương
- Mắc các vấn đề về tâm lý
- Nhiễm trùng nặng da tại chỗ vùng môi
- Tổn khuyết quá rộng
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý toàn thân, tâm thần không đủ điều kiện phẫu thuật
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm khuyết vùng môi, tiền sử phẫu thuật, xạ trị, đo kích thước khuyết hổng và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây mê và gây tê

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương ở môi trên hay môi dưới mà ta sử dụng các vạt tại chỗ khác nhau (Vạt đẩy Webter, vạt chuyển rãnh mũi má, vạt Abbe…)

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt

6.3. Bước 3: Gây tê tại chỗ có pha Adrenalin 1/200000

6.4. Bước 4: Bóc vạt

6.5. Bước 5: Chuyển đến nơi nhận

6.6. Bước 6: Đóng theo các lớp giải phẫu.

6.7. Bước 7: Băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...
- Theo dõi tình trạng tri giác, vết mổ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Theo dõi vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ vạt. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt: cắt bỏ hoại tử, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo (tiêm sẹo, laser, cắt sẹo…)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
2. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
3. Sanniec, Kyle, et al. “Simplifying Lip Reconstruction: An Algorithmic Approach.” Seminars in Plastic Surgery, vol. 32, no. 02, Georg Thieme Verlag KG, May 2018, pp. 069–74. Crossref, https://do1. org/10.1055/s- 0038- 1645882.

206. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/3 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: là phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết 1/3 vành tai do nhiều nguyên nhân khác nhau(chấn thương, bệnh lý, …), chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết. Vành tai là cấu trúc 3D giải phẫu đặc biệt gồm sụn vành tai và da che phủ, việc tạo hình cần đạt được cấu trúc và hình thể thẩm mỹ.
- Nguyên lý: Sử dụng vạt tại chỗ để che phủ phần khuyết 1/3 vành tai
- Mục đích: Che phủ kín phần khuyết 1/3 vành tai

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết 1/3 vành tai do nhiều nguyên nhân (chấn thương, bệnh lý).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân phối hợp nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 02 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocaine - adrenaline, betadine 10%
- Nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cá nhân
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật tai trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vùng tổn khuyết (mép vết mổ, tình trạng bẩn – sạch).
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Điều trị ổn định các bệnh lý nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu).
- Vệ sinh vùng phẫu thuật và vệ sinh toàn thân.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 – 120 phút (1,5 – 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê nội khí quản, đặt ống giữa miệng hàm dưới.

Gây mê nội khí quản hoặc tê vùng nếu vết thương đơn giản.

6.1 Bước 1: Sát khuẩn quanh vùng vành tai cần tạo hình

6.2 Bước 2: Thiết kế vạt tại chỗ, bóc rộng tổ chức xung quanh, tái tạo cấu trúc sụn và da tương ứng.

6.3 Bước 3: Cần thiết lấy sụn để tạo hình từ những vùng có thể lấy sụn (sụn sườn, tai bên đối diện).

6.4 Bước 4: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết.

6.5 Bước 5: Đóng vết mổ.

6.6 Bước 6: Khung tai cố định bằng silicone.

6.7 Bước 7: Băng vết mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2, hô hấp, tình trạng vết mổ, thay băng hàng ngày, theo dõi vạt hàng ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and-smiths-plastic- surgery- 3467.

2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic-surgery-6-volume- set- 9780323810371.html.

3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers, 2017.” Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2017, p. 2201. Crossref, https://do1. org/10.1097/scs.0000000000003977.

207. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/2 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết 1/2 vành tai do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, …), chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết.
- Nguyên lý: Vành tai là cấu trúc 3D giải phẫu đặc biệt gồm sụn vành tai và da che phủ, việc tạo hình cần đạt được cấu trúc và hình thể thẩm mỹ.
- Mục đích: che phủ vùng sụn hở, phục hồi thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có khuyết 1/2 vành tai có nhu cầu phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vạt tại chỗ, bóc rộng tổ chức xung quanh, tái tạo cấu trúc sụn và da tương ứng.

6.2. Bước 2: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết

6.3. Bước 3: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

6.4. Bước 4: Băng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers, 2017.” Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2017, p. 2201. Crossref, https://do1. org/10.1097/scs.0000000000003977.

208. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/4 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết 1/4 vành tai do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, ...), chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết.
- Mục đích: nhằm phục hồi phần khuyết 1/4 vành tai, đạt tính thẩm mỹ, phù hợp khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết 1/4 vành tai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Nhiễm trùng vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa

- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Sát khuẩn, trải toan

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt tại chỗ, bóc rộng tổ chức xung quanh, tái tạo cấu trúc sụn và da tương ứng

6.3. Bước 3: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết

6.4. Bước 4: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu. Băng vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery | Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers,

2017." Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2017, p. 2201. Crossref, https://do1. org/10.1097/scs.0000000000003977.

209. PHẪU THUẬT TẠO VẠT LÂN CẬN ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lộn mi dưới là tình trạng kết mạc mi lộn ra ngoài do liệt cơ vòng mi với kết hợp giãn dây chằng ngoài và lỏng lẻo tổ chức.
- Có nhiều phương pháp điều trị lộn mi tùy theo mức độ. Phương pháp tạo vạt lân cận dùng cho lộn mi mức độ trung bình và nặng, là những vạt có cuống mạch có thể bóc rời cuống mạch.
- Mục đích kỹ thuật: sử dụng các vạt phần mềm dạng vạt có cuống mạch gần vị trí mi mắt để kéo dài mở rộng cho điều trị mí dưới bị lật, co rút.

2. CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp lộn mi dưới do sẹo mi, do liệt dây VII, do tuổi già, biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 Bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật.Trải tấm vải (vô khuẩn) có lỗ phủ vùng mổ.

6.2. Bước 2: Rạch da dài 1,5cm theo đường nếp da từ góc ngoài mắt

6.3. Bước 3: Bóc tách mi dưới

- Phẫu tích đưa bờ mi về đúng vị trí giải phẫu

6.4. Bước 4: Khâu cò mi mắt

- Đo kích thước khuyết hổng phần mềm mi dwowic sau khi khâu cò mi

6.5. Bước 5: Thiết kế vạt: Lựa chọn các vạt sau: Vạt da mi mắt trên, vạt trán, vạt từ cuống mạch thái dương nông, vạt rãnh mũi má cuống trên…

- Bóc vạt theo thiết kế
- Đưa vạt đến tổn khuyết mi dưới

6.6. Bước 6: Đóng vạt và nơi cho vạt

- Mỡ kháng sinh. Băng ép vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive-Surgery/9781604068481.
2. Freitag, Suzanne K., et al. Eyelid Reconstruction. 2020.
3. Hakim, Farida, and Paul O. Phelps. “Entropion and Ectropion.” Disease- a- Month, vol. 66, no. 10, Elsevier BV, Oct. 2020, p. 101039. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.disamonth.2020.101039.

210. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI NHỎ HƠN 1 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vạt tại chỗ che phủ các khuyết phần mềm mũi nhỏ hơn 1cm2 do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, bẩm sinh…).
- Phục hồi đầy đủ các cấu trúc phần mềm vùng mũi, đảm bảo chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết phần mềm vùng mũi nhỏ hơn 1 cm^2.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn khuyết, đo kích thước khuyết hổng, xác định kích thước dưới 1 cm^2

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương nếu cần

6.3. Bước 3: Bóc lân cận (vạt rãnh mũi má, vạt trán..)

6.4. Bước 4: Tạo hình phục hồi cấu trúc của mũi. (nếu cần thì lấy sụn tai để ghép)

6.5. Bước 5: Băng vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Larrabee, Wayne F., et al. Principles of Facial Reconstruction: A Subunit Approach to Cutaneous Repair. Thieme New York, 2021.

3. Oyer, Samuel L., editor. Partial to Total Nasal Reconstruction, an Issue of Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 2024.

211. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MŨI LỚN HƠN 1 CM²

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vạt tại chỗ che phủ các khuyết phần mềm mũi lớn hơn 1cm2 do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, bẩm sinh…).
- Mục đích: phục hồi các tổn khuyết, đảm bảo đầy đủ các cấu trúc tương ứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết phần mềm vùng mũi lớn hơn 1 cm2.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn khuyết, đo kích thước khuyết hổng, xác định kích thước lớn hơn 1cm^2

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương nếu cần

6.3. Bước 3: Bóc lân cận (vạt rãnh mũi má, vạt trán ...)

6.4. Bước 4: Tạo hình phục hồi cấu trúc của mũi (nếu cần thì lấy sụn tai để ghép)

6.5. Bước 5: Băng vết mổ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Larrabee, Wayne F., et al. Principles of Facial Reconstruction: A Subunit Approach to Cutaneous Repair. Thieme New York, 2021.

3. Oyer, Samuel L., editor. Partial to Total Nasal Reconstruction, an Issue of Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 2024.

212. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tái tạo lại tổn khuyết từng phần môi do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, …) bằng vạt lân cận.
- Môi có cấu trúc đặc biệt gồm phần môi trắng và môi đỏ, môi đỏ gồm môi khô và môi ướt nên trong nguyên tắc tạo hình lưu ý các cấu trúc tương ứng để tái tạo tổn khuyết.
- Mục đích kỹ thuật: sử dụng các vạt phần mềm dạng vạt có cuống mạch gần vị trí môi để che phủ vùng khuyết hổng môi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết một phần của môi trên hoặc môi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng cao huyết áp đái đường, đa chấn thương
- Mắc các vấn đề về tâm lý
- Nhiễm trùng nặng da tại chỗ vùng môi
- Tổn khuyết quá rộng
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 Bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương ở môi trên hay môi dưới mà ta sử dụng các vạt tại chỗ khác nhau (Vạt đẩy Webter, vạt chuyển rãnh mũi má, vạt Abbe, vạt dưới cằm, vạt thượng đòn…).

6.2. Bước 2: Đo kích thước khuyết hổng cần che phủ

6.3. Bước 3: Thiết kế vạt theo kích thước khuyết hổng và loại vạt lựa chọn

- Bóc vạt đến cuống mạch nuôi vạt
- Chuyển vạt đến nơi nhận

6.4. Bước 4: Đóng vạt và nơi cho vạt theo các lớp giải phẫu.

- Nơi cho vạt có thể cần ghép da

6.5. Bước 5: Băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng tri giác, vết mổ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Theo dõi vạt

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt: Cắt lọc hoại tử hoặc tháo bỏ vạt, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Larrabee, Wayne F., et al. Principles of Facial Reconstruction: A Subunit Approach to Cutaneous Repair. Thieme New York, 2021.

3. Lu, Guanning Nina, and Shaun C. Desa1. “Lip Reconstruction: Primary Full Thickness Closure and Superficial Partial Thickness Closure.” Operative Techniques in Otolaryngology- Head and Neck Surgery, vol. 31, no. 1, Elsevier BV, Mar. 2020, pp. 2–9. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.otot.2019.12.002.

213. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U MI MẮT NHỎ HƠN 1 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Các khôi u vùng mi mắt thường là các khối u phần mềm từ da hoặc tuyến phụ thuộc da, khối u có thể lành tính hoặc ác tính.
- Phụ thuộc vào tính chất của khối u các bác sỹ sẽ có kế hoạch cắt u và tạo hình sau cắt u.
- Mục đích kỹ thuật: Phẫu thuật cắt u mi mắt nhỏ hơn 1 cm, đóng trực tiếp hoặc chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi mắt nhỏ hơn 1cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, loét giác mạc, tiền sử xạ trị
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Thiết kế đường cắt u

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Cắt u. Gửi giải phẫu bệnh tức thì

6.4. Bước 4: Cắt theo phương Mohs nếu giải phẫu bệnh nghi ngờ u ác tính

6.5. Bước 5: Chuyển hướng các vết mổ vùng mi bằng các vạt tại chỗ, vạt dồn đẩy

6.6. Bước 6: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết lớn ở góc mắt nếu không đóng trực tiếp được.

6.7. Bước 7: Đóng vết mổ. Băng vết mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tri giác, vết mổ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Theo dõi vạt

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sẹo xấu, sẹo lồi, co kéo, trễ mi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo, massage sẹo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop." Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive-Surgery/9781604068481.
2. Freitag, Suzanne K., et al. Eyelid Reconstruction. 2020.
3. Iglesias, M. E., et al. "Oncologic Surgery of the Eyelid and Orbital Region." Actas Dermo- Sifiliográficas (English Edition), vol. 106, no. 5, Elsevier BV, June 2015, pp. 365–75. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.adengl.2015.04.002.
4. Sundar, Gangadhara, and Fairooz P. Manjandavida. "Excision of Eyelid Tumors: Principles and Techniques." Excision of Eyelid Tumors: Principles and Techniques |SpringerLink, 4 Oct. 2019, https://do1. org/10.1007/978- 3- 030- 18757- 6_3.
5. Irawati, Yunia, et al. "Challenging Eyelid Reconstruction in Malignancies: Case Reports." Annals of Medicine and Surgery, vol. 71, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2021, p. 102987. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.amsu.2021.102987.

214. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U MI MẮT LỚN HƠN 1 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U mi mắt có kích thước > 1 cm thường lành tính (u tuyến bã, papilloma, nang bì…) hoặc ác tính (carcinoma tế bào đáy, carcinoma tế bào vảy, u tuyến bã ác tính). Kích thước lớn gây biến dạng mi, ảnh hưởng chức năng bảo vệ nhãn cầu, có thể xâm lấn kết mạc, giác mạc hoặc hốc mắt.

Nguyên lý: Cắt bỏ triệt để khối u kèm diện an toàn, sau đó tái tạo lại mi mắt bằng các kỹ thuật ghép hoặc vạt tại chỗ để phục hồi cả chức năng và thẩm mỹ.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn khối u, hạn chế tái phát.
- Phục hồi cấu trúc và chức năng mi mắt.
- Bảo tồn nhãn cầu và giác mạc.
- Đảm bảo thẩm mỹ vùng mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- U mi mắt ≥ 1 cm gây biến dạng hoặc ảnh hưởng chức năng nhắm mở mắt.
- U nghi ngờ ác tính cần phẫu thuật triệt để và làm giải phẫu bệnh.
- U tái phát sau các biện pháp điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính vùng mắt, mi mắt.
- Người bệnh không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- U lan rộng không thể cắt bỏ triệt để → cần phối hợp xạ trị, hóa trị.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch).
- U xâm lấn giác mạc, lệ đạo hoặc hốc mắt → cần hội chẩn đa chuyên khoa.
- Tái tạo mi mắt phải tính toán để không gây hở mi hoặc biến dạng chức năng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu cỡ nhỏ.
- Dao điện, bipolar cầm máu.
- Dụng cụ tái tạo mi (vạt, ghép sụn, ghép da).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của u.
- Chụp hình ảnh bổ sung (CT/MRI) khi cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu diện cắt, đảm bảo diện an toàn ≥ 3–5 mm quanh u (nếu nghi ngờ ác tính).

6.2. Bước 2:. Cắt bỏ toàn bộ u kèm mô lành.

6.3. Bước 3: Cầm máu kỹ

6.4. Bước 4: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.5. Bước 5:

Nếu khuyết < 1/3 chiều dài mi: khâu trực tiếp theo lớp giải phẫu (kết mạc – sụn – da).
Nếu khuyết 1/3–2/3: dùng vạt trượt, vạt xoay hoặc ghép sụn niêm mạc.
Nếu khuyết > 2/3: cần kỹ thuật ghép vạt phức hợp (Hughes flap, Cutler-Beard flap).

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi kết mạc, sụn mi, da bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.
Đặt mỡ kháng sinh tại chỗ.
Băng ép vô trùng.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Hình thái và chức năng mi mắt.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương giác mạc, kết mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu khi cần.
- Hở mi, trợn mi, hở giác mạc: có thể phải phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, biến dạng bờ mi.
- Tái phát u (nhất là ác tính).
- Không cân xứng khe mi, cần tái tạo bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the eyelid and periorbital region. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

215. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U bờ mi có thể lành tính (u tuyến bã, u tuyến mồ hôi, nang bì, papilloma…) hoặc ác tính (carcinoma tế bào đáy, carcinoma tế bào vảy). Các khối u này gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến chức năng bảo vệ nhãn cầu, có thể xâm lấn kết mạc, giác mạc hoặc hốc mắt.

Nguyên lý: Cắt bỏ toàn bộ khối u, kèm theo một phần tổ chức lành xung quanh (nếu nghi ngờ ác tính), đồng thời tái tạo bờ mi nhằm phục hồi chức năng nhắm mở mắt và đảm bảo thẩm mỹ.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn khối u, hạn chế tái phát.
- Phục hồi giải phẫu bờ mi.
- Bảo tồn chức năng bảo vệ nhãn cầu.
- Đảm bảo kết quả thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính bờ mi gây biến dạng, ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ.
- U nghi ngờ ác tính bờ mi.
- U bờ mi tái phát sau điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt.
- Người bệnh không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- U lan rộng không còn chỉ định phẫu thuật triệt để, cần phối hợp xạ trị/hóa trị.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch).
- Khối u lan rộng vào giác mạc hoặc hốc mắt → cần hội chẩn đa chuyên khoa.
- Chú ý bảo tồn hàng lông mi và bờ mi khi có thể.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu cỡ nhỏ.
- Dụng cụ cầm máu (dao điện, bipolar).
- Kính lúp/vi phẫu để khâu phục hồi bờ mi.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của u.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Đánh dấu diện cắt quanh u, đảm bảo diện an toàn.

6.2. Bước 2: Cắt bỏ toàn bộ khối u kèm một phần mô lành xung quanh (nếu u ác tính).

6.3. Bước 3: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.4. Bước 4: Cầm máu kỹ.

6.5. Bước 5:

Nếu khuyết < 1/3 chiều dài bờ mi: khâu trực tiếp theo lớp giải phẫu (kết mạc – sụn mi – da).

Nếu khuyết lớn hơn: sử dụng vạt xoay, vạt cầu hoặc ghép sụn/niêm mạc để tái tạo bờ mi.

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi kết mạc, sụn mi và da bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.
Đặt mỡ kháng sinh tại chỗ.
Băng ép vô trùng.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Hình thái và chức năng bờ mi.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương giác mạc, kết mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hở mi, trợn mi, khe mi hở: cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo bờ mi.
- Tái phát u (nhất là u ác tính).
- Lệch, biến dạng bờ mi → cần phẫu thuật tái tạo bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the eyelid and periorbital region. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

216. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U GÓC MẮT TRONG

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U góc mắt trong có thể lành tính (u nang bì, u tuyến lệ phụ, u mỡ) hoặc ác tính (carcinoma, melanoma…). Khối u thường gây biến dạng góc mắt, ảnh hưởng thẩm mỹ, có thể làm lệch khe mi, chảy nước mắt, thậm chí xâm lấn hệ thống lệ hoặc hốc mắt.

Nguyên lý: Cắt bỏ triệt để khối u, kèm một phần tổ chức lành xung quanh nếu cần, sau đó tái tạo lại góc mắt trong và đảm bảo sự lưu thông của hệ thống lệ.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn khối u, hạn chế tái phát.
- Bảo tồn chức năng lệ đạo và nhãn cầu.
- Phục hồi giải phẫu, thẩm mỹ vùng góc mắt trong.

2. CHỈ ĐỊNH

- U góc mắt trong lành tính hoặc ác tính có chỉ định phẫu thuật.
- Khối u gây biến dạng khe mi, ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ.
- U nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ để làm giải phẫu bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt, kết mạc.
- Bệnh toàn thân nặng không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Khối u lan rộng, không còn chỉ định phẫu thuật triệt để (cần phối hợp xạ trị, hóa trị).

4. THẬN TRỌNG

- U liên quan đến hệ thống lệ đạo → cần hội chẩn chuyên khoa mắt.
- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, tim mạch).
- Tổn thương gần thần kinh, mạch máu quan trọng cần phẫu thuật viên kinh nghiệm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mắt – tạo hình.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu cỡ nhỏ.
- Dụng cụ thăm dò và bảo vệ lệ đạo.
- Dao điện, bipolar cầm máu.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá kích thước, ranh giới, mức độ xâm lấn của u.
- Chụp hình ảnh (siêu âm, CT, MRI) khi cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Đường rạch da theo nếp tự nhiên vùng góc mắt trong.

6.2. Bước 2: Bóc tách bộc lộ khối u.

6.3. Bước 3: Cắt bỏ toàn bộ khối u, kèm theo một phần tổ chức lành nếu nghi ngờ ác tính.

6.4. Bước 4: Nếu liên quan lệ đạo: đặt ống thông hoặc tạo hình lệ đạo bảo tồn lưu thông.

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ.

6.6. Bước 6: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi dây chằng góc mắt trong (nếu bị tổn thương).

6.8. Bước 8: Sử dụng vạt da, ghép da hoặc kỹ thuật Z-plasty/W-plasty khi cần để che phủ.

6.9. Bước 9: Khâu cân, da từng lớp bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: tình trạng chảy máu, phù nề.
- Độ mở khe mi, chức năng lệ đạo.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương hệ thống lệ đạo → tái tạo hoặc đặt ống thông.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc → xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu khi cần.
- Biến dạng góc mắt trong: có thể phải phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, biến dạng góc mắt.
- Hẹp hoặc tắc lệ đạo.
- Tái phát u (nhất là ác tính).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the medial canthus: management and reconstruction. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

217. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U GÓC MẮT NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U góc mắt ngoài có thể lành tính (u mỡ, u biểu mô, nang bì…) hoặc ác tính (u tuyến bã, carcinoma…). Các khối u này gây biến dạng góc mắt, ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng bảo vệ nhãn cầu, thậm chí có nguy cơ xâm lấn tổ chức lân cận.

Nguyên lý: Phẫu thuật cắt bỏ triệt để khối u, giải phóng tổ chức xung quanh, đồng thời tạo hình lại góc mắt ngoài nhằm phục hồi thẩm mỹ và chức năng.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn tổ chức u.
- Ngăn ngừa tái phát.
- Phục hồi giải phẫu và thẩm mỹ góc mắt ngoài.
- Bảo tồn chức năng thị giác.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính hoặc ác tính vùng góc mắt ngoài có chỉ định phẫu thuật.
- Khối u gây biến dạng mi mắt, hạn chế chức năng nhãn cầu.
- U nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ làm giải phẫu bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt, kết mạc.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- U lan rộng không còn chỉ định phẫu thuật triệt để → cần phối hợp điều trị khác (xạ trị, hóa trị).

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, bệnh tim mạch).
- U gần thần kinh, mạch máu quan trọng → cần phẫu thuật viên kinh nghiệm.
- Tổn thương phối hợp giác mạc, kết mạc cần hội chẩn chuyên khoa mắt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Kính lúp phẫu thuật.
- Miếng silicone bảo vệ mắt
- Dụng cụ vén mi
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá kích thước, vị trí, ranh giới khối u.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc mê toàn than.

6.1. Bước 1: Đường rạch da theo nếp da tự nhiên góc mắt ngoài.

6.2. Bước 2: Bóc tách bộc lộ khối u.

6.3. Bước 3: Cắt trọn u cùng một phần tổ chức lành xung quanh (nếu u ác tính).

6.4. Bước 4: Cầm máu kỹ.

6.5. Bước 5: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.6. Bước 6:

Nếu khuyết nhỏ: khâu trực tiếp.

Nếu khuyết lớn: dùng vạt da tại chỗ, ghép da, ghép niêm mạc hoặc canthoplasty để tái tạo góc mắt ngoài.

6.7. Bước 7: Khâu cân cơ và da từng lớp bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Hình dạng khe mi và góc mắt ngoài.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hở mi, trợn mi hoặc biến dạng góc mắt ngoài: có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo.
- Tái phát u (đặc biệt u ác tính).
- Góc mắt ngoài không cân xứng hai bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the eyelid and periorbital region. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

218. PHẪU THUẬT GHÉP SỤN MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Ghép sụn mi mắt là phẫu thuật sử dụng mảnh sụn (thường lấy từ sụn mi đối bên, sụn tai hoặc sụn vách mũi) để tái tạo lại cấu trúc sụn mi trong trường hợp mất đoạn, khuyết hổng do chấn thương, u, bỏng, hoặc di chứng phẫu thuật.

Nguyên lý: Cắt ghép một phần sụn có độ cong, độ dày phù hợp, khâu ghép vào vị trí khuyết để tái tạo độ vững chắc, hình dạng và chức năng của mi mắt.

Mục đích:

- Tái tạo khung nâng đỡ mi mắt.
- Khôi phục chức năng bảo vệ giác mạc.
- Đảm bảo độ cong, độ chắc và thẩm mỹ của mi mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hổng sụn mi mắt do chấn thương, cắt u.
- Dị tật bẩm sinh hoặc bất thường sụn mi.
- Sẹo co kéo làm mất độ vững của mi mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch).
- Cần cân nhắc lựa chọn vị trí lấy sụn (tai, vách mũi, mi đối bên) sao cho giảm tối thiểu biến chứng.
- Đảm bảo che phủ tốt mảnh ghép để tránh lộ sụn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Dụng cụ lấy sụn (dụng cụ lấy sụn tai, vách mũi). - Kính lúp phẫu thuật.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, khám chuyên khoa mắt.
- Đánh giá tổn khuyết sụn mi, kích thước và vị trí.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chọn vị trí lấy sụn: mi đối bên, sụn vành tai, sụn vách mũi.

- Lấy mảnh sụn có kích thước và độ cong phù hợp.
- Xử lý, tạo hình mảnh sụn theo khuyết hổng.

6.2. Bước 2: Bộc lộ khuyết sụn mi mắt.

- Cắt lọc mô xơ sẹo, tạo rìa ghép vững chắc.
- Đặt mảnh sụn vào vị trí khuyết.

6.3. Bước 3:

- Khâu cố định sụn với mô xung quanh bằng chỉ không tiêu.
- Đảm bảo mảnh ghép khít, che phủ tốt bởi tổ chức mềm.

6.4. Bước 4:

- Khâu phục hồi cân, da và niêm mạc theo lớp.
- Băng ép vô trùng.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, sinh hiệu.
- Tình trạng vết mổ, che phủ mảnh ghép.
- Chức năng đóng mở mi mắt.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, có thể phải lấy bỏ mảnh ghép.
- Lệch, di lệch mảnh ghép: phẫu thuật chỉnh sửa.
- Hở mảnh ghép: bổ sung che phủ niêm mạc/da.

7.4. Biến chứng muộn

- Teo, tiêu sụn.
- Biến dạng, co kéo mi.
- Sẹo xấu ảnh hưởng thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Dortzbach RK, Woog JJ. Use of tarsoconjunctival grafts in eyelid reconstruction. Arch Ophthalmol, 1985.

219. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KÉO GẦN HAI HỐC MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật kéo gần hai hốc mắt (correction of orbital hypertelorism) là phẫu thuật sọ mặt nhằm đưa hai hốc mắt lại gần nhau, áp dụng trong trường hợp khoảng cách hai hốc mắt quá xa (hypertelorism). Đây là dị tật bẩm sinh hiếm gặp, thường đi kèm với các bất thường sọ mặt khác.

Nguyên lý: Cắt rời khối xương hốc mắt – mũi, di chuyển vào trong và cố định lại nhằm giảm khoảng cách liên hốc mắt, phục hồi hình thể sọ mặt và thẩm mỹ.

Mục đích:

- Giảm khoảng cách hai hốc mắt về mức sinh lý.
- Đảm bảo cân đối, hài hòa khuôn mặt.
- Bảo tồn và cải thiện chức năng thị giác.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho các phẫu thuật sọ mặt tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tật hốc mắt xa bẩm sinh mức độ vừa và nặng.
- Khoảng cách liên hốc mắt lớn gây ảnh hưởng thẩm mỹ, tâm lý xã hội.
- Dị tật sọ mặt phối hợp cần phẫu thuật chỉnh hình.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật lớn.
- Nhiễm trùng vùng sọ mặt chưa kiểm soát.
- Trẻ nhỏ (< 5 tuổi), xương sọ chưa phát triển ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có dị tật sọ não phối hợp (não úng thủy, khe hở sọ mặt).
- Bệnh toàn thân mạn tính (tim bẩm sinh, rối loạn đông máu).
- Cần hội chẩn đa chuyên khoa: sọ mặt, mắt, thần kinh, gây mê hồi sức.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ mặt – tạo hình.
- Bộ khoan cắt xương sọ mặt.
- Nẹp, vít titan cố định xương.
- Bộ dụng cụ vi phẫu (nếu cần).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Chụp CT sọ mặt dựng hình 3D để đo khoảng cách hốc mắt và lên kế hoạch cắt xương.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ (cạo tóc sạch) và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch

- Tê tại chỗ
- Rạch da theo đường bicoronal, bộc lộ trán, ổ mắt.

6.2. Bước 2: Thực hiện kỹ thuật box osteotomy hoặc facial bipartition.

6.3. Bước 3: Giải phóng khối xương hốc mắt – mũi.

- Đưa hai hốc mắt vào trong, điều chỉnh khoảng cách liên hốc mắt.
- Đảm bảo cân đối, đối xứng hai bên.

6.4. Bước 4: Cố định khối xương bằng nẹp, vít titan.

- Có thể ghép xương tự thân/đồng loại che phủ khuyết hổng.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi cân, cơ, da.

- Đặt dẫn lưu khi cần.

- Băng ép vùng sọ mặt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Vết mổ: tình trạng chảy máu, phù nề.
- Thị lực, vận động nhãn cầu.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu nhiều: xử trí cầm máu, truyền máu.
- Tổn thương thần kinh thị giác, thần kinh sọ: xử trí chuyên khoa.
- Rò dịch não tủy: khâu kín màng cứng, dẫn lưu.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não: điều trị kháng sinh, hồi sức.
- Lệch trục nhãn cầu, song thị: theo dõi, có thể phẫu thuật chỉnh sửa.
- Hoại tử da, sẹo xấu: xử trí bằng chăm sóc tại chỗ hoặc tạo hình bổ sung.

7.4. Biến chứng muộn

- Tái phát hốc mắt xa.
- Bất đối xứng khuôn mặt.
- Ảnh hưởng phát triển sọ mặt ở trẻ em.
- Cần phẫu thuật bổ sung nhiều thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tessier P. Orbital hypertelorism: surgical treatment. Plast Reconstr Surg, 1973.
- Whitaker LA, Bartlett SP. Surgical treatment of orbital hypertelorism. Clin Plast Surg, 1987.
- Fearon JA. Treatment of orbital hypertelorism: modern modifications. Plast Reconstr Surg, 2001.
- Posnick JC. Craniofacial and Maxillofacial Surgery in Children and Young Adults. Saunders, 2000.

220. PHẪU THUẬT TÁI TẠO GÓC MẮT TRONG

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Tái tạo góc mắt trong là phẫu thuật nhằm phục hồi hình dạng và chức năng của góc mắt trong sau dị tật bẩm sinh (như nếp quạt – epicanthus), chấn thương, bỏng hoặc di chứng phẫu thuật/u vùng góc mắt. Biến dạng góc mắt trong có thể gây lệch khe mi, hẹp khe mi, mất cân đối khuôn mặt và ảnh hưởng thẩm mỹ.

Nguyên lý: Cắt bỏ mô sẹo hoặc nếp bất thường, thiết kế và chuyển vạt da/niêm mạc theo hình Z, W hoặc Y-V để tạo hình lại góc mắt trong, đồng thời tái tạo dây chằng góc mắt trong nếu cần.

Mục đích:

- Khôi phục giải phẫu góc mắt trong.
- Tạo sự cân đối hai mắt và khuôn mặt.
- Giữ hoặc cải thiện chức năng bảo vệ nhãn cầu.
- Đảm bảo kết quả thẩm mỹ lâu dài.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật bẩm sinh: nếp quạt (epicanthus), khe mi trong bất thường.
- Di chứng chấn thương, bỏng vùng góc mắt trong gây biến dạng.
- Sẹo co kéo vùng góc mắt trong.
- Tạo hình góc mắt trong kết hợp phẫu thuật khe hở mi mắt, dị tật sọ mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi, kết mạc.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có sẹo phức tạp vùng quanh mắt, cần kết hợp nhiều kỹ thuật tạo hình.
- Tổn thương phối hợp hệ thống lệ → cần hội chẩn chuyên khoa mắt.
- Cần tính toán kỹ để tránh hẹp khe mi hoặc lệch trục khe mi sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Dao điện, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Dụng cụ thiết kế và cắt vạt da (Z-plasty, W-plasty, Y-V).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, chuyên khoa mắt.
- Đánh giá khe mi, khoảng cách hai mắt, tình trạng góc mắt trong, hệ thống lệ.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường rạch da theo thiết kế Z-plasty, W-plasty hoặc Y-V.

6.2. Bước 2: Tiến hành rạch da theo đường đã vẽ

6.3. Bước 3: Giải phóng mô sẹo hoặc nếp quạt bất thường.

Nếu cần, tái tạo dây chằng góc mắt trong và cố định vào mào lệ trong.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt da/niêm mạc theo thiết kế để tái tạo khe mi và góc mắt trong.

6.5. Bước 5: Khâu cân, da bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

Khâu da vết rạch theo lớp.

Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Khe mi, vị trí góc mắt trong.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương hệ thống lệ → hội chẩn chuyên khoa mắt, xử trí phù hợp.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Phù nề, tụ máu: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hẹp khe mi hoặc góc mắt trong lệch → có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo, tái phát nếp quạt.
- Góc mắt trong không cân xứng.
- Ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng → phẫu thuật sửa chữa bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Tessier P. Epicanthus correction. Plast Reconstr Surg, 1984.

221. PHẪU THUẬT TÁI TẠO GÓC MẮT NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Tái tạo góc mắt ngoài là phẫu thuật nhằm phục hồi lại vị trí, hình dạng và chức năng của góc mắt ngoài sau các tổn thương, dị tật bẩm sinh hoặc di chứng phẫu thuật. Dị tật góc mắt ngoài có thể gây bất đối xứng hai mắt, ảnh hưởng thẩm mỹ, chảy nước mắt, trợn mi hoặc hở mi.

Nguyên lý: Giải phóng mô sẹo hoặc dị dạng tại góc mắt ngoài, định vị lại dây chằng góc mắt ngoài (lateral canthal tendon) và tái tạo bờ mi bằng khâu cố định vào vị trí giải phẫu bình thường hoặc sử dụng ghép/vạt che phủ.

Mục đích:

- Khôi phục hình dạng tự nhiên góc mắt ngoài.
- Đảm bảo sự cân đối hai mắt.
- Khôi phục chức năng bảo vệ nhãn cầu.
- Cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật bẩm sinh góc mắt ngoài (góc mắt ngoài rộng, thấp, bất thường).
- Di chứng chấn thương, bỏng, u hoặc phẫu thuật gây biến dạng góc mắt ngoài.
- Sẹo co kéo làm biến dạng mi mắt và góc mắt ngoài.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt, hốc mắt.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch).
- Mi mắt có sẹo phức tạp, cần kết hợp nhiều kỹ thuật tạo hình.
- Cần hội chẩn chuyên khoa mắt khi có tổn thương phối hợp giác mạc, kết mạc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Dụng cụ vi phẫu
- Kẹp chuyên dụng tái tạo góc mắt.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, chuyên khoa mắt.
- Đánh giá độ mở khe mi, vị trí góc mắt ngoài, độ đối xứng hai bên.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đường rạch nhỏ theo nếp da tự nhiên hoặc qua kết mạc

6.2. Bước 2: Giải phóng mô sẹo, xác định dây chằng góc mắt ngoài

6.3. Bước 3: Định vị lại dây chằng góc mắt ngoài, cố định vào màng xương ổ mắt (periosteum) tại vị trí giải phẫu bình thường

- Có thể sử dụng kỹ thuật canthopexy (treo dây chằng góc mắt ngoài) hoặc canthoplasty (cắt tạo hình và cố định lại).
- Nếu thiếu tổ chức: dùng vạt da, ghép niêm mạc, ghép da che phủ.

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi từng lớp.

- Khâu da thẩm mỹ hoặc khâu kết mạc.
- Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: phù nề, chảy máu.
- Độ mở khe mi, vị trí góc mắt ngoài.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Lệch góc mắt ngoài, khe mi không cân: có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo góc mắt ngoài.
- Góc mắt ngoài bất cân xứng, lệch vị trí.
- Hở mi, trợn mi → phẫu thuật sửa chữa bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Anderson RL, Gordy DD. Lateral canthoplasty: a simplified technique. Arch Ophthalmol, 1979.

222. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO CHO Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Ghép vật liệu nhân tạo cho ổ mắt là phẫu thuật nhằm phục hồi thể tích ổ mắt sau khi đã khoét bỏ nhãn cầu hoặc mất tổ chức trong ổ mắt, giúp đảm bảo thẩm mỹ và tạo điều kiện mang mắt giả.

Nguyên lý: Đặt vật liệu nhân tạo (porous polyethylene – Medpor, hydroxyapatite, bioceramic implant, silicone sphere…) vào trong ổ mắt để thay thế thể tích bị mất, khâu che phủ bằng kết mạc và cơ vận nhãn.

Mục đích:

- Tái lập thể tích ổ mắt, tránh hốc mắt trũng.
- Tạo giá đỡ cho mắt giả, cải thiện thẩm mỹ.
- Đảm bảo vận động phù hợp của mắt giả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ổ mắt trống sau phẫu thuật khoét bỏ nhãn cầu.
- Ổ mắt bị teo, lõm, mất thể tích.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, cần mang mắt giả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính ổ mắt hoặc vùng quanh mắt.
- Toàn thân không đủ điều kiện cho gây mê/phẫu thuật.
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo định ghép.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch) tăng nguy cơ nhiễm trùng.
- Tổ chức kết mạc, cơ vận nhãn quá mỏng, không đủ che phủ vật liệu.
- Cần chọn loại vật liệu tương thích sinh học tốt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mắt.
- Vật liệu nhân tạo: hydroxyapatite, Medpor, bioceramic, silicone sphere…
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu.
- Dụng cụ tạo hình kết mạc, cơ vận nhãn.
- Miếng silicone che mắt.
- Chất liệu nhân tạo tạo hình ổ mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá thể tích, mô mềm ổ mắt.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh giá theo từng mức độ tổn thương

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường mi dưới bờ dưới ổ mắt, bộc lộ sàn ổ mắt, nâng xương sàn ổ mắt bị sập về vị trí ban đầu

6.4. Bước 4: Lấy xương vật liệu độn nhân tạo củng cố sàn ổ mắt

6.5. Bước 5: Cố định miếng độn

6.6. Bước 6: Cầm máu, khâu đóng các vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết mổ, phù nề, chảy máu.
- Tình trạng che phủ kết mạc trên implant.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, băng ép.
- Tổn thương mô mềm, cơ vận nhãn → khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân, có thể phải lấy bỏ implant.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hở implant: xử trí bằng ghép bổ sung tổ chức che phủ.

7.4. Biến chứng muộn

- Thải loại implant, lộ implant.
- Xơ hoá, co rút túi cùng kết mạc.
- Khó mang mắt giả → phẫu thuật sửa chữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Soares EJ, Dantas PE. Orbital implants in enucleation surgery. Arq Bras Oftalmol, 2009.
- Nunery WR. Principles and techniques of orbital implant surgery. Ophthalmol Clin North Am, 1991.
- Jordan DR, Gilberg S. Medpor porous polyethylene implants in orbital reconstruction. Ophthal Plast Reconstr Surg, 1998.
- Yousuf SJ, Jones LS. Enucleation and evisceration. Curr Opin Ophthalmol, 2012.

223. PHẪU THUẬT NÂNG SÀN HỐC MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Nâng sàn hốc mắt là phẫu thuật nhằm khắc phục tình trạng hốc mắt sâu, mắt trũng, lồi mắt giả hoặc hốc mắt bất cân xứng. Nguyên nhân có thể do chấn thương gây khuyết xương sàn hốc mắt, do teo mỡ sau xạ trị, teo tổ chức sau cắt bỏ u, hoặc do dị tật bẩm sinh.

Nguyên lý: Phẫu thuật bổ sung vật liệu ghép hoặc di chuyển tổ chức tự thân để nâng cao và tái lập lại sàn hốc mắt, từ đó đưa nhãn cầu về vị trí giải phẫu bình thường, cải thiện chức năng và thẩm mỹ.

Mục đích:

- Phục hồi thể tích hốc mắt.
- Đưa nhãn cầu về vị trí giải phẫu bình thường.
- Bảo vệ chức năng thị giác.
- Cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hốc mắt sâu, nhãn cầu trũng sau chấn thương vỡ sàn hốc mắt.
- Khuyết xương sàn hốc mắt sau phẫu thuật u.
- Hốc mắt teo nhỏ sau xạ trị.
- Dị tật bẩm sinh gây mắt trũng hoặc bất cân xứng hốc mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Toàn thân không đảm bảo cho gây mê/phẫu thuật.
- Nhiễm trùng cấp vùng hốc mắt, xoang hoặc lân cận.
- Bệnh lý mắt nặng chưa kiểm soát (viêm giác mạc, viêm nội nhãn, glôcôm mất bù…).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy thận, bệnh máu khó đông).
- Sẹo dính phức tạp vùng hốc mắt – mi.
- Trường hợp hốc mắt teo nhiều cần kết hợp nhiều thì phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ mặt, tạo hình.
- Bộ vi phẫu (nếu cần).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, khám chuyên khoa mắt.
- Chụp CT scan hốc mắt để đánh giá khuyết hổng.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa, đầu hơi cao

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:. Đánh giá theo từng mức độ tổn thương

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường mi dưới bờ dưới ổ mắt, Bộc lộ toàn bộ vùng sàn hốc mắt bị khuyết, xác định ranh giới ổ xương. Giải phóng các tổ chức xơ, mô sẹo. mắt, nâng xương sàn ổ mắt bị sập về vị trí ban đầu

6.4. Bước 4: Đặt vật liệu ghép (xương tự thân, sụn, titan mesh, Medpor…) vào vị trí khuyết hổng.

Đảm bảo tái lập sàn hốc mắt phẳng, không ép vào thần kinh thị.

6.5. Bước 5: Cố định vật liệu ghép (nếu cần).

6.6. Bước 6: Lấy xương hoặc vật liệu độn nhân tạo củng cố sàn ổ mắt

6.7. Bước 7: Cố định xương hoặc miếng độn
6.8. Bước 8: Cầm máu, khâu đóng các vết mổ.
6.9. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Vết mổ, tình trạng hốc mắt, vận nhãn.
- Thị lực, đồng tử.

7.2. Tai biến trong mổ
- Chảy máu hốc mắt: cầm máu, dẫn lưu.
- Tổn thương thần kinh thị giác: hạn chế thao tác, xử trí theo chuyên khoa mắt.
- Tổn thương cơ vận nhãn: khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau mổ
- Chảy máu, tụ máu hốc mắt: băng ép, mở dẫn lưu nếu cần.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, chăm sóc vết mổ.
- Song thị do tổn thương hoặc dính cơ vận nhãn: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật chỉnh sửa.
- Lệch, di lệch vật liệu ghép: phẫu thuật lại.

7.4. Biến chứng muộn
- Lõm mắt tái phát.
- Biến dạng mi mắt.
- Lệch trục nhãn cầu.
- Sẹo xấu, dính kết mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Converse JM. Reconstructive Plastic Surgery of the Orbital Region. Saunders, 1995.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Clauser L, Galiè M. Orbital surgery: trauma, oncology, malformations. Springer, 2015.
- Ridgway EB, Chen C. Reconstruction of Orbital Floor Defects. Plast Reconstr Surg. 2009.

224. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Khe hở mi (coloboma mi mắt) là dị tật bẩm sinh hiếm gặp do sự khiếm khuyết trong quá trình phát triển phôi thai, dẫn đến mất đoạn tổ chức ở bờ mi. Tổn khuyết có thể nhỏ hoặc lớn, thường gặp ở mi trên, đôi khi ở mi dưới. Dị tật ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây hở giác mạc, khô mắt, viêm kết mạc, loét giác mạc, giảm thị lực.

Nguyên lý phẫu thuật: Giải phóng mép khe hở, tạo hình lại bờ mi bằng các kỹ thuật chuyển vạt, khâu trực tiếp hoặc ghép tổ chức, nhằm phục hồi giải phẫu và chức năng bảo vệ nhãn cầu.

Mục đích của kỹ thuật:

- Khôi phục giải phẫu mi mắt, đặc biệt là bờ mi.
- Bảo vệ giác mạc, hạn chế biến chứng khô loét giác mạc.
- Đảm bảo chức năng chớp mắt.
- Cải thiện thẩm mỹ vùng mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật khe hở mi bẩm sinh một bên hoặc hai bên.
- Khe hở mi gây hở giác mạc, ảnh hưởng chức năng bảo vệ mắt.
- Khe hở mi gây ảnh hưởng thẩm mỹ rõ rệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng, không đảm bảo an toàn gây mê/phẫu thuật.
- Nhiễm trùng cấp vùng mắt hoặc quanh hốc mắt.
- Viêm kết mạc cấp, viêm giác mạc chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có kèm theo các dị tật mắt – sọ mặt khác (dị tật kết hợp cần lên kế hoạch điều trị phối hợp).
- Các bệnh lý mắt mạn tính (glôcôm, khô mắt nặng).
- Người bệnh nhỏ tuổi, cần tính toán kỹ phương pháp và thời điểm phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi.
- Bộ vi phẫu (nếu cần).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Xác định vị trí, kích thước khe hở mi.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2,5-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm:

Thường gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ. Có thể gây tê tại chỗ ở người lớn, khe hở nhỏ.

6.1. Bước 1: Tê tại chỗ mi dưới

6.2. Bước 2: Rạch mi dưới

Đánh dấu bờ khe hở.

Giải phóng mép khe hở

6.3. Bước 3: tuỳ theo từng mức độ tổn thương

Khe hở nhỏ (<1/4 chiều dài mi): khâu trực tiếp mép khe hở theo lớp giải phẫu (kết mạc, sụn mi, da).

Khe hở vừa (1/4–1/3 chiều dài mi): tạo vạt trượt, vạt Z-plasty, vạt tam giác.

Khe hở lớn (>1/3 chiều dài mi): kết hợp ghép sụn mi, ghép kết mạc, vạt tạo hình phức tạp.

6.4. Bước 4: Tạo hình lại bờ mi: phục hồi hàng lông mi, khớp chính xác mép mi để tránh trợn mi.

6.5. Bước 5: Đặt mảnh bảo vệ giác mạc trong quá trình khâu.

6.6. Bước 6: Khâu da thẩm mỹ, đặt gạc vô trùng.

6.7. Bước 7: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp.
- Tình trạng vết mổ, phù nề, chảy máu.
- Thị lực, giác mạc.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương giác mạc: bảo vệ, xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, thuốc giảm phù.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, kháng sinh đồ.
- Lệch bờ mi, trợn mi: có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo co kéo.
- Sụp mi, hở mi tái phát.
- Biến dạng bờ mi, lông xiêu.
- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu → phẫu thuật sửa chữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Codner MA, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010.

225. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở mặt là khe hở phần mềm hoặc xương mặt, biểu hiện từ nhẹ đến nặng.
- Nguyên lý phẫu thuật: sửa chữa các tổn thương. Đây là phẫu thuật khó và có thể cần phẫu thuật nhiều lần
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Khe hở mặt ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của trẻ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ cắt chỉnh xương
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các điều trị trước đây với tật bẩm sinh, các chỉ số sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ khe hở mặt, phân loại khe hở mặt, các ảnh hưởng của khe hở mặt đến chức năng và thẩm mỹ, mức độ khuyết xương và phần mềm.
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

Tuỳ theo từng mức độ tổn thương

6.1 Thì 1 (khi trẻ 03 đến 12 tháng tuổi): đóng khe hở phần mềm môi mũi

6.2 Thì 2 (khi trẻ 6 đến 9 tuổi): ghép xương và tạo hình tầng giữa mặt

6.3 Thì 3 (khi trẻ từ 14 tuổi trở lên): chỉnh nha và khớp cắn

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

226. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ DÁI TAI

1. ĐẠI CƯƠNG
- Là khe hở dái tai biểu hiện từ nhẹ đến nặng.
- Mục đích của phẫu thuật là đóng khe hở đạt cấu trúc giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng.

2. CHỈ ĐỊNH
- Khe hở ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của trẻ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
- Toàn trạng của trẻ không phù hợp với phẫu thuật
- Cha mẹ không đồng ý phẫu thuật
- Mắc các bệnh tâm thần.

4. THẬN TRỌNG
- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ
5.1. Người thực hiện
- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc
- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Betadin 10%

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính cá nhân
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Silicone làm khung tai

5.4. Người bệnh
- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của tai bệnh, so sánh với tai lành.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, CT scan hàm mặt.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm gây mê nội khí quản
6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch, vạt cần thiết
6.2. Bước 2: Tê tại chỗ
6.3. Bước 3: Phẫu tích các lớp giải phẫu
6.4. Bước 4: Tạo hình từng lớp sụn, da
- Nếu khuyết hổng nhiều có thể chuyển vạt tại chỗ hay lân cận.
6.5. Bước 5: Băng vết mổ (khung silicone nếu cần)
6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

227. PHẪU THUẬT GHÉP BỘ PHẬN MŨI ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại bộ phận mũi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại bộ phận mũi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì bộ phận mũi đứt rời có động mạch khỏe nhưng tĩnh mạch yếu nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát, bẩn.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch cho mảnh ghép, chuẩn bị động mạch nhận.

6.2. Bước 2: Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép

6.3. Bước 3: .

- Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.
- Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận.
- Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.
- Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.
- Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.
- Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.
- Đóng da thưa
- Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. *Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. *Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery*. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
3. Evans G. *Operative Plastic Surgery*. Oxford University Press; 2019.
4. Watanabe K, Shoja MM, Loukas M, Tubbs RS, eds. *Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck*. 1st edition. Thieme; 2016.
5. Rohrich RJ, Barton FE, Hollier L. Nasal reconstruction In Aston SJ, Beasley RW, Thorne HM, eds. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.
6. Haddock NT, Saadeh PB, Siebert JW. Achieving aesthetic results in facial reconstructive microsurgery: planning and executing secondary refinements. PlastReconstr Surg 130:1236-1245, 2012
7. Freedman AM, Hidalgo DA. Full-thickness lip and cheek reconstruction with the radial forearm free flap. Ann Plast Surg 25:287, 1990.

8. Furuta S, Sakaguchi Y, Iwasawa M,et al. Reconstruction of the lips, oral commissure, and full-thickness cheek with a composite radial forearm palmaris longus free flap. Ann Plast Surg 33:544, 1994.
9. Sadove RC, Luce EA, McGrath PC. Reconstruction of the lower lip and chin with the composite radial forearm-palmaris longus free flap. Plast Reconstr Surg 88:209, 1991.
10. Godefroy WP, Klop WM, Smeele LE,et al.Free-flap reconstruction of largefull-thickness lip and chin defects. Ann Otol Rhinol Laryngol 121:594, 2012.

193. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MỞ GÓC MẮT NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí.
- Góc mắt ngoài có thể gặp các khiếm khuyết do bẩm sinh hoặc mắc phải, xuất hiện các phần da dư thừa, chiều dài mi thay đổi hoặc do các nếp rẻ quạt ở đuôi mắt gây mất thẩm mỹ
- Ưu điểm: hồi phục nhanh, kéo dài mở rộng được đôi mắt ngắn, có thể kết hợp để giảm tình trạng mắt xếch, mắt lồi, mí dưới bị lật, co rút.
- Nhược điểm: chỉ định chặt chẽ, kỹ thuật khó, nguy cơ 2 mí không đều, có thể gây ảnh hưởng sụn viền mi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp mắt lồi, mắt xếch, 2 bên góc mắt ngoài lệch nhau, khoảng cách từ góc mắt ngoài đến bờ ngoài ổ mắt > 4mm, túi cùng kết mạc ở đuôi mắt sâu hơn 3mm, có mức độ lộ củng mạc rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Bệnh nhân có nhãn cầu nhỏ hoặc mắt bị lõm nặng
- Bệnh nhân bị sụp mí nặng.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần da thừa ở góc mắt ngoài.
- Rạch da mi theo thiết kế

6.2. Bước 2:

- Chuyển vạt, cắt da thừa để tạo hình mở rộng góc mắt ngoài rõ ràng.
- Khâu tạo hình dây chằng góc mắt nếu cần.

6.3. Bước 3:

- Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

194. PHẪU THUẬT LÀM HẸP GÓC MẮT NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG
- Khe mắt bị rộng trong các trường hợp dị tật bẩm sinh, sau chấn thương
- Nguyên lý: sử dụng các kỹ thuật tạo hình để đưa khe mi về hình dạng tự nhiên
- Ưu điểm: hồi phục nhanh, có thể áp dụng cho hầu hết các trường hợp.
- Nhược điểm: cần sử dụng kỹ thuật phù hợp.

2. CHỈ ĐỊNH
- Các trường hợp góc mắt ngoài bị rộng do bẩm sinh hoặc thứ phát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG
- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ
5.1. Người thực hiện
- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc
- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần chiều ngang khe hở mi dự kiến.
- Rạch da mi theo thiết kế

6.2. Bước 2:

- Chuyển vạt, cắt da thừa để tạo hình góc mắt tự nhiên.
- Khâu tạo hình dây chằng góc mắt nếu cần.

6.3. Bước 3:

- Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.

- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

195. PHẪU THUẬT MỞ RỘNG KHE MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí.
- Nếp quạt góc mắt trong (Epicanthus) hay còn gọi là nếp quạt là nếp da đứng dọc, có độ cong ra ngoài nối liền hai nếp mi trên và dưới.
- Nếp quạt xuất hiện trong khoảng từ tháng thứ ba đến tháng thứ sáu của thai kỳ.
- Ở người châu Âu, nếp này tự biến mất vào thời điểm sinh hoặc chậm nhất là đến tuổi trưởng thành.
- Sự hiện diện của nếp quạt ở người châu Âu được xem là dấu hiệu dị tật, nhưng ở người châu Á, ít nhất có 50% cá thể vẫn tồn tại nếp quạt này.
- Nếu kể đến những vết tích nhỏ, thì hầu hết người châu Á đều có nếp quạt này. Chính vì vậy, nếp quạt là điểm đặc trưng cơ bản của khuôn mặt châu Á.
- Ưu điểm: hồi phục nhanh, có thể áp dụng cho hầu hết các trường hợp tạo hình mí thì đầu ở người còn trẻ, hầu như không để lại sẹo trên da.
- Nhược điểm: chỉ định chặt chẽ, mí không đều.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có nếp quạt ở góc mắt trong, hẹp khe mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần da thừa ở góc mắt trong nếp mí.
- Rạch da mi theo thiết kế.

6.2. Bước 2:

- Chuyển vạt, cắt da thừa để tạo hình góc mắt trong rõ ràng.
- Khâu tạo hình dây chằng góc mắt trong nếu cần.

6.3. Bước 3:

- Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

33. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT BỘ PHẬN VÀNH TAI BẰNG VẠT TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tái tạo vành tai bằng vạt da tự do là một trong những kỹ thuật tạo hình phức tạp trong phẫu thuật thẩm mỹ - tạo hình. Sự hồi phục lại hình thái và chức năng của vành tai không chỉ mang tính chất thẩm mỹ mà còn có ý nghĩa về giao tiếp xã hội, tâm lý và tái hòa nhập. Tự do vành tai là cấu trúc nổi ngoài, hổng và tổng hợp tần số âm thanh vào ống tai ngoài, việc tái tạo này yêu cầu phải khéo léo về hình thể và đồng thời đảm bảo nuôi sống vạt bằng vi phẫu.

2. CHỈ ĐỊNH:

Khuyết toàn bộ hoặc phần lớn vành tai do chấn thương, bỏng, cắt bỏ u, nhiễm trùng hoặc do bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ sức khoẻ chịu được ca mổ dài.
- Rối loạn tâm thần, không hợp tác.
- Vùng quanh tai bị xơ sẹo , đã xạ bằng xạ.
- Tương đối: bệnh nhân đang hút thuốc lá, tiền sử rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý toàn thân nên được hội chẩn gây mê và cân nhắc lợi ích - nguy cơ trước khi quyết định.
- Với những bệnh nhân trường hợp khó, cần được chuẩn bị tâm lý trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc:

-Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (lidocain adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức.

5.3. Thiết bị y tế:

-Chỉ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Bộ dụng cụ vi phẫu (panh vi mạch, chỉ nối mạch)
- Kính hiển vi phẫu thuật
- Bộ dụng cụ bóc tách vạt
- Máy siêu âm Doppler cầm tay
- Máy hoặc dao lấy da ghép

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.
- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa, đông máu, nhóm máu...).

5.5. Hồ sơ bệnh án

-Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.

-Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 300-480 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Thiết kế vạt da (vạt da có thể là vạt da mang sụn vách ngăn mũi hoặc vạt da nông, cánh tay... tuỳ kỹ thuật).
- Kíp 1: Bóc tách vạt da theo thiết kế, đảm bảo dày, nuôi sống tối đa.

6.2. Bước 2:

- Kíp 2: Chuẩn bị giường nhận: bốc lộ động mạch, tĩnh mạch, làm rãnh đặt vạt.

6.3. Bước 3:

- Sau khi hoàn tất tách vạt, kíp 1 cắt rời vạt, chuyển nhanh lên giường nhận.
- Định hình vành tai theo mẫu đối xứng bên lành.
- Cố định vạt, tiến hành nối mạch vi phẫu dưới kính hiển vi: động mạch - tĩnh mạch.
- Kiểm tra tuần hoàn của vạt.
- Khâu đóng da, băng ép nhẹ, để hở 1 phần vạt để theo dõi

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tuần hoàn vạt: 60 – 120 phút/lần trong 24h đầu, sau đó 3h/lần

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi dẫn lưu, sưng nề tại vết mổ, xét nghiệm công thức máu.

-Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần.

- Vạt tím, trắng: xử trí bằng Xylocain; không đỡ → mở kiểm tra nối mạch.

7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử vạt: thay băng, theo dõi, có thể cắt bỏ và lên kế hoạch tái tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery | Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb-and-smiths-plastic-surgery-3467.

2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic-surgery-6-volume-set-9780323810371.html.

3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers, 2017.” Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), Nov. 2017, p. 2201. Crossref, https://doi.org/10.1097/scs.0000000000003977.

196. PHẪU THUẬT LÀM HẸP KHE MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khe mắt bị rộng trong các trường hợp dị tật bẩm sinh, sau chấn thương
- Nguyên lý: sử dụng các kỹ thuật tạo hình để đưa khe mi về hình dạng tự nhiên
- Ưu điểm: hồi phục nhanh, có thể áp dụng cho hầu hết các trường hợp.
- Nhược điểm: cần sử dụng kỹ thuật phù hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp khe mi bị rộng do bẩm sinh hoặc thứ phát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Thiết kế kích thước khe mi dự kiến.
- Rạch da mi theo thiết kế

6.2. Bước 2:

- Chuyển vạt, cắt da thừa để tạo hình khe mi tự nhiên.
- Khâu tạo hình dây chằng góc mắt nếu cần.

6.3. Bước 3:

- Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.

- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

197. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NẾP DA GÓC MẮT TRONG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Nếp quạt góc mắt trong (Epicanthus) hay còn gọi là nếp quạt là nếp da đứng dọc, có độ cong ra ngoài nối liền hai nếp mi trên và dưới. Nếp quạt (Epicanthus) xuất hiện trong khoảng từ tháng thứ ba đến tháng thứ sáu của thai kỳ. Ở người châu Âu, nếp này tự biến mất vào thời điểm sinh hoặc chậm nhất là đến tuổi trưởng thành Sự hiện diện của nếp quạt (Epicanthus) ở người châu Âu được xem là dấu hiệu dị tật, nhưng ở người châu Á, ít nhất có 50% cá thể vẫn tồn tại nếp quạt này.
- Nguyên lý: cắt bỏ da và các tổ chức thừa, kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo sự liên tục của nếp mí ở vị trí góc mắt trong.
- Mục đích của kỹ thuật:
+ Lấy bỏ da thừa
+ Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
+ Xóa bỏ nếp da
+ Tạo sự liên tục của nếp mí ở góc mắt trong

2. CHỈ ĐỊNH

Nếp quạt hay nếp da thừa một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa của nếp quạt và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế nếp mí, các vạt, phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi, lệ đạo…

6.5. Bước 5: Xoay các vạt để tạo hình nếp mí, loại bỏ nếp quạt

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.7. Bước 7: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy, còn nếp da thừa... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
2. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
3. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
4. Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.
5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

198. PHẪU THUẬT THỪA DA MI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Thừa da mi hay còn gọi là sa da mi là trường hợp da mi mắt bị chảy xệ quá mức do tích tụ mỡ lâu năm hoặc bị lão hóa do môi trường, tuổi tác làm cho da mi không còn độ đàn hồi nên mi trên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp, làm mất thẩm mỹ, làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt. Phẫu thuật thừa da mi trên nhằm mục dích lấy bỏ da và các tổ chức thừa nhằm cải thiện về mặt thẩm mỹ và đôi khi là chức năng của mi mắt.
- Nguyên lý: cắt bỏ da và các tổ chức thừa, kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới, trẻ hóa đôi mắt.
- Mục đích của kỹ thuật:
+ Lấy bỏ da thừa
+ Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
+ Trẻ hoá mi trên: tạo nếp mí rõ, đều nhằm tăng tính thẩm mỹ
+ Cải thiện tầm nhìn trong trường họp thừa da mi nhiều

2. CHỈ ĐỊNH

- Thừa da mi trên một bên hoặc hai bên
- Thừa da mi trên gây ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng hoặc cả hai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393-410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

199. PHẪU THUẬT TREO CUNG MÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Treo cung mày trong thẩm mỹ, là thủ thuật nhằm để loại bỏ phần da thừa ở phía trên hoặc phía dưới chân mày giúp làm kéo căng vùng da mắt, nâng cao, tạo kiểu dáng của chân mày, nâng cao cung chân mày để hài hòa cũng như trả lại sự tươi trẻ cho gương mặt.
- Nguyên lý: Hai phương pháp treo cung mày chính là treo cung mày bằng chỉ và bằng phẫu thuật.

Treo cung mày bằng chỉ: tác động vào da thông qua những mũi chỉ tiêu có gai, sau đó, luồn qua cơ chân mày để làm kéo căng bề mặt da, khắc phục tình trạng chảy xệ. Tuy nhiên, phương pháp này không được đánh giá cao nếu tình trạng sa trễ nặng bởi tính hiệu quả thấp.

Treo cung mày bằng phẫu thuật: loại bỏ lượng mỡ thừa, cân chỉnh kích thước cho phù hợp khuôn mặt, đồng thời cắt bỏ những da thừa, sau đó cố định lại bằng loại chỉ chuyên dụng.

- Mục đích của kỹ thuật:

Khắc phục tình trạng chân mày thấp hoặc chảy xệ, tạo dáng, nâng cao chân mày giúp gương mặt trông trẻ trung, tươi vui hơn, cải thiện biểu cảm của gương mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sa trễ cung mày một hoặc hai bên
- Các trường hợp bị sa trễ cung mày, da thừa trên hoặc dưới cung mày.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Rối loạn tâm thần
- Viêm nhiễm vùng cung mày

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý yếu liệt cơ trán một hoặc hai bên
- Viêm nhiễm da vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ căng da các loại
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Treo cung mày bằng chỉ

- Vẽ vị trí cung mày, đường hầm luồn chỉ và hướng căng chỉ
- Gây tê tại chỗ
- Luồn chỉ vào lớp mỡ dưới da
- Cân chỉ độ căng của chỉ cho phù hợp
- Cắt chỉ thừa sát da

6.2. Treo cung mày bằng phẫu thuật

- Thiết kế phần da thừa ở trên hoặc dưới cung mày.
- Gây tê tại chỗ
- Rạch da theo thiết kế

- Cắt da thừa để tạo hình cung mày cân đối.
- Lấy bỏ mỡ thừa nếu cần thiết.
- Đóng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: cung mày hai bên không đều, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
4. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
5. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
6. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

200. PHẪU THUẬT THỪA MỠ Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Thừa mỡ ổ mắt là trường hợp tích tụ mỡ quá mức ở túi mỡ mi trên hoặc mi dưới thường do tuổi tác, đồng thời da mi không còn độ đàn hồi nên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp hoặc tạo túi ở mi dưới, làm mất thẩm mỹ, có thể làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt.
- Nguyên lý: lấy bớt mỡ thừa mi trên qua nếp mí hoặc mi dưới qua đường mở dưới bờ mi, có thể lấy kèm da thừa.
- Mục đích:

Tạo sự trẻ hóa cho đôi mắt

Tạo sự cân đối cho mi trên hoặc mi dưới một bên hoặc hai bên

2. CHỈ ĐỊNH

- Thừa mỡ mi trên một bên hoặc hai bên
- Thừa mỡ mi dưới một bên hoặc hai bên
- Thừa mỡ mi kèm theo thừa da một bên hoặc hai bên
- Thừa mỡ mi gây ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng hoặc cả hai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da hoặc phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách, cắt bỏ da thừa nếu có, lấy bỏ mỡ thừa. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm, phù nề tổ chức nhiều, nguy cơ lõm mi dưới, sẹo trễ mi, tổn thương cơ nâng mi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

2. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

3. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

4. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.

5. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

201. PHẪU THUẬT TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN]

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí. Nếp mi trên rất quan trọng trong thẩm mỹ và ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Nếp mi trên hiện rõ khi mở mắt và mờ đi khi nhìn xuống. Đối với người Châu Á có khoảng 30-40% không có mắt hai mí rõ ràng
- Nguyên lý: kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới. Có nhiều phương pháp tạo hình nếp mi trên, chia thành 2 loại chính: thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên
- Mục đích của kỹ thuật:

+ Tạo nếp mí cho mi mắt trên hai bên
+ Lấy bỏ các tổ chức thừa như da cơ, mỡ nếu có…

2. CHỈ ĐỊNH

- Không có nếp mi trên, hoặc nếp mi chưa đủ thẩm mỹ một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vị trí nếp mí dự kiến

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi một đoạn, từng đoạn hay toàn bộ chiều dài theo thiết kế tùy kỹ thuật

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Khâu luồn hoặc khâu mở trực tiếp tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ

6.7. Bước 7: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
2. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
3. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.
4. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

202. PHẪU THUẬT KHÂU TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN]

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí. Nếp mi trên rất quan trọng trong thẩm mỹ và ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Nếp mi trên hiện rõ khi mở mắt và mờ đi khi nhìn xuống. Đối với người Châu Á có khoảng 30-40% không có mắt hai mí rõ ràng.
- Nguyên lý: kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới bằng các mũi chỉ khâu luồn.
- Mục đích của kỹ thuật: Tạo nếp mí cho mi mắt trên hai bên

2. CHỈ ĐỊNH

- Không có nếp mi trên, hoặc nếp mi chưa đủ thẩm mỹ một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vị trí nếp mí dự kiến

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi một theo từng nốt nhỏ, 3-5 nốt hoặc hơn tùy theo kỹ thuật

6.4. Bước 4: Khâu luồn dưới da tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.

- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Lộ chỉ khâu. Xử trí: cắt bỏ
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
2. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.
3. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
4. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

203. PHẪU THUẬT THỪA DA MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thừa da mi hay còn gọi là sa da mi là trường hợp da mi mắt bị chảy xệ quá mức do tích tụ mỡ lâu năm hoặc bị lão hóa do môi trường, tuổi tác làm cho da mi không còn độ đàn hồi nên mi trên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp, làm mất thẩm mỹ, làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt.
- Nguyên lý: lấy bớt da mỡ thừa mi dưới qua đường mở dưới bờ mi.
- Mục đích của kỹ thuật:
  + Lấy bỏ da thừa
  + Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
  + Trẻ hoá mi trên: tạo nếp mí rõ, đều nhằm tăng tính thẩm mỹ
  + Cải thiện tầm nhìn trong trường hợp thừa da mi nhiều

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp thừa da mỡ mi dưới nhiều, các phẫu thuật sửa chữa cho các lần phẫu thuật trước đó.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

5.1.1 Nhân lực trực tiếp
- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình
- 02 bác sỹ phụ phẫu thuật.
- 01 điều dưỡng dụng cụ;

5.1.2 Nhân lực gián tiếp:
- 01 điều dưỡng chạy ngoài;
- 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2:Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3:Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5:Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393-410, 1985.

4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

7. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.

8. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.

9. Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.

287

10. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

11. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

204. PHẪU THUẬT TẠO VẠT TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí.
- Lật mi là tình trạng bờ mi lật ra ngoài không áp vào nhãn cầu gây ra chảy nước mắt vì điểm lệ không thực hiện được vai trò dẫn thoát nước mắt và mắt kích thích do hở lộ kết mạc, giác mạc kèm theo.
- Lật mi lâu ngày dẫn đến tình trạng kết mạc viêm, sừng hoá và nặng hơn là loét giác mạc thủng nhãn cầu nếu không được điều trị kịp thời. Lật mi thường hay gặp ở mi dưới nhưng có một số trường hợp lật mi gặp ở mi trên và lật bẩm sinh ở những trẻ em mắc các hội chứng có biến đổi gen (hội chứng Down, hội chứng Treacher Collins...).
- Nguyên nhân gây lật mi rất phức tạp và đa dạng với nhiều hình thái như do nhão cơ ở người già, sẹo sau sau phẫu thuật hay chấn thương mi mắt hay do các nguyên nhân cơ học như: u mi mắt. Liệt dây thần kinh số VII cũng là nguyên nhân thường gặp.
- Lật mi ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và thẩm mỹ của mắt. Lật mi thường được bệnh nhân phát hiện tương đối sớm do chảy nước mắt kèm theo cộm, đỏ mắt gây ra, ảnh hưởng đến cuộc sống và sinh hoạt. Lật mi ra ngoài cũng khiến cho bệnh nhân cảm thấy không hài lòng với thẩm mỹ khuôn mặt, bệnh nhân cảm thấy mất tự tin khi giao tiếp.
- Biến chứng lâu dài của lật mi cũng rất nghiêm trọng do ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng thị giác của mắt. Do không nhắm kín mắt nên phần nhãn cầu bên trong có thể thể tiếp xúc với các tác nhân bên ngoài gây ra các hiện tượng khô mắt, viêm kết mạc, loét giác mạc, nặng hơn nữa có thể dẫn đến mù loà. Do đó việc khám phát hiện sớm và điều trị lật mi là rất quan trọng.
- Mục đích kỹ thuật: sử dụng các vạt phần mềm dạng vạt ngẫu nhiên kéo dài mở rộng điều trị mí dưới bị lật, co rút.

2. CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp lộn mi dưới do sẹo mi, do liệt dây VII, do tuổi già, biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 Bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất

- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vạt cuống ngẫu nhiên (vạt da , vạt da cân)

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi theo thiết kế, bóc tách bờ mi dưới đưa bờ mi dưới về vị trí giải phẫu thông thường

6.4. Bước 4: Khâu cò mi tạm thời
6.5. Bước 5: Chuyển vạt, cắt da thừa, sẹo xơ, giải phóng các chỗ dính sao cho bờ mi trở về giải phẫu bình thường.
6.6. Bước 6: Đóng vạt và nơi cho vạt
6.7. Bước 7: Mỡ kháng sinh. Băng ép vết mổ.
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.
2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.
3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.
4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.
5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.
7. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.
8. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.
9. Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.
287
10. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.
11. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

205. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tái tạo lại tổn khuyết từng phần môi do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, …) bằng vạt tại chỗ.
- Môi có cấu trúc đặc biệt gồm phần môi trắng và môi đỏ, môi đỏ gồm môi khô và môi ướt nên trong nguyên tắc tạo hình lưu ý các cấu trúc tương ứng để tái tạo tổn khuyết.
- Mục đích kỹ thuật: Tái tạo khuyết hổng môi bằng các tổ chức phần mềm lân cận

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết một phần của môi trên hoặc môi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng cao huyết áp đái đường, đa chấn thương
- Mắc các vấn đề về tâm lý
- Nhiễm trùng nặng da tại chỗ vùng môi
- Tổn khuyết quá rộng
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý toàn thân, tâm thần không đủ điều kiện phẫu thuật
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm khuyết vùng môi, tiền sử phẫu thuật, xạ trị, đo kích thước khuyết hổng và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây mê và gây tê

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương ở môi trên hay môi dưới mà ta sử dụng các vạt tại chỗ khác nhau (Vạt đẩy Webter, vạt chuyển rãnh mũi má, vạt Abbe…)

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt

6.3. Bước 3: Gây tê tại chỗ có pha Adrenalin 1/200000

6.4. Bước 4: Bóc vạt

6.5. Bước 5: Chuyển đến nơi nhận

6.6. Bước 6: Đóng theo các lớp giải phẫu.

6.7. Bước 7: Băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...
- Theo dõi tình trạng tri giác, vết mổ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Theo dõi vạt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ vạt. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt: cắt bỏ hoại tử, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo (tiêm sẹo, laser, cắt sẹo…)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
2. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
3. Sanniec, Kyle, et al. “Simplifying Lip Reconstruction: An Algorithmic Approach.” Seminars in Plastic Surgery, vol. 32, no. 02, Georg Thieme Verlag KG, May 2018, pp. 069–74. Crossref, https://do1. org/10.1055/s- 0038- 1645882.

206. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/3 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: là phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết 1/3 vành tai do nhiều nguyên nhân khác nhau(chấn thương, bệnh lý, …), chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết. Vành tai là cấu trúc 3D giải phẫu đặc biệt gồm sụn vành tai và da che phủ, việc tạo hình cần đạt được cấu trúc và hình thể thẩm mỹ.
- Nguyên lý: Sử dụng vạt tại chỗ để che phủ phần khuyết 1/3 vành tai
- Mục đích: Che phủ kín phần khuyết 1/3 vành tai

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết 1/3 vành tai do nhiều nguyên nhân (chấn thương, bệnh lý).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân phối hợp nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 02 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocaine - adrenaline, betadine 10%
- Nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cá nhân
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật tai trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vùng tổn khuyết (mép vết mổ, tình trạng bẩn – sạch).
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Điều trị ổn định các bệnh lý nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu).
- Vệ sinh vùng phẫu thuật và vệ sinh toàn thân.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 – 120 phút (1,5 – 2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê nội khí quản, đặt ống giữa miệng hàm dưới.

Gây mê nội khí quản hoặc tê vùng nếu vết thương đơn giản.

6.1 Bước 1: Sát khuẩn quanh vùng vành tai cần tạo hình

6.2 Bước 2: Thiết kế vạt tại chỗ, bóc rộng tổ chức xung quanh, tái tạo cấu trúc sụn và da tương ứng.

6.3 Bước 3: Cần thiết lấy sụn để tạo hình từ những vùng có thể lấy sụn (sụn sườn, tai bên đối diện).

6.4 Bước 4: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết.

6.5 Bước 5: Đóng vết mổ.

6.6 Bước 6: Khung tai cố định bằng silicone.

6.7 Bước 7: Băng vết mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2, hô hấp, tình trạng vết mổ, thay băng hàng ngày, theo dõi vạt hàng ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and-smiths-plastic- surgery- 3467.
2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic-surgery-6-volume- set- 9780323810371.html.
3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers, 2017.” Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2017, p. 2201. Crossref, https://do1. org/10.1097/scs.0000000000003977.

207. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/2 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết 1/2 vành tai do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, …), chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết.
- Nguyên lý: Vành tai là cấu trúc 3D giải phẫu đặc biệt gồm sụn vành tai và da che phủ, việc tạo hình cần đạt được cấu trúc và hình thể thẩm mỹ.
- Mục đích: che phủ vùng sụn hở, phục hồi thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có khuyết 1/2 vành tai có nhu cầu phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vạt tại chỗ, bóc rộng tổ chức xung quanh, tái tạo cấu trúc sụn và da tương ứng.

6.2. Bước 2: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết

6.3. Bước 3: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

6.4. Bước 4: Băng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers, 2017.” Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2017, p. 2201. Crossref, https://do1. org/10.1097/scs.0000000000003977.

208. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT 1/4 VÀNH TAI BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết 1/4 vành tai do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, ...), chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết.
- Mục đích: nhằm phục hồi phần khuyết 1/4 vành tai, đạt tính thẩm mỹ, phù hợp khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết 1/4 vành tai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Nhiễm trùng vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa

- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Sát khuẩn, trải toan

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt tại chỗ, bóc rộng tổ chức xung quanh, tái tạo cấu trúc sụn và da tương ứng

6.3. Bước 3: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết

6.4. Bước 4: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu. Băng vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery | Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

3. Panthaki, Zubin J. “Auricular Reconstruction by Françoise Firmin, Joseph Düsseldorp, and Alexandre Marchac, New York, NY: Thieme Medical Publishers,

2017." Journal of Craniofacial Surgery, vol. 28, no. 8, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2017, p. 2201. Crossref, https://do1. org/10.1097/scs.0000000000003977.

209. PHẪU THUẬT TẠO VẠT LÂN CẬN ĐIỀU TRỊ LỘN MI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lộn mi dưới là tình trạng kết mạc mi lộn ra ngoài do liệt cơ vòng mi với kết hợp giãn dây chằng ngoài và lỏng lẻo tổ chức.
- Có nhiều phương pháp điều trị lộn mi tùy theo mức độ. Phương pháp tạo vạt lân cận dùng cho lộn mi mức độ trung bình và nặng, là những vạt có cuống mạch có thể bóc rời cuống mạch.
- Mục đích kỹ thuật: sử dụng các vạt phần mềm dạng vạt có cuống mạch gần vị trí mi mắt để kéo dài mở rộng cho điều trị mí dưới bị lật, co rút.

2. CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp lộn mi dưới do sẹo mi, do liệt dây VII, do tuổi già, biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 Bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật.Trải tấm vải (vô khuẩn) có lỗ phủ vùng mổ.

6.2. Bước 2: Rạch da dài 1,5cm theo đường nếp da từ góc ngoài mắt

6.3. Bước 3: Bóc tách mi dưới

- Phẫu tích đưa bờ mi về đúng vị trí giải phẫu

6.4. Bước 4: Khâu cò mi mắt

- Đo kích thước khuyết hổng phần mềm mi dwowic sau khi khâu cò mi

6.5. Bước 5: Thiết kế vạt: Lựa chọn các vạt sau: Vạt da mi mắt trên, vạt trán, vạt từ cuống mạch thái dương nông, vạt rãnh mũi má cuống trên…

- Bóc vạt theo thiết kế
- Đưa vạt đến tổn khuyết mi dưới

6.6. Bước 6: Đóng vạt và nơi cho vạt

- Mỡ kháng sinh. Băng ép vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive-Surgery/9781604068481.
2. Freitag, Suzanne K., et al. Eyelid Reconstruction. 2020.
3. Hakim, Farida, and Paul O. Phelps. “Entropion and Ectropion.” Disease- a- Month, vol. 66, no. 10, Elsevier BV, Oct. 2020, p. 101039. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.disamonth.2020.101039.

210. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI NHỎ HƠN 1 CM2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vạt tại chỗ che phủ các khuyết phần mềm mũi nhỏ hơn 1cm2 do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, bẩm sinh…).
- Phục hồi đầy đủ các cấu trúc phần mềm vùng mũi, đảm bảo chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết phần mềm vùng mũi nhỏ hơn 1 cm^2.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn khuyết, đo kích thước khuyết hổng, xác định kích thước dưới 1 cm^2

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương nếu cần

6.3. Bước 3: Bóc lân cận (vạt rãnh mũi má, vạt trán..)

6.4. Bước 4: Tạo hình phục hồi cấu trúc của mũi. (nếu cần thì lấy sụn tai để ghép)

6.5. Bước 5: Băng vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Larrabee, Wayne F., et al. Principles of Facial Reconstruction: A Subunit Approach to Cutaneous Repair. Thieme New York, 2021.

3. Oyer, Samuel L., editor. Partial to Total Nasal Reconstruction, an Issue of Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 2024.

211. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MŨI LỚN HƠN 1 CM^2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vạt tại chỗ che phủ các khuyết phần mềm mũi lớn hơn 1cm2 do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, bẩm sinh…).
- Mục đích: phục hồi các tổn khuyết, đảm bảo đầy đủ các cấu trúc tương ứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết phần mềm vùng mũi lớn hơn 1 cm2.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.
- Tổn thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn khuyết, đo kích thước khuyết hổng, xác định kích thước lớn hơn 1cm^2

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương nếu cần

6.3. Bước 3: Bóc lân cận (vạt rãnh mũi má, vạt trán ...)

6.4. Bước 4: Tạo hình phục hồi cấu trúc của mũi (nếu cần thì lấy sụn tai để ghép)

6.5. Bước 5: Băng vết mổ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Larrabee, Wayne F., et al. Principles of Facial Reconstruction: A Subunit Approach to Cutaneous Repair. Thieme New York, 2021.

3. Oyer, Samuel L., editor. Partial to Total Nasal Reconstruction, an Issue of Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 2024.

212. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tái tạo lại tổn khuyết từng phần môi do nhiều nguyên nhân khác nhau (chấn thương, bệnh lý, …) bằng vạt lân cận.
- Môi có cấu trúc đặc biệt gồm phần môi trắng và môi đỏ, môi đỏ gồm môi khô và môi ướt nên trong nguyên tắc tạo hình lưu ý các cấu trúc tương ứng để tái tạo tổn khuyết.
- Mục đích kỹ thuật: sử dụng các vạt phần mềm dạng vạt có cuống mạch gần vị trí môi để che phủ vùng khuyết hổng môi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn khuyết một phần của môi trên hoặc môi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng cao huyết áp đái đường, đa chấn thương
- Mắc các vấn đề về tâm lý
- Nhiễm trùng nặng da tại chỗ vùng môi
- Tổn khuyết quá rộng
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 Bác sỹ gây mê, 01 phụ gây mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương ở môi trên hay môi dưới mà ta sử dụng các vạt tại chỗ khác nhau (Vạt đẩy Webter, vạt chuyển rãnh mũi má, vạt Abbe, vạt dưới cằm, vạt thượng đòn…).

6.2. Bước 2: Đo kích thước khuyết hổng cần che phủ

6.3. Bước 3: Thiết kế vạt theo kích thước khuyết hổng và loại vạt lựa chọn

- Bóc vạt đến cuống mạch nuôi vạt
- Chuyển vạt đến nơi nhận

6.4. Bước 4: Đóng vạt và nơi cho vạt theo các lớp giải phẫu.

- Nơi cho vạt có thể cần ghép da

6.5. Bước 5: Băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng tri giác, vết mổ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Theo dõi vạt

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt: Cắt lọc hoại tử hoặc tháo bỏ vạt, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

2. Larrabee, Wayne F., et al. Principles of Facial Reconstruction: A Subunit Approach to Cutaneous Repair. Thieme New York, 2021.

3. Lu, Guanning Nina, and Shaun C. Desa1. “Lip Reconstruction: Primary Full Thickness Closure and Superficial Partial Thickness Closure.” Operative Techniques in Otolaryngology- Head and Neck Surgery, vol. 31, no. 1, Elsevier BV, Mar. 2020, pp. 2–9. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.otot.2019.12.002.

213. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U MI MẮT NHỎ HƠN 1 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Các khôi u vùng mi mắt thường là các khối u phần mềm từ da hoặc tuyến phụ thuộc da, khối u có thể lành tính hoặc ác tính.
- Phụ thuộc vào tính chất của khối u các bác sỹ sẽ có kế hoạch cắt u và tạo hình sau cắt u.
- Mục đích kỹ thuật: Phẫu thuật cắt u mi mắt nhỏ hơn 1 cm, đóng trực tiếp hoặc chuyển vạt tại chỗ che phủ tổn khuyết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi mắt nhỏ hơn 1cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.
- Bệnh toàn thân nặng.
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, loét giác mạc, tiền sử xạ trị
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120-180 phút (2-3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Thiết kế đường cắt u

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Cắt u. Gửi giải phẫu bệnh tức thì

6.4. Bước 4: Cắt theo phương Mohs nếu giải phẫu bệnh nghi ngờ u ác tính

6.5. Bước 5: Chuyển hướng các vết mổ vùng mi bằng các vạt tại chỗ, vạt dồn đẩy

6.6. Bước 6: Chuyển vạt che phủ các tổn khuyết lớn ở góc mắt nếu không đóng trực tiếp được.

6.7. Bước 7: Đóng vết mổ. Băng vết mổ.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tri giác, vết mổ
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Theo dõi vạt

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sẹo xấu, sẹo lồi, co kéo, trễ mi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo, massage sẹo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop." Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive-Surgery/9781604068481.
2. Freitag, Suzanne K., et al. Eyelid Reconstruction. 2020.
3. Iglesias, M. E., et al. "Oncologic Surgery of the Eyelid and Orbital Region." Actas Dermo- Sifiliográficas (English Edition), vol. 106, no. 5, Elsevier BV, June 2015, pp. 365–75. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.adengl.2015.04.002.
4. Sundar, Gangadhara, and Fairooz P. Manjandavida. "Excision of Eyelid Tumors: Principles and Techniques." Excision of Eyelid Tumors: Principles and Techniques |SpringerLink, 4 Oct. 2019, https://do1. org/10.1007/978- 3- 030- 18757- 6_3.
5. Irawati, Yunia, et al. "Challenging Eyelid Reconstruction in Malignancies: Case Reports." Annals of Medicine and Surgery, vol. 71, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), No5. 2021, p. 102987. Crossref, https://do1. org/10.1016/j.amsu.2021.102987.

214. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U MI MẮT LỚN HƠN 1 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U mi mắt có kích thước > 1 cm thường lành tính (u tuyến bã, papilloma, nang bì…) hoặc ác tính (carcinoma tế bào đáy, carcinoma tế bào vảy, u tuyến bã ác tính). Kích thước lớn gây biến dạng mi, ảnh hưởng chức năng bảo vệ nhãn cầu, có thể xâm lấn kết mạc, giác mạc hoặc hốc mắt.

Nguyên lý: Cắt bỏ triệt để khối u kèm diện an toàn, sau đó tái tạo lại mi mắt bằng các kỹ thuật ghép hoặc vạt tại chỗ để phục hồi cả chức năng và thẩm mỹ.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn khối u, hạn chế tái phát.
- Phục hồi cấu trúc và chức năng mi mắt.
- Bảo tồn nhãn cầu và giác mạc.
- Đảm bảo thẩm mỹ vùng mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- U mi mắt ≥ 1 cm gây biến dạng hoặc ảnh hưởng chức năng nhắm mở mắt.
- U nghi ngờ ác tính cần phẫu thuật triệt để và làm giải phẫu bệnh.
- U tái phát sau các biện pháp điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính vùng mắt, mi mắt.
- Người bệnh không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- U lan rộng không thể cắt bỏ triệt để → cần phối hợp xạ trị, hóa trị.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch).
- U xâm lấn giác mạc, lệ đạo hoặc hốc mắt → cần hội chẩn đa chuyên khoa.
- Tái tạo mi mắt phải tính toán để không gây hở mi hoặc biến dạng chức năng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu cỡ nhỏ.
- Dao điện, bipolar cầm máu.
- Dụng cụ tái tạo mi (vạt, ghép sụn, ghép da).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của u.
- Chụp hình ảnh bổ sung (CT/MRI) khi cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu diện cắt, đảm bảo diện an toàn ≥ 3–5 mm quanh u (nếu nghi ngờ ác tính).

6.2. Bước 2:. Cắt bỏ toàn bộ u kèm mô lành.

6.3. Bước 3: Cầm máu kỹ

6.4. Bước 4: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.5. Bước 5:

Nếu khuyết < 1/3 chiều dài mi: khâu trực tiếp theo lớp giải phẫu (kết mạc – sụn – da).
Nếu khuyết 1/3–2/3: dùng vạt trượt, vạt xoay hoặc ghép sụn niêm mạc.
Nếu khuyết > 2/3: cần kỹ thuật ghép vạt phức hợp (Hughes flap, Cutler-Beard flap).

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi kết mạc, sụn mi, da bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.
Đặt mỡ kháng sinh tại chỗ.
Băng ép vô trùng.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Hình thái và chức năng mi mắt.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương giác mạc, kết mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu khi cần.
- Hở mi, trợn mi, hở giác mạc: có thể phải phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, biến dạng bờ mi.
- Tái phát u (nhất là ác tính).
- Không cân xứng khe mi, cần tái tạo bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the eyelid and periorbital region. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

215. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U bờ mi có thể lành tính (u tuyến bã, u tuyến mồ hôi, nang bì, papilloma…) hoặc ác tính (carcinoma tế bào đáy, carcinoma tế bào vảy). Các khối u này gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến chức năng bảo vệ nhãn cầu, có thể xâm lấn kết mạc, giác mạc hoặc hốc mắt.

Nguyên lý: Cắt bỏ toàn bộ khối u, kèm theo một phần tổ chức lành xung quanh (nếu nghi ngờ ác tính), đồng thời tái tạo bờ mi nhằm phục hồi chức năng nhắm mở mắt và đảm bảo thẩm mỹ.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn khối u, hạn chế tái phát.
- Phục hồi giải phẫu bờ mi.
- Bảo tồn chức năng bảo vệ nhãn cầu.
- Đảm bảo kết quả thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính bờ mi gây biến dạng, ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ.
- U nghi ngờ ác tính bờ mi.
- U bờ mi tái phát sau điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt.
- Người bệnh không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- U lan rộng không còn chỉ định phẫu thuật triệt để, cần phối hợp xạ trị/hóa trị.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch).
- Khối u lan rộng vào giác mạc hoặc hốc mắt → cần hội chẩn đa chuyên khoa.
- Chú ý bảo tồn hàng lông mi và bờ mi khi có thể.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu cỡ nhỏ.
- Dụng cụ cầm máu (dao điện, bipolar).
- Kính lúp/vi phẫu để khâu phục hồi bờ mi.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của u.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Đánh dấu diện cắt quanh u, đảm bảo diện an toàn.

6.2. Bước 2: Cắt bỏ toàn bộ khối u kèm một phần mô lành xung quanh (nếu u ác tính).

6.3. Bước 3: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.4. Bước 4: Cầm máu kỹ.

6.5. Bước 5:

Nếu khuyết < 1/3 chiều dài bờ mi: khâu trực tiếp theo lớp giải phẫu (kết mạc – sụn mi – da).

Nếu khuyết lớn hơn: sử dụng vạt xoay, vạt cầu hoặc ghép sụn/niêm mạc để tái tạo bờ mi.

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi kết mạc, sụn mi và da bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.
Đặt mỡ kháng sinh tại chỗ.
Băng ép vô trùng.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Hình thái và chức năng bờ mi.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương giác mạc, kết mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hở mi, trợn mi, khe mi hở: cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo bờ mi.
- Tái phát u (nhất là u ác tính).
- Lệch, biến dạng bờ mi → cần phẫu thuật tái tạo bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the eyelid and periorbital region. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

216. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U GÓC MẮT TRONG

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U góc mắt trong có thể lành tính (u nang bì, u tuyến lệ phụ, u mỡ) hoặc ác tính (carcinoma, melanoma…). Khối u thường gây biến dạng góc mắt, ảnh hưởng thẩm mỹ, có thể làm lệch khe mi, chảy nước mắt, thậm chí xâm lấn hệ thống lệ hoặc hốc mắt.

Nguyên lý: Cắt bỏ triệt để khối u, kèm một phần tổ chức lành xung quanh nếu cần, sau đó tái tạo lại góc mắt trong và đảm bảo sự lưu thông của hệ thống lệ.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn khối u, hạn chế tái phát.
- Bảo tồn chức năng lệ đạo và nhãn cầu.
- Phục hồi giải phẫu, thẩm mỹ vùng góc mắt trong.

2. CHỈ ĐỊNH

- U góc mắt trong lành tính hoặc ác tính có chỉ định phẫu thuật.
- Khối u gây biến dạng khe mi, ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ.
- U nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ để làm giải phẫu bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt, kết mạc.
- Bệnh toàn thân nặng không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Khối u lan rộng, không còn chỉ định phẫu thuật triệt để (cần phối hợp xạ trị, hóa trị).

4. THẬN TRỌNG

- U liên quan đến hệ thống lệ đạo → cần hội chẩn chuyên khoa mắt.
- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, tim mạch).
- Tổn thương gần thần kinh, mạch máu quan trọng cần phẫu thuật viên kinh nghiệm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mắt – tạo hình.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu cỡ nhỏ.
- Dụng cụ thăm dò và bảo vệ lệ đạo.
- Dao điện, bipolar cầm máu.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá kích thước, ranh giới, mức độ xâm lấn của u.
- Chụp hình ảnh (siêu âm, CT, MRI) khi cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Đường rạch da theo nếp tự nhiên vùng góc mắt trong.

6.2. Bước 2: Bóc tách bộc lộ khối u.

6.3. Bước 3: Cắt bỏ toàn bộ khối u, kèm theo một phần tổ chức lành nếu nghi ngờ ác tính.

6.4. Bước 4: Nếu liên quan lệ đạo: đặt ống thông hoặc tạo hình lệ đạo bảo tồn lưu thông.

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ.

6.6. Bước 6: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi dây chằng góc mắt trong (nếu bị tổn thương).

6.8. Bước 8: Sử dụng vạt da, ghép da hoặc kỹ thuật Z-plasty/W-plasty khi cần để che phủ.

6.9. Bước 9: Khâu cân, da từng lớp bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: tình trạng chảy máu, phù nề.
- Độ mở khe mi, chức năng lệ đạo.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương hệ thống lệ đạo → tái tạo hoặc đặt ống thông.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc → xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu khi cần.
- Biến dạng góc mắt trong: có thể phải phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, biến dạng góc mắt.
- Hẹp hoặc tắc lệ đạo.
- Tái phát u (nhất là ác tính).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the medial canthus: management and reconstruction. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

217. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U GÓC MẮT NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: U góc mắt ngoài có thể lành tính (u mỡ, u biểu mô, nang bì…) hoặc ác tính (u tuyến bã, carcinoma…). Các khối u này gây biến dạng góc mắt, ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng bảo vệ nhãn cầu, thậm chí có nguy cơ xâm lấn tổ chức lân cận.

Nguyên lý: Phẫu thuật cắt bỏ triệt để khối u, giải phóng tổ chức xung quanh, đồng thời tạo hình lại góc mắt ngoài nhằm phục hồi thẩm mỹ và chức năng.

Mục đích:

- Loại bỏ hoàn toàn tổ chức u.
- Ngăn ngừa tái phát.
- Phục hồi giải phẫu và thẩm mỹ góc mắt ngoài.
- Bảo tồn chức năng thị giác.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính hoặc ác tính vùng góc mắt ngoài có chỉ định phẫu thuật.
- Khối u gây biến dạng mi mắt, hạn chế chức năng nhãn cầu.
- U nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ làm giải phẫu bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt, kết mạc.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- U lan rộng không còn chỉ định phẫu thuật triệt để → cần phối hợp điều trị khác (xạ trị, hóa trị).

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, bệnh tim mạch).
- U gần thần kinh, mạch máu quan trọng → cần phẫu thuật viên kinh nghiệm.
- Tổn thương phối hợp giác mạc, kết mạc cần hội chẩn chuyên khoa mắt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Kính lúp phẫu thuật.
- Miếng silicone bảo vệ mắt
- Dụng cụ vén mi
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá kích thước, vị trí, ranh giới khối u.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc mê toàn than.

6.1. Bước 1: Đường rạch da theo nếp da tự nhiên góc mắt ngoài.

6.2. Bước 2: Bóc tách bộc lộ khối u.

6.3. Bước 3: Cắt trọn u cùng một phần tổ chức lành xung quanh (nếu u ác tính).

6.4. Bước 4: Cầm máu kỹ.

6.5. Bước 5: Gửi mẫu làm giải phẫu bệnh.

6.6. Bước 6:

Nếu khuyết nhỏ: khâu trực tiếp.

Nếu khuyết lớn: dùng vạt da tại chỗ, ghép da, ghép niêm mạc hoặc canthoplasty để tái tạo góc mắt ngoài.

6.7. Bước 7: Khâu cân cơ và da từng lớp bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Hình dạng khe mi và góc mắt ngoài.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hở mi, trợn mi hoặc biến dạng góc mắt ngoài: có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo.
- Tái phát u (đặc biệt u ác tính).
- Góc mắt ngoài không cân xứng hai bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Kersten RC, Kulwin DR. Tumors of the eyelid and periorbital region. Ophthalmol Clin North Am, 1993.

218. PHẪU THUẬT GHÉP SỤN MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Ghép sụn mi mắt là phẫu thuật sử dụng mảnh sụn (thường lấy từ sụn mi đối bên, sụn tai hoặc sụn vách mũi) để tái tạo lại cấu trúc sụn mi trong trường hợp mất đoạn, khuyết hổng do chấn thương, u, bỏng, hoặc di chứng phẫu thuật.

Nguyên lý: Cắt ghép một phần sụn có độ cong, độ dày phù hợp, khâu ghép vào vị trí khuyết để tái tạo độ vững chắc, hình dạng và chức năng của mi mắt.

Mục đích:

- Tái tạo khung nâng đỡ mi mắt.
- Khôi phục chức năng bảo vệ giác mạc.
- Đảm bảo độ cong, độ chắc và thẩm mỹ của mi mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hổng sụn mi mắt do chấn thương, cắt u.
- Dị tật bẩm sinh hoặc bất thường sụn mi.
- Sẹo co kéo làm mất độ vững của mi mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch).
- Cần cân nhắc lựa chọn vị trí lấy sụn (tai, vách mũi, mi đối bên) sao cho giảm tối thiểu biến chứng.
- Đảm bảo che phủ tốt mảnh ghép để tránh lộ sụn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Dao, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Dụng cụ lấy sụn (dụng cụ lấy sụn tai, vách mũi). - Kính lúp phẫu thuật.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, khám chuyên khoa mắt.
- Đánh giá tổn khuyết sụn mi, kích thước và vị trí.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Chọn vị trí lấy sụn: mi đối bên, sụn vành tai, sụn vách mũi.

- Lấy mảnh sụn có kích thước và độ cong phù hợp.
- Xử lý, tạo hình mảnh sụn theo khuyết hổng.

6.2. Bước 2: Bộc lộ khuyết sụn mi mắt.

- Cắt lọc mô xơ sẹo, tạo rìa ghép vững chắc.
- Đặt mảnh sụn vào vị trí khuyết.

6.3. Bước 3:

- Khâu cố định sụn với mô xung quanh bằng chỉ không tiêu.
- Đảm bảo mảnh ghép khít, che phủ tốt bởi tổ chức mềm.

6.4. Bước 4:

- Khâu phục hồi cân, da và niêm mạc theo lớp.
- Băng ép vô trùng.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, sinh hiệu.
- Tình trạng vết mổ, che phủ mảnh ghép.
- Chức năng đóng mở mi mắt.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, có thể phải lấy bỏ mảnh ghép.
- Lệch, di lệch mảnh ghép: phẫu thuật chỉnh sửa.
- Hở mảnh ghép: bổ sung che phủ niêm mạc/da.

7.4. Biến chứng muộn

- Teo, tiêu sụn.
- Biến dạng, co kéo mi.
- Sẹo xấu ảnh hưởng thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Dortzbach RK, Woog JJ. Use of tarsoconjunctival grafts in eyelid reconstruction. Arch Ophthalmol, 1985.

219. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KÉO GẦN HAI HỐC MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật kéo gần hai hốc mắt (correction of orbital hypertelorism) là phẫu thuật sọ mặt nhằm đưa hai hốc mắt lại gần nhau, áp dụng trong trường hợp khoảng cách hai hốc mắt quá xa (hypertelorism). Đây là dị tật bẩm sinh hiếm gặp, thường đi kèm với các bất thường sọ mặt khác.

Nguyên lý: Cắt rời khối xương hốc mắt – mũi, di chuyển vào trong và cố định lại nhằm giảm khoảng cách liên hốc mắt, phục hồi hình thể sọ mặt và thẩm mỹ.

Mục đích:

- Giảm khoảng cách hai hốc mắt về mức sinh lý.
- Đảm bảo cân đối, hài hòa khuôn mặt.
- Bảo tồn và cải thiện chức năng thị giác.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho các phẫu thuật sọ mặt tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tật hốc mắt xa bẩm sinh mức độ vừa và nặng.
- Khoảng cách liên hốc mắt lớn gây ảnh hưởng thẩm mỹ, tâm lý xã hội.
- Dị tật sọ mặt phối hợp cần phẫu thuật chỉnh hình.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật lớn.
- Nhiễm trùng vùng sọ mặt chưa kiểm soát.
- Trẻ nhỏ (< 5 tuổi), xương sọ chưa phát triển ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có dị tật sọ não phối hợp (não úng thủy, khe hở sọ mặt).
- Bệnh toàn thân mạn tính (tim bẩm sinh, rối loạn đông máu).
- Cần hội chẩn đa chuyên khoa: sọ mặt, mắt, thần kinh, gây mê hồi sức.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ mặt – tạo hình.
- Bộ khoan cắt xương sọ mặt.
- Nẹp, vít titan cố định xương.
- Bộ dụng cụ vi phẫu (nếu cần).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Chụp CT sọ mặt dựng hình 3D để đo khoảng cách hốc mắt và lên kế hoạch cắt xương.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ (cạo tóc sạch) và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch

- Tê tại chỗ
- Rạch da theo đường bicoronal, bộc lộ trán, ổ mắt.

6.2. Bước 2: Thực hiện kỹ thuật box osteotomy hoặc facial bipartition.

6.3. Bước 3: Giải phóng khối xương hốc mắt – mũi.

- Đưa hai hốc mắt vào trong, điều chỉnh khoảng cách liên hốc mắt.
- Đảm bảo cân đối, đối xứng hai bên.

6.4. Bước 4: Cố định khối xương bằng nẹp, vít titan.

- Có thể ghép xương tự thân/đồng loại che phủ khuyết hổng.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi cân, cơ, da.

- Đặt dẫn lưu khi cần.

- Băng ép vùng sọ mặt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Vết mổ: tình trạng chảy máu, phù nề.
- Thị lực, vận động nhãn cầu.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu nhiều: xử trí cầm máu, truyền máu.
- Tổn thương thần kinh thị giác, thần kinh sọ: xử trí chuyên khoa.
- Rò dịch não tủy: khâu kín màng cứng, dẫn lưu.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não: điều trị kháng sinh, hồi sức.
- Lệch trục nhãn cầu, song thị: theo dõi, có thể phẫu thuật chỉnh sửa.
- Hoại tử da, sẹo xấu: xử trí bằng chăm sóc tại chỗ hoặc tạo hình bổ sung.

7.4. Biến chứng muộn

- Tái phát hốc mắt xa.
- Bất đối xứng khuôn mặt.
- Ảnh hưởng phát triển sọ mặt ở trẻ em.
- Cần phẫu thuật bổ sung nhiều thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tessier P. Orbital hypertelorism: surgical treatment. Plast Reconstr Surg, 1973.
- Whitaker LA, Bartlett SP. Surgical treatment of orbital hypertelorism. Clin Plast Surg, 1987.
- Fearon JA. Treatment of orbital hypertelorism: modern modifications. Plast Reconstr Surg, 2001.
- Posnick JC. Craniofacial and Maxillofacial Surgery in Children and Young Adults. Saunders, 2000.

220. PHẪU THUẬT TÁI TẠO GÓC MẮT TRONG

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Tái tạo góc mắt trong là phẫu thuật nhằm phục hồi hình dạng và chức năng của góc mắt trong sau dị tật bẩm sinh (như nếp quạt – epicanthus), chấn thương, bỏng hoặc di chứng phẫu thuật/u vùng góc mắt. Biến dạng góc mắt trong có thể gây lệch khe mi, hẹp khe mi, mất cân đối khuôn mặt và ảnh hưởng thẩm mỹ.

Nguyên lý: Cắt bỏ mô sẹo hoặc nếp bất thường, thiết kế và chuyển vạt da/niêm mạc theo hình Z, W hoặc Y-V để tạo hình lại góc mắt trong, đồng thời tái tạo dây chằng góc mắt trong nếu cần.

Mục đích:

- Khôi phục giải phẫu góc mắt trong.
- Tạo sự cân đối hai mắt và khuôn mặt.
- Giữ hoặc cải thiện chức năng bảo vệ nhãn cầu.
- Đảm bảo kết quả thẩm mỹ lâu dài.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật bẩm sinh: nếp quạt (epicanthus), khe mi trong bất thường.
- Di chứng chấn thương, bỏng vùng góc mắt trong gây biến dạng.
- Sẹo co kéo vùng góc mắt trong.
- Tạo hình góc mắt trong kết hợp phẫu thuật khe hở mi mắt, dị tật sọ mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi, kết mạc.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có sẹo phức tạp vùng quanh mắt, cần kết hợp nhiều kỹ thuật tạo hình.
- Tổn thương phối hợp hệ thống lệ → cần hội chẩn chuyên khoa mắt.
- Cần tính toán kỹ để tránh hẹp khe mi hoặc lệch trục khe mi sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Dao điện, kéo vi phẫu, kẹp nhỏ.
- Dụng cụ thiết kế và cắt vạt da (Z-plasty, W-plasty, Y-V).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, chuyên khoa mắt.
- Đánh giá khe mi, khoảng cách hai mắt, tình trạng góc mắt trong, hệ thống lệ.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường rạch da theo thiết kế Z-plasty, W-plasty hoặc Y-V.

6.2. Bước 2: Tiến hành rạch da theo đường đã vẽ

6.3. Bước 3: Giải phóng mô sẹo hoặc nếp quạt bất thường.

Nếu cần, tái tạo dây chằng góc mắt trong và cố định vào mào lệ trong.

6.4. Bước 4: Chuyển vạt da/niêm mạc theo thiết kế để tái tạo khe mi và góc mắt trong.

6.5. Bước 5: Khâu cân, da bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

Khâu da vết rạch theo lớp.

Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: chảy máu, phù nề.
- Khe mi, vị trí góc mắt trong.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương hệ thống lệ → hội chẩn chuyên khoa mắt, xử trí phù hợp.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Phù nề, tụ máu: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hẹp khe mi hoặc góc mắt trong lệch → có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo, tái phát nếp quạt.
- Góc mắt trong không cân xứng.
- Ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng → phẫu thuật sửa chữa bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Tessier P. Epicanthus correction. Plast Reconstr Surg, 1984.

221. PHẪU THUẬT TÁI TẠO GÓC MẮT NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Tái tạo góc mắt ngoài là phẫu thuật nhằm phục hồi lại vị trí, hình dạng và chức năng của góc mắt ngoài sau các tổn thương, dị tật bẩm sinh hoặc di chứng phẫu thuật. Dị tật góc mắt ngoài có thể gây bất đối xứng hai mắt, ảnh hưởng thẩm mỹ, chảy nước mắt, trợn mi hoặc hở mi.

Nguyên lý: Giải phóng mô sẹo hoặc dị dạng tại góc mắt ngoài, định vị lại dây chằng góc mắt ngoài (lateral canthal tendon) và tái tạo bờ mi bằng khâu cố định vào vị trí giải phẫu bình thường hoặc sử dụng ghép/vạt che phủ.

Mục đích:

- Khôi phục hình dạng tự nhiên góc mắt ngoài.
- Đảm bảo sự cân đối hai mắt.
- Khôi phục chức năng bảo vệ nhãn cầu.
- Cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật bẩm sinh góc mắt ngoài (góc mắt ngoài rộng, thấp, bất thường).
- Di chứng chấn thương, bỏng, u hoặc phẫu thuật gây biến dạng góc mắt ngoài.
- Sẹo co kéo làm biến dạng mi mắt và góc mắt ngoài.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mắt, mi mắt, hốc mắt.
- Toàn thân không đủ điều kiện gây mê/phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch).
- Mi mắt có sẹo phức tạp, cần kết hợp nhiều kỹ thuật tạo hình.
- Cần hội chẩn chuyên khoa mắt khi có tổn thương phối hợp giác mạc, kết mạc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Dụng cụ vi phẫu
- Kẹp chuyên dụng tái tạo góc mắt.
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, chuyên khoa mắt.
- Đánh giá độ mở khe mi, vị trí góc mắt ngoài, độ đối xứng hai bên.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đường rạch nhỏ theo nếp da tự nhiên hoặc qua kết mạc

6.2. Bước 2: Giải phóng mô sẹo, xác định dây chằng góc mắt ngoài

6.3. Bước 3: Định vị lại dây chằng góc mắt ngoài, cố định vào màng xương ổ mắt (periosteum) tại vị trí giải phẫu bình thường

- Có thể sử dụng kỹ thuật canthopexy (treo dây chằng góc mắt ngoài) hoặc canthoplasty (cắt tạo hình và cố định lại).
- Nếu thiếu tổ chức: dùng vạt da, ghép niêm mạc, ghép da che phủ.

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi từng lớp.

- Khâu da thẩm mỹ hoặc khâu kết mạc.
- Băng ép nhẹ vùng mắt.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: phù nề, chảy máu.
- Độ mở khe mi, vị trí góc mắt ngoài.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương kết mạc, giác mạc: xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, kháng sinh đồ.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Lệch góc mắt ngoài, khe mi không cân: có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo góc mắt ngoài.
- Góc mắt ngoài bất cân xứng, lệch vị trí.
- Hở mi, trợn mi → phẫu thuật sửa chữa bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Anderson RL, Gordy DD. Lateral canthoplasty: a simplified technique. Arch Ophthalmol, 1979.

222. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO CHO Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Ghép vật liệu nhân tạo cho ổ mắt là phẫu thuật nhằm phục hồi thể tích ổ mắt sau khi đã khoét bỏ nhãn cầu hoặc mất tổ chức trong ổ mắt, giúp đảm bảo thẩm mỹ và tạo điều kiện mang mắt giả.

Nguyên lý: Đặt vật liệu nhân tạo (porous polyethylene – Medpor, hydroxyapatite, bioceramic implant, silicone sphere…) vào trong ổ mắt để thay thế thể tích bị mất, khâu che phủ bằng kết mạc và cơ vận nhãn.

Mục đích:

- Tái lập thể tích ổ mắt, tránh hốc mắt trũng.
- Tạo giá đỡ cho mắt giả, cải thiện thẩm mỹ.
- Đảm bảo vận động phù hợp của mắt giả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ổ mắt trống sau phẫu thuật khoét bỏ nhãn cầu.
- Ổ mắt bị teo, lõm, mất thể tích.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, cần mang mắt giả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính ổ mắt hoặc vùng quanh mắt.
- Toàn thân không đủ điều kiện cho gây mê/phẫu thuật.
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo định ghép.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch) tăng nguy cơ nhiễm trùng.
- Tổ chức kết mạc, cơ vận nhãn quá mỏng, không đủ che phủ vật liệu.
- Cần chọn loại vật liệu tương thích sinh học tốt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mắt.
- Vật liệu nhân tạo: hydroxyapatite, Medpor, bioceramic, silicone sphere…
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu.
- Dụng cụ tạo hình kết mạc, cơ vận nhãn.
- Miếng silicone che mắt.
- Chất liệu nhân tạo tạo hình ổ mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Đánh giá thể tích, mô mềm ổ mắt.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh giá theo từng mức độ tổn thương

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường mi dưới bờ dưới ổ mắt, bộc lộ sàn ổ mắt, nâng xương sàn ổ mắt bị sập về vị trí ban đầu

6.4. Bước 4: Lấy xương vật liệu độn nhân tạo củng cố sàn ổ mắt

6.5. Bước 5: Cố định miếng độn

6.6. Bước 6: Cầm máu, khâu đóng các vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết mổ, phù nề, chảy máu.
- Tình trạng che phủ kết mạc trên implant.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, băng ép.
- Tổn thương mô mềm, cơ vận nhãn → khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân, có thể phải lấy bỏ implant.
- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, dẫn lưu nếu cần.
- Hở implant: xử trí bằng ghép bổ sung tổ chức che phủ.

7.4. Biến chứng muộn

- Thải loại implant, lộ implant.
- Xơ hoá, co rút túi cùng kết mạc.
- Khó mang mắt giả → phẫu thuật sửa chữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Soares EJ, Dantas PE. Orbital implants in enucleation surgery. Arq Bras Oftalmol, 2009.
- Nunery WR. Principles and techniques of orbital implant surgery. Ophthalmol Clin North Am, 1991.
- Jordan DR, Gilberg S. Medpor porous polyethylene implants in orbital reconstruction. Ophthal Plast Reconstr Surg, 1998.
- Yousuf SJ, Jones LS. Enucleation and evisceration. Curr Opin Ophthalmol, 2012.

223. PHẪU THUẬT NÂNG SÀN HỐC MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Nâng sàn hốc mắt là phẫu thuật nhằm khắc phục tình trạng hốc mắt sâu, mắt trũng, lồi mắt giả hoặc hốc mắt bất cân xứng. Nguyên nhân có thể do chấn thương gây khuyết xương sàn hốc mắt, do teo mỡ sau xạ trị, teo tổ chức sau cắt bỏ u, hoặc do dị tật bẩm sinh.

Nguyên lý: Phẫu thuật bổ sung vật liệu ghép hoặc di chuyển tổ chức tự thân để nâng cao và tái lập lại sàn hốc mắt, từ đó đưa nhãn cầu về vị trí giải phẫu bình thường, cải thiện chức năng và thẩm mỹ.

Mục đích:

- Phục hồi thể tích hốc mắt.
- Đưa nhãn cầu về vị trí giải phẫu bình thường.
- Bảo vệ chức năng thị giác.
- Cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hốc mắt sâu, nhãn cầu trũng sau chấn thương vỡ sàn hốc mắt.
- Khuyết xương sàn hốc mắt sau phẫu thuật u.
- Hốc mắt teo nhỏ sau xạ trị.
- Dị tật bẩm sinh gây mắt trũng hoặc bất cân xứng hốc mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Toàn thân không đảm bảo cho gây mê/phẫu thuật.
- Nhiễm trùng cấp vùng hốc mắt, xoang hoặc lân cận.
- Bệnh lý mắt nặng chưa kiểm soát (viêm giác mạc, viêm nội nhãn, glôcôm mất bù…).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính (đái tháo đường, suy thận, bệnh máu khó đông).
- Sẹo dính phức tạp vùng hốc mắt – mi.
- Trường hợp hốc mắt teo nhiều cần kết hợp nhiều thì phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ mặt, tạo hình.
- Bộ vi phẫu (nếu cần).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân, khám chuyên khoa mắt.
- Chụp CT scan hốc mắt để đánh giá khuyết hổng.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1,5-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa, đầu hơi cao

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:. Đánh giá theo từng mức độ tổn thương

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường mi dưới bờ dưới ổ mắt, Bộc lộ toàn bộ vùng sàn hốc mắt bị khuyết, xác định ranh giới ổ xương. Giải phóng các tổ chức xơ, mô sẹo. mắt, nâng xương sàn ổ mắt bị sập về vị trí ban đầu

6.4. Bước 4: Đặt vật liệu ghép (xương tự thân, sụn, titan mesh, Medpor…) vào vị trí khuyết hổng.

Đảm bảo tái lập sàn hốc mắt phẳng, không ép vào thần kinh thị.

6.5. Bước 5: Cố định vật liệu ghép (nếu cần).

6.6. Bước 6: Lấy xương hoặc vật liệu độn nhân tạo củng cố sàn ổ mắt

6.7. Bước 7: Cố định xương hoặc miếng độn
6.8. Bước 8: Cầm máu, khâu đóng các vết mổ.
6.9. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Vết mổ, tình trạng hốc mắt, vận nhãn.
- Thị lực, đồng tử.

7.2. Tai biến trong mổ
- Chảy máu hốc mắt: cầm máu, dẫn lưu.
- Tổn thương thần kinh thị giác: hạn chế thao tác, xử trí theo chuyên khoa mắt.
- Tổn thương cơ vận nhãn: khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau mổ
- Chảy máu, tụ máu hốc mắt: băng ép, mở dẫn lưu nếu cần.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, chăm sóc vết mổ.
- Song thị do tổn thương hoặc dính cơ vận nhãn: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật chỉnh sửa.
- Lệch, di lệch vật liệu ghép: phẫu thuật lại.

7.4. Biến chứng muộn
- Lõm mắt tái phát.
- Biến dạng mi mắt.
- Lệch trục nhãn cầu.
- Sẹo xấu, dính kết mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Converse JM. Reconstructive Plastic Surgery of the Orbital Region. Saunders, 1995.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Clauser L, Galiè M. Orbital surgery: trauma, oncology, malformations. Springer, 2015.
- Ridgway EB, Chen C. Reconstruction of Orbital Floor Defects. Plast Reconstr Surg. 2009.

224. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Khe hở mi (coloboma mi mắt) là dị tật bẩm sinh hiếm gặp do sự khiếm khuyết trong quá trình phát triển phôi thai, dẫn đến mất đoạn tổ chức ở bờ mi. Tổn khuyết có thể nhỏ hoặc lớn, thường gặp ở mi trên, đôi khi ở mi dưới. Dị tật ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây hở giác mạc, khô mắt, viêm kết mạc, loét giác mạc, giảm thị lực.

Nguyên lý phẫu thuật: Giải phóng mép khe hở, tạo hình lại bờ mi bằng các kỹ thuật chuyển vạt, khâu trực tiếp hoặc ghép tổ chức, nhằm phục hồi giải phẫu và chức năng bảo vệ nhãn cầu.

Mục đích của kỹ thuật:

- Khôi phục giải phẫu mi mắt, đặc biệt là bờ mi.
- Bảo vệ giác mạc, hạn chế biến chứng khô loét giác mạc.
- Đảm bảo chức năng chớp mắt.
- Cải thiện thẩm mỹ vùng mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật khe hở mi bẩm sinh một bên hoặc hai bên.
- Khe hở mi gây hở giác mạc, ảnh hưởng chức năng bảo vệ mắt.
- Khe hở mi gây ảnh hưởng thẩm mỹ rõ rệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng, không đảm bảo an toàn gây mê/phẫu thuật.
- Nhiễm trùng cấp vùng mắt hoặc quanh hốc mắt.
- Viêm kết mạc cấp, viêm giác mạc chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có kèm theo các dị tật mắt – sọ mặt khác (dị tật kết hợp cần lên kế hoạch điều trị phối hợp).
- Các bệnh lý mắt mạn tính (glôcôm, khô mắt nặng).
- Người bệnh nhỏ tuổi, cần tính toán kỹ phương pháp và thời điểm phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch

- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ tạo hình.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi.
- Bộ vi phẫu (nếu cần).
- Miếng silicone che mắt.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa mắt.
- Xác định vị trí, kích thước khe hở mi.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2,5-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm:

Thường gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ. Có thể gây tê tại chỗ ở người lớn, khe hở nhỏ.

6.1. Bước 1: Tê tại chỗ mi dưới

6.2. Bước 2: Rạch mi dưới

Đánh dấu bờ khe hở.

Giải phóng mép khe hở

6.3. Bước 3: tuỳ theo từng mức độ tổn thương

Khe hở nhỏ (<1/4 chiều dài mi): khâu trực tiếp mép khe hở theo lớp giải phẫu (kết mạc, sụn mi, da).

Khe hở vừa (1/4–1/3 chiều dài mi): tạo vạt trượt, vạt Z-plasty, vạt tam giác.

Khe hở lớn (>1/3 chiều dài mi): kết hợp ghép sụn mi, ghép kết mạc, vạt tạo hình phức tạp.

6.4. Bước 4: Tạo hình lại bờ mi: phục hồi hàng lông mi, khớp chính xác mép mi để tránh trợn mi.

6.5. Bước 5: Đặt mảnh bảo vệ giác mạc trong quá trình khâu.

6.6. Bước 6: Khâu da thẩm mỹ, đặt gạc vô trùng.

6.7. Bước 7: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp.
- Tình trạng vết mổ, phù nề, chảy máu.
- Thị lực, giác mạc.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu, khâu ép.
- Tổn thương giác mạc: bảo vệ, xử trí chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Tụ máu, phù nề: chườm lạnh, thuốc giảm phù.
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân, kháng sinh đồ.
- Lệch bờ mi, trợn mi: có thể cần phẫu thuật chỉnh sửa.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo co kéo.
- Sụp mi, hở mi tái phát.
- Biến dạng bờ mi, lông xiêu.
- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu → phẫu thuật sửa chữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone, 1991.
- McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing, 2008.
- Spinelli HM. Atlas of Eyelid and Periorbital Surgery. Springer, 2012.
- Codner MA, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010.

225. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở mặt là khe hở phần mềm hoặc xương mặt, biểu hiện từ nhẹ đến nặng.
- Nguyên lý phẫu thuật: sửa chữa các tổn thương. Đây là phẫu thuật khó và có thể cần phẫu thuật nhiều lần
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Khe hở mặt ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của trẻ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ cắt chỉnh xương
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các điều trị trước đây với tật bẩm sinh, các chỉ số sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ khe hở mặt, phân loại khe hở mặt, các ảnh hưởng của khe hở mặt đến chức năng và thẩm mỹ, mức độ khuyết xương và phần mềm.
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

Tuỳ theo từng mức độ tổn thương

6.1 Thì 1 (khi trẻ 03 đến 12 tháng tuổi): đóng khe hở phần mềm môi mũi

6.2 Thì 2 (khi trẻ 6 đến 9 tuổi): ghép xương và tạo hình tầng giữa mặt

6.3 Thì 3 (khi trẻ từ 14 tuổi trở lên): chỉnh nha và khớp cắn

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

226. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ DÁI TAI

1. ĐẠI CƯƠNG
- Là khe hở dái tai biểu hiện từ nhẹ đến nặng.
- Mục đích của phẫu thuật là đóng khe hở đạt cấu trúc giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng.

2. CHỈ ĐỊNH
- Khe hở ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của trẻ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
- Toàn trạng của trẻ không phù hợp với phẫu thuật
- Cha mẹ không đồng ý phẫu thuật
- Mắc các bệnh tâm thần.

4. THẬN TRỌNG
- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ
5.1. Người thực hiện
- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc
- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Betadin 10%

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính cá nhân
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Silicone làm khung tai

5.4. Người bệnh
- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của tai bệnh, so sánh với tai lành.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, CT scan hàm mặt.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm gây mê nội khí quản
6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch, vạt cần thiết
6.2. Bước 2: Tê tại chỗ
6.3. Bước 3: Phẫu tích các lớp giải phẫu
6.4. Bước 4: Tạo hình từng lớp sụn, da
- Nếu khuyết hổng nhiều có thể chuyển vạt tại chỗ hay lân cận.
6.5. Bước 5: Băng vết mổ (khung silicone nếu cần)
6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

227. PHẪU THUẬT GHÉP BỘ PHẬN MŨI ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại bộ phận mũi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại bộ phận mũi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì bộ phận mũi đứt rời có động mạch khỏe nhưng tĩnh mạch yếu nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát, bẩn.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh
- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:
- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch cho mảnh ghép, chuẩn bị động mạch nhận.

6.2. Bước 2: Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép

6.3. Bước 3: .
- Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.
- Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận.
- Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.
- Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0
tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.
- Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.
- Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.
- Đóng da thưa
- Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. *Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. *Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery*. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
3. Evans G. *Operative Plastic Surgery*. Oxford University Press; 2019.
4. Watanabe K, Shoja MM, Loukas M, Tubbs RS, eds. *Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck*. 1st edition. Thieme; 2016.
5. Rohrich RJ, Barton FE, Hollier L. Nasal reconstruction In Aston SJ, Beasley RW, Thorne HM, eds. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.
6. Haddock NT, Saadeh PB, Siebert JW. Achieving aesthetic results in facial reconstructive microsurgery: planning and executing secondary refinements. PlastReconstr Surg 130:1236-1245, 2012

7. Freedman AM, Hidalgo DA. Full-thickness lip and cheek reconstruction with the radial forearm free flap. Ann Plast Surg 25:287, 1990.
8. Furuta S, Sakaguchi Y, Iwasawa M,et al. Reconstruction of the lips, oral commissure, and full-thickness cheek with a composite radial forearm palmaris longus free flap. Ann Plast Surg 33:544, 1994.
9. Sadove RC, Luce EA, McGrath PC. Reconstruction of the lower lip and chin with the composite radial forearm-palmaris longus free flap. Plast Reconstr Surg 88:209, 1991.
10. Godefroy WP, Klop WM, Smeele LE,et al.Free-flap reconstruction of largefull-thickness lip and chin defects. Ann Otol Rhinol Laryngol 121:594, 2012.

228. PHẪU THUẬT GHÉP TOÀN BỘ MŨI ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại toàn bộ mũi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại toàn bộ mũi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì toàn bộ mũi đứt rời có động mạch khỏe nhưng tĩnh mạch yếu nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát, bẩn.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch cho mảnh ghép, chuẩn bị động mạch nhận

6.2. Bước 2: Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép

6.3. Bước 3: - Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.
- Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận.
- Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.
- Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.
- Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.
- Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.
- Đóng da thưa
- Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Neligan PC. Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
- Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgry. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
- Evans G. Operative Plastic Surgery. Oxford University Press; 2019.
- Watanabe K, Shoja MM, Loukas M, Tubbs RS, eds. Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck. 1st edition. Thieme; 2016.
- Rohrich RJ, Barton FE, Hollier L. Nasal reconstruction In Aston SJ, Beasley RW, Thorne HM, eds. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.
- Haddock NT, Saadeh PB, Siebert JW. Achieving aesthetic results in facial reconstructive microsurgery: planning and executing secondary refinements. PlastReconstr Surg 130:1236-1245, 2012

- Freedman AM, Hidalgo DA. Full-thickness lip and cheek reconstruction with the radial forearm free flap. Ann Plast Surg 25:287, 1990.
- Furuta S, Sakaguchi Y, Iwasawa M,et al. Reconstruction of the lips, oral commissure, and full-thickness cheek with a composite radial forearm palmaris longus free flap. Ann Plast Surg 33:544, 1994.
- Sadove RC, Luce EA, McGrath PC. Reconstruction of the lower lip and chin with the composite radial forearm-palmaris longus free flap. Plast Reconstr Surg 88:209, 1991.
- Godefroy WP, Klop WM, Smeele LE,et al.Free-flap reconstruction of largefull-thickness lip and chin defects. Ann Otol Rhinol Laryngol 121:594, 2012.

229. PHẪU THUẬT GHÉP TOÀN BỘ MŨI VÀ BỘ PHẬN XUNG QUANH ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại toàn bộ mũi và bộ phận xung quanh đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại toàn bộ mũi và bộ phận xung quanh đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì toàn bộ mũi và bộ phận xung quanh đứt rời có động mạch khỏe nhưng tĩnh mạch yếu nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát không có khả năng ghép nối
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, thời gian thiếu máu quá 12 tiếng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch cho mảnh ghép, chuẩn bị động mạch nhận.

6.2. Bước 2: Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép.

6.3. Bước 3:

- Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.
- Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận.
- Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.
- Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.
- Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.
- Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.

- Đóng da thưa
- Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. *Plastic Surgery: 6 Volume Set - E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Haggerty CJ, Laughlin RM, eds. *Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery*. 2 edition. Wiley-Blackwell; 2022.
3. Evans G. *Operative Plastic Surgery*. Oxford University Press; 2019.
4. Watanabe K, Shoja MM, Loukas M, Tubbs RS, eds. *Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck*. 1st edition. Thieme; 2016.
5. Rohrich RJ, Barton FE, Hollier L. Nasal reconstruction In Aston SJ, Beasley RW, Thorne HM, eds. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.

6. Haddock NT, Saadeh PB, Siebert JW. Achieving aesthetic results in facial reconstructive microsurgery: planning and executing secondary refinements. PlastReconstr Surg 130:1236-1245, 2012
7. Freedman AM, Hidalgo DA. Full-thickness lip and cheek reconstruction with the radial forearm free flap. Ann Plast Surg 25:287, 1990.
8. Furuta S, Sakaguchi Y, Iwasawa M,et al. Reconstruction of the lips, oral commissure, and full-thickness cheek with a composite radial forearm palmaris longus free flap. Ann Plast Surg 33:544, 1994.
9. Sadove RC, Luce EA, McGrath PC. Reconstruction of the lower lip and chin with the composite radial forearm-palmaris longus free flap. Plast Reconstr Surg 88:209, 1991.
10. Godefroy WP, Klop WM, Smeele LE,et al.Free-flap reconstruction of largefull-thickness lip and chin defects. Ann Otol Rhinol Laryngol 121:594, 2012.

230. GHÉP MỘT PHẦN MÔI ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu ghép lại một phần môi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại một phần môi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì môi đứt rời có động mạch khỏe nhưng tĩnh mạch yếu nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát không có khả năng ghép nối
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, thời gian thiếu máu quá 12 tiếng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt…nếu có tổn thương phối hợp
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch cho mảnh ghép, chuẩn bị động mạch nhận

6.2. Bước 2: Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép

6.3. Bước 3:

- Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.
- Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận.
- Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.
- Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.
- Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.
- Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.
- Đóng da thưa
- Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
5. Jonas Lofstrand (2020), "Upper Lip Amputation: Microsurgical Replantation and Postoperative Routine", Clinical Scenarios in Reconstructive Microsurgery.

231. GHÉP TOÀN BỘ MÔI ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu ghép lại toàn bộ môi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu.
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại toàn bộ môi đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì toàn bộ môi đứt rời có động mạch khỏe nhưng tĩnh mạch yếu nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát không có khả năng ghép nối
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, thời gian thiếu máu quá 12 tiếng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch cho mảnh ghép, chuẩn bị động mạch nhận.

6.2. Bước 2: Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép.

6.3. Bước 3:

- Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.
- Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận.
- Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.
- Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.
- Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.
- Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.
- Đóng da thưa
- Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
5. Jonas Lofstrand (2020), "Upper Lip Amputation: Microsurgical Replantation and Postoperative Routine", Clinical Scenarios in Reconstructive Microsurgery.

232. GHÉP TOÀN BỘ MÔI ĐỨT RỜI VÀ PHẦN XUNG QUANH BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu ghép lại toàn bộ môi và phần xung quanh đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu.
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại toàn bộ môi và phần xung quanh đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì toàn bộ môi đứt rời có động mạch khỏe nhưng tĩnh mạch yếu nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát không có khả năng ghép nối
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, thời gian thiếu máu quá 12 tiếng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch cho mảnh ghép, chuẩn bị động mạch nhận.

6.2. Bước 2: Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép.

6.3. Bước 3:

- Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.
- Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận.
- Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.
- Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.
- Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.
- Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.
- Đóng da thưa

- Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
5. Jonas Lofstrand (2020), "Upper Lip Amputation: Microsurgical Replantation and Postoperative Routine", Clinical Scenarios in Reconstructive Microsurgery.

233. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI KẾT HỢP CÁC BỘ PHẬN XUNG QUANH BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật tạo hình môi và các bộ phận xung quanh như má, mũi, cằm, niêm mạc miệng… bằng các vạt tự do có nối mạch máu bằng kỹ thuật vi phẫu.
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng các vạt tự do (vạt da, da cơ…) để tạo hình lại môi và các bộ phận xung quanh vùng môi như má, mũi, cằm, niêm mạc miệng… có sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) để nối mạch máu cuống vạt với mạch máu vùng nhận (thường là động mạch, tĩnh mạch mặt)
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương khuyết toàn bộ môi trên và các vùng lân cận như má, mũi, niêm mạc và xương hàm trên sau chấn thương hoặc sau cắt bỏ u.
- Tổn thương khuyết toàn bộ môi dưới và các vùng lân cận như má, cằm, niêm mạc và xương hàm dưới sau chấn thương hoặc sau cắt bỏ u.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, tổn thương sau xạ trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 6 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp và hiển vi phẫu thuật
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật
- Siêu âm doppler mạch cầm tay

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương tại chỗ và các vùng lân cận tổn thương
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

- Bước 1:

Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận): Mở rộng tổn thương, xác định kích thước các tổn thương của môi và các bộ phận lân cận cần được tạo hình. Tìm động mạch và tĩnh mạch nhận, thường là động mạch và tĩnh mạch mặt.

Kíp 2 (phẫu tích lấy vạt):

- Sử dụng doppler mạch cầm tay siêu âm tìm mạch xuyên nuôi vạt, thiết kế vạt da (thường và vạt cẳng tay quay hoặc vạt đùi trước ngoài)
- Rạch da theo thiết kế và phẫu tích lấy vạt da/da cơ kèm theo cuống mạch nuôi của vạt
- Cắt rời vạt khỏi vị trí

- Bước 2: Chuyển vạt lên vùng môi cần tạo hình. Khâu cố định vạt vào nền nhận, khâu tạo hình cơ vòng môi bằng gân hoặc cơ kèm theo vạt.

- Bước 3: Tiến hành nối động mạch vạt vào động mạch mặt bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra máu về tĩnh mạch.
- Bước 4: Nối tĩnh mạch vạt vào tĩnh mạch mặt hoặc tĩnh mạch sau hàm dưới bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.
- Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.
- Bước 5: Bơm rửa, cầm máu, đặt dẫn lưu hoặc lam dẫn lưu
- Bước 6: Khâu đóng nơi cho vạt và vùng môi theo các lớp giải phẫu. Nếu vùng cho vạt không thể đóng kín thì tiến hành ghép da tự thân
- Băng nhẹ, để hở 1 phần vạt để theo dõi.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc vạt 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu vạt da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu vạt tím do tĩnh mạch thông kém cần kiểm tra miệng nối tĩnh mạch hoặc có xoắn vặn cuống mạch không, nếu cần đưa lên phòng mổ kiểm tra nối lại tĩnh mạch
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
5. Jonas Lofstrand (2020), "Upper Lip Amputation: Microsurgical Replantation and Postoperative Routine", Clinical Scenarios in Reconstructive Microsurgery.

234. PHẪU THUẬT GHÉP VÀNH TAI ĐỨT RỜI BẰNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu ghép lại vành tai đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu.
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) ghép lại vành tai đứt rời có phục hồi lưu thông mạch máu. Vì toàn bộ vành tai đứt rời có động mạch và tĩnh mạch rất nên phải rất thận trọng
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời gọn sạch, mảnh lớn đảm bảo có mạch nuôi dưỡng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tổn thương dập nát không có khả năng ghép nối
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, thời gian thiếu máu quá 12 tiếng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê
- Heparin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp và kính hiển vi phẫu thuật
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương và phần đứt rời sắc gọn hay dập nát
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, nghiêng đầu sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1 Bước 1:

Kíp 1 (chuẩn bị nơi nhận mảnh ghép): làm sạch vết thương. Tìm dưới kính vi phẫu động mạch và tĩnh mạch nhận cho mảnh ghép, thường nằm ở vùng thấp của tai.

Kíp 2 (chuẩn bị mảnh ghép): làm sạch mảnh ghép với nước muối sinh lý có pha heparin. Tìm dưới kính vi phẫu các mạch có trên mảnh ghép.

6.2 Bước 2: Cố định mảnh ghép vào nơi nhận theo đúng giải phẫu bằng một vài mũi khâu để đảm bảo mảnh ghép không di lệch.

6.3 Bước 3: Tìm động mạch trên mảnh ghép phù hợp với vị trí của động mạch nhận. Làm sạch động mạch trên mảnh ghép.

Tiến hành nối động mạch bằng kỹ thuật vi phẫu với chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0 tuỳ thuộc vào kích thước mạch. Sau nối kiểm tra động mạch có thông hay không, kiểm tra xem máu về tĩnh mạch nào nhiều nhất.

6.4 Bước 4: Tìm tĩnh mạch nhận tại tổn thương phù hợp với vị trí giải phẫu của tĩnh mạch mảnh ghép.

Nối tĩnh mạch bằng kỹ thuật vi phẫu bằng chỉ Nylon 10.0 hoặc 11.0.

Trong trường hợp động mạch và tĩnh mạch co ngắn không thể nối trực tiếp, tiến hành lấy tĩnh mạch ở vị trí khác của cơ thể ghép đoạn tĩnh mạch đảo chiều cho động mạch và cùng chiều cho tĩnh mạch.

6.5 Bước 5: Đóng da thưa

6.6 Bước 6: Băng nhẹ, để hở 1 phần mảnh ghép để theo dõi.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc mảnh ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch. Nếu mảnh ghép tím do tĩnh mạch thông kém hoặc không có khả năng nối do quá nhỏ hoặc không có: tiến hành các biện pháp giảm ứ trệ tĩnh mạch như: thả đỉa y tế hút máu tại mảnh ghép, chích máu, ...
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
5. Jonas Lofstrand (2020), "Upper Lip Amputation: Microsurgical Replantation and Postoperative Routine", Clinical Scenarios in Reconstructive Microsurgery.

235. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THU GỌN MŨI SƯ TỬ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Bệnh mũi sư tử là tình trạng biến dạng vùng mũi do sự tăng sinh, phì đại tuyến bã nhờn, mô liên kết và mạch máu ở mũi. Bệnh mũi sư tử còn gọi là rhinophyma khiến mũi bị biến dạng, mũi to, đỏ, mấp mô hoặc hình củ hành, có thể hạn chế khả năng thở của người bệnh. Phẫu thuật thu gọn mũi sư tử nhằm mục đích chỉnh sửa các biến dạng của mũi nhằm cải thiện về mặt thẩm mỹ và đôi khi là chức năng thở của mũi.
- Nguyên lý: cắt bỏ tuyến bã nhờn, mô liên kết thừa, tạo hình lại hình dáng của sống mũi, đầu mũi và cánh mũi, đôi khi phải mở rộng lỗ mũi để cải thiện chức năng thở.
- Mục đích của kỹ thuật:
+ Lấy bỏ tuyến bã nhờn
+ Lấy bỏ các tổ chức liên kết thừa
+ Tạo hình lại dáng của sống mũi, đầu mũi, cánh mũi và lỗ mũi

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh mũi sư tử

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm trùng vùng mũi

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mũi như lệch vách ngăn, khối u vùng mũi kèm theo…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của da, phần mềm, các tuyến bã nhờn, cấu trúc của xương sống mũi và sụn mũi và các đặc điểm có liên quan khác như vách ngăn, lỗ mũi.
- Khám tai mũi họng nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1 Bước 1: Thiết kế đường rạch da sát chân trụ mũi, mở vào niêm mạc trụ mũi và vòng lên niêm mạc cánh mũi

6.2 Bước 2: Gây tê tại chỗ để làm dày tổ chức và co mạch

6.3 Bước 3: Rạch da và niêm mạc mũi theo thiết kế

6.4 Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ tổ chức tuyến bã nhờn, tổ chức liên kết thừa vùng đầu mũi và cánh mũi, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết để làm rộng lỗ mũi. Tránh làm tổn thương sụn của đầu mũi và cánh mũi.

6.5 Bước 5: Tái tạo lại cấu trúc của đầu mũi và cánh mũi.

6.6 Bước 6: Đóng vết mổ.

Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu mũi. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: đầu mũi to, cánh mũi rộng, da nhăn và chùng... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.

4. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

5. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

236. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁNH MŨI BIẾN DẠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật sửa cánh mũi bị biến dạng là phẫu thuật tạo hình lại cấu trúc của cánh mũi do di chứng chấn thương hoặc bẩm sinh như bệnh nhân khe hở môi.
- Nguyên lý: Sử dụng các kĩ thuật tạo hình như vạt tại chỗ, sụn tự thân… để tạo hình lại cánh mũi biến dạng.
- Mục đích của kỹ thuật**:** Phục hồi thẩm mỹ chức năng của mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

Biến dạng cánh mũi trong di chứng khe hở môi, chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phối hợp đa chấn thương
- Bệnh toàn thân nặng
- Người bệnh không hợp tác

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Betadin sát khuẩn 10%
- Kháng sinh lọ ngâm sụn

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: Đánh giá tình trạng toàn thân như chiều cao, cân nặng, tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu.
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của mũi, biến dạng cánh mũi, so sánh với bên lành.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Bộc lộ sụn cánh mũi và đầu mũi, lấy sụn vành tai nếu cần thiết

6.2. Bước 2: Ghép sụn cánh mũi và đầu mũi bằng sụn vành tai

6.3. Bước 3: Khâu lại trụ mũi

6.4. Bước 4: Thu gọn điểm bám chân cánh mũi và nền mũi bên sẹo khe hở môi sao cho cân đối bên đối diện

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ mũi rời

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Xử trí: băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, sẹo phì đại. Xử trí: tùy theo tổn thương
- Lộ sụn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

237. PHẪU THUẬT CHỈNH SỤN CÁNH MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật chỉnh sụn cánh mũi là phẫu thuật tạo hình lại cấu trúc sụn cánh mũi trong trường hợp biến dạng cánh mũi ảnh hưởng đến chức năng hô hấp hoặc thẩm mỹ người bệnh.
- Nguyên lý: sử dụng các kĩ thuật tạo hình như vạt tại chỗ, sụn tự thân… để tạo hình lại mũi biến dạng.
- Mục đích của kỹ thuật: Phục hồi thẩm mỹ và chức năng của mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có cánh mũi to, bè mất cân đối

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Betadin sát khuẩn 10%
- Kháng sinh lọ ngâm sụn

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: Đánh giá tình trạng toàn thân như chiều cao, cân nặng, tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu.
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của mũi, biến dạng cánh mũi, so sánh với bên lành.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Thiết kế vùng chân cánh mũi cần cắt bỏ

6.2. Bước 2: Trong trường hợp 2 bên cánh mũi không quá bè và lỗ mũi nhỏ gọn thì bác sĩ chỉ cần dùng chỉ y tế khâu cuộn cánh mũi từ bên trong để giúp cánh mũi được thu gọn lại.

6.3. Bước 3: Trong trường hợp 2 bên cánh mũi trông to và bè rộng thì bác sĩ sẽ rạch 1 đường nhỏ ở phần dưới cánh mũi và cắt bỏ phần da thừa rồi khâu lại.

6.4 Bước 4: Phương pháp này giúp cải thiện được hình dáng thô và to của lỗ mũi. Tuy nhiên, khuyết điểm của phương pháp phẫu thuật này là lúc đầu có thể để lại vết sẹo nhỏ có thể nhìn thấy được ở phần bên dưới cánh mũi nhưng sau một thời gian ngắn vết sẹo sẽ mờ dần.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Xử trí: băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, sẹo phì đại. Xử trí: tùy theo tổn thương.
- Lộ sụn, viêm sụn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Yidan Sun, Zhenmin Zhao (2021), "Application of digital technology in nasal reconstruction". Chinese Journal of Plastic and Reconstructive Surgery Volume 3, Issue 4, December 2021, Pages 204-208

238. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ MŨI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: phẫu thuật tạo hình lỗ mũi là phẫu thuật tạo lỗ mũi trong dị tật không có lỗ mũi.
- Nguyên lý: Sử dụng các kỹ thuật tạo hình tái tạo lỗ mũi có kích thước như bên nguyên vẹn**.**
- Mục đích của kỹ thuật: đem lại thẩm mĩ cho người bệnh.

2.CHỈ ĐỊNH

- Dị tật không có lỗ mũi.

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phối hợp đa chấn thương
- Bệnh toàn thân nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Betadin sát khuẩn 10%
- Kháng sinh lọ ngâm sụn

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Nẹp nhựa mũi
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: Đánh giá tình trạng toàn thân như chiều cao, cân nặng, tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu.
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của mũi, so sánh với bên lành.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Vệ sinh và sát trùng vùng mổ

Sát trùng rộng toàn bộ mặt

6.2. Bước 2: Gây tê vị trí rạch da

6.3. Bước 3: Các đường rạch da ở vùng trụ mũi và các đơn vị mũi lân cận

6.4. Bước 4: Tạo hình lỗ mũi

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu

6.8. Bước 6: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.7. Bước 7: Đặt Merocel, cố định nẹp mũi.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Xử trí: băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu..

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, sẹo phì đại. Xử trí: tùy theo tổn thương
- Chít hẹp lỗ mũi tái phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
4. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
5. Luigi Losco, Alberto Bolletta (2020), "Reconstruction of the Nose: Management of Nasal Cutaneous Defects According to Aesthetic Subunit and Defect Size. A Review", Medicina (Kaunas).

239. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẸP LỖ MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình hẹp lỗ mũi là phẫu thuật giải phóng sẹo chít hẹp lỗ mũi do chấn thương hoặc bẩm sinh.
- Nguyên lý: cắt bỏ sẹo co kéo đồng thời tạo hình che phủ khuyết hổng sau cắt sẹo.
- Mục đích của kĩ thuật: phục hồi kích thước lỗ mũi tạo điều kiện thông khí.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo chít hẹp lỗ mũi do chấn thương hoặc bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phối hợp đa chấn thương
- Bệnh toàn thân nặng
- Người bệnh không hợp tác

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Betadin sát khuẩn 10%
- Kháng sinh lọ ngâm sụn

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Nẹp mũi nhựa
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: Đánh giá tình trạng toàn thân như chiều cao, cân nặng, tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu.
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của mũi, so sánh với bên lành.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Vệ sinh và sát trùng vùng mổ

Sát trùng rộng toàn bộ mặt

6.2. Bước 2: Gây tê vị trí rạch da

6.3. Bước 3: Cắt bỏ sẹo co kéo, thiết kế các vạt chữ Z, xoay đẩy…

6.4. Bước 4: Tạo hình giải phóng lỗ mũi

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.7. Bước 7: Đặt Merocel, cố định nẹp mũi.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Xử trí: băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu..

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, sẹo phì đại. Xử trí: tùy theo tổn thương
- Chít hẹp lỗ mũi tái phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Luigi Losco, Alberto Bolletta (2020), "Reconstruction of the Nose: Management of Nasal Cutaneous Defects According to Aesthetic Subunit and Defect Size. A Review", Medicina (Kaunas).

240. PHẪU THUẬT LẤY SỤN VÁCH NGĂN MŨI LÀM VẬT LIỆU GHÉP TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật lấy sụn vách ngăn mũi để sử dụng làm vật liệu ghép tự thân là phẫu thuật lấy sụn vách ngăn để làm nguyên liệu tạo hình cho các vị trí khác.
- Mục đích của kỹ thuật: lấy sụn vách ngăn làm nguyên liệu tạo hình cho các vị trí khác như cánh mũi, trụ mũi…

2. CHỈ ĐỊNH

- Trong các trường hợp tạo hình cần lấy sụn vách ngăn làm chất liệu ghép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần, vùng tổn khuyết viêm nhiễm nặng
- Viêm, nhiễm trùng nặng vùng tổn thương

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2 Thuốc

- Thuốc co mạch (xylometazolin…)
- Betadin 10%
- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Nước cất
- Kháng sinh lọ ngâm sụn.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân,
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ xử lý sụn (ép sụn, cắt xẻ sụn, thớt)

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật mũi trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực.
- Chụp CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí lấy sụn sườn, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Mở mũi hai bên qua trụ mũi, bộc lộ sụn vách ngăn, lấy sụn ghép theo kích thước yêu cầu.

6.4. Bước 4: Khâu vết mổ mũi rời.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn theo quy trình theo dõi sau phẫu thuật nói chung.
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua vết mổ mũi. Xử trí cầm máu, nhét meche thuốc co mạch (adrenalin, ...), thay merocel mũi, thuốc ổn định cục máu đông, cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.

7.3. Tai biến sau khí thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, mở lại vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chậm liền vết mổ
- Viêm sụn, hoại tử sụn

7.4. Biến chứng muộn

- Sập sống mũi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

4. Luigi Losco, Alberto Bolletta (2020), “Reconstruction of the Nose: Management of Nasal Cutaneous Defects According to Aesthetic Subunit and Defect Size. A Review”, Medicina (Kaunas).

241. PHẪU THUẬT THU GỌN CÁNH MŨI

1.ĐẠI CƯƠNG

- Thu nhỏ đầu mũi bằng phẫu thuật thẩm mỹ là một trong những kỹ thuật giúp mũi đẹp và gương mặt hài hòa hơn bằng cách cắt bỏ một phần tổ chức của cánh mũi
- Nguyên tắc: tuân theo các qui luật về tỉ lệ kích thước mũi, tránh sẹo vào các nếp gấp tự nhiên của mũi.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân có đầu mũi to, bè mất cân đối

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Cách 1:Thu nhỏ đầu mũi bằng cách xử lý sụn:

- Kỹ thuật thu nhỏ đầu mũi này tương đối phức tạp và đòi hỏi bác sĩ phải có con mắt thẩm mỹ tinh tường, đồng thời nắm vững toàn bộ cấu trúc vùng đầu mũi, sụn mũi.
- Đầu tiên, bác sĩ rạch một đường nhỏ bên trong khoang mũi và tiến hành cắt bỏ phần sụn thừa khiến đầu mũi lỏng lẻo, sau đó cố định sụn giúp 2 cánh mũi khép vào nhau, nhìn thon gọn và dài hơn.

6.2. Cách 2: Phương pháp thu nhỏ đầu mũi bằng cách xử lý mô mềm: So với kỹ thuật thu nhỏ đầu mũi bằng cách xử lý sụn thì phương pháp này được thực hiện đơn giản hơn rất nhiều. Sau khi thăm khám và xác định được phần mô mềm thừa, bác sĩ sẽ tiến hành cắt bỏ chúng theo tỷ lệ đã đo vẽ sẵn. Phương pháp này không tác động vào sụn mũi nên kết quả ổn định cũng nhanh chóng hơn.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu sụn vùng trụ mũi. Xử trí: ghép sụn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

4. Nasser Nadjmi, Lukas Vaes (2022), “A Novel Technique for Nasal Alar Reconstruction”. Plast Reconstr Surg Glob Open.

242. PHẪU THUẬT HẠ SỐNG MŨI GỒ

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Hạ thấp sống mũi bằng phẫu thuật thẩm mỹ là một trong những kỹ thuật giúp mũi đẹp và gương mặt hài hòa hơn bằng cách sử dụng các dụng cụ như giũa mài, kéo cắt xương…để làm phẳng sống mũi
- Nguyên tắc: Không gây ảnh hưởng tới các cấu trúc khác của mũi

2. CHỈ ĐỊNH:

Bệnh nhân có sống mũi gồ, to

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Bước 1: Tê tại chỗ bằng lidocain +adrenalin 1/200000

6.2. Bước 2: Rạch da ngách mũi 02 bên

6.3. Bước 3: Bóc tách sát xương sống mũi

6.4. Bước 4: Mài xương để hạ thấp xương sống mũi, đây là phẫu thuật hay áp dụng ở các nước phương tây vì sống mũi của người phương Tây thường cao, to.

Nếu sống mũi quá to có thể đục xương mũi 2 bên để làm hẹp xương mũi.

Nếu bệnh nhân có xương sống mũi vừa cao, vừa to thì bạn có thể phẫu thuật hạ xương mũi và thu hẹp xương mũi.

Với trường hợp chiếc mũi có sống mũi quá to và cao thì phương pháp cải thiện tốt nhất chính là mài xương kết hợp gọt sụn dư 2 bên cánh mũi. Phương pháp này dùng dụng cụ chuyên dụng đưa vào trong mũi và mài phần xương gồ sao cho hạ xuống cân bằng với phần sống mũi. Trong phẫu thuật này, bác sĩ sẽ tiến hành mài xương mũi gồ để thu hẹp sống mũi, còn phần sụn mũi trên thì gọt và cắt đi phần dư thừa, sau đó bác sĩ sẽ khâu vách sụn 2 bên lại với nhau.

6.5. Bước 5: Tùy theo mức độ gồ của phần xương mũi mà có thể chỉ cần mài phần sụn gồ, hay mài thêm cả phần sụn bên trên rồi mới nối với phần đã mài ở sụn gồ để điều chỉnh sống mũi sao cho thẳng, đều , cân xứng, tự nhiên.

6.6. Bước 6: Sau khi mài xương gồ để thu hẹp sống mũi bác sĩ sẽ bơm rửa bên trong mô để bảo đảm bệnh nhân sẽ không bị nhiễm trùng do bột xương và giúp vết thương phục hồi nhanh chóng và an toàn nhất.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier In
4. Nasser Nadjmi, Lukas Vaes (2022), "A Novel Technique for Nasal Alar Reconstruction". Plast Reconstr Surg Glob Open.

243. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI LỆCH

1. ĐẠI CƯƠNG:
- Phẫu thuật tạo hình xương chính mũi bị lệch do chấn thương hoặc bẩm sinh
- Nguyên tắc: đảm bảo sự cân đối của mũi, tránh tối đa tổn thương các cấu trúc khác

2. CHỈ ĐỊNH:
Lệch xương chính mũi do chấn thương hoặc bẩm sinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG
Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ
5.1. Người thực hiện
- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc
Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh
- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh,

đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Bước 1: Sát trùng vết mổ

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ và gây tê vùng thần kinh dưới ổ mắt hai bên

6.3. Bước 3: Dùng dụng cụ nâng xương đưa vào qua lỗ mũi trước làm bật xương chính mũi lên vị trí bình thường.

6.4 Bước 4: Cố định trong bằng merocel và cố định ngoài.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Sirhan Alvi, Bhupendra (2023), "Nasal fracture reduction". StatPearls.

244. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Phẫu thuật tạo hình nâng xương chính mũi trong điều trị sập xương chính mũi do chấn thương.
- Nguyên tắc: nắn chỉnh lại xương về vị trí ban đầu, cố định xương ổn định.
- Mục đích khôi phục lại chức năng thở và thẩm mỹ cho bệnh nhân

2. CHỈ ĐỊNH:

Sập xương chính mũi do chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh,

đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Sát trùng vết mổ

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ và gây tê vùng thần kinh dưới ổ mắt hai bên

6.3. Bước 3: Dùng dụng cụ nâng xương đưa vào qua lỗ mũi trước làm bật xương chính mũi lên vị trí bình thường

6.4 Bước 4: Cố định trong bằng merocel và cố định ngoài

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu mũi. Xử trí: đặt meche, đặt merocele, cầm máu bằng đông điện, bipolar

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vách ngăn: Vách ngăn sau phẫu thuật có thể có phồng, tụ máu gây ra tiêu sụn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Sirhan Alvi, Bhupendra (2023), "Nasal fracture reduction". StatPearls.

245. KHÂU NỐI THẦN KINH VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tổn thương thần kinh chi thể do nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng giảm hoặc mất chức năng của chi do thần kinh đó chi phối. Phẫu thuật nối thần kinh vi phẫu sẽ mang lại kết quả phục hồi tốt nhất
- Nguyên lý phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu (dụng cụ vi phẫu và kính vi phẫu) để nối thần kinh bằng kỹ thuật khâu nối bao bó sợi thần kinh
- Mục đích: cải thiện về chức năng vận động và cảm giác cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương thần kinh chi thể do các nguyên nhân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Phần mềm nơi tổn thương và thời gian tổn thương của thần kinh

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp và kính hiển vi phẫu thuật
- Máy kích thích thần kinh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương: thời gian, bên liệt, mức độ liệt
- Chụp cộng hưởng từ, siêu âm thần kinh, làm điện chẩn thần kinh cơ thần kinh bị tổn thương
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật chấn thương chỉnh hình… nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Tư thế bệnh nhân tuỳ thuộc vào vị trí tổn thương của thần kinh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân, tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc tê tuỷ sống

6.1 Bước 1: Rạch da mở rộng vết thương hoặc theo sẹo cũ và mở rộng lên trên - xuống dưới để bộc lộ đến đoạn thần kinh lành

6.2 Bước 2: Tìm hai đầu thần kinh tổn thương

6.3 Bước 3: Cắt bỏ đoạn thần kinh tổn thương đến đoạn nhìn rõ được cấu trúc của bao bó sợi thần kinh

6.4 Bước 4: Dưới kính hiển vi phẫu thuật, nối thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu, khâu nối bằng kỹ thuật bao bó sợi thần kinh với chỉ nylon 9.0, 10.0, 11.0 tuỳ vào kích thước của bó sợi thần kinh

6.5 Bước 5: Bơm rửa, cầm máu, đặt lam dẫn lưu. Khâu cân cơ và khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm nề, thuốc bổ thần kinh

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả phục hồi không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật chuyển gân bổ sung nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.
4. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

246. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI BẨM SINH MỘT BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở môi bẩm sinh một bên là tổn thương khá thường gặp ở trẻ em. Khe hở môi một bên có thể kèm với khe hở cung răng và khe hở vòm một bên. Phẫu thuật tạo hình đóng khe hở môi đúng sẽ giúp cho việc chăm sóc, ăn uống của trẻ thuận lợi
- Nguyên lý phẫu thuật: Khâu lại vị trí bám của cơ vòng môi và chỉnh sửa sự khuyết thiếu của da môi trên bằng các vạt tại chỗ
- Mục đích: cải thiện chức năng ăn uống và thẩm mỹ khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

Dị tật khe hở môi bẩm sinh một bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá đúng và phân loại khe hở môi một bên để có phương pháp tạo hình phù hợp

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương khe hở môi

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm: Gây mê toàn thân, ống nội khí quản được cố định vào giữa cung răng – môi hàm dưới

6.1 Bước 1: Thiết kế đường rạch da sát bờ khe hở môi và tạo các vạt tại chỗ nếu cần

6.3 Bước 2: Bóc tách cơ vòng môi bám sai vị trí ở chân cánh mũi bên có khe hở và gai mũi

6.3 Bước 3: Khâu lại cơ vòng môi bằng chỉ vicryl

6.4 Bước 4: khâu nền mũi làm hẹp chân cánh mũi bên có khe hở

6.5 Bước 5: Chuyển các vạt da, vạt niêm mạc để đóng kín khe hở, chú ý các đường viền của nhân trung, môi trắng, môi đỏ khô và môi đỏ ướt

6.6 Bước 6: Băng ép nhẹ vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm nề, thuốc bổ thần kinh

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa sẹo bổ sung nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

247. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI BẨM SINH HAI BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở môi hai bên (khe hở vòm kép) là một dị tật bẩm sinh khá thường gặp ở trẻ em. Khe hở môi hai bên có thể kèm với khe hở cung răng và khe hở vòm kép. Phẫu thuật tạo hình đóng khe hở môi đúng sẽ giúp cho việc chăm sóc, ăn uống của trẻ thuận lợi.
- Nguyên lý phẫu thuật: Khâu lại vị trí bám của cơ vòng môi và chỉnh sửa sự khuyết thiếu của da môi trên bằng các vạt tại chỗ
- Mục đích: cải thiện chức năng ăn uống và thẩm mỹ khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

Dị tật khe hở môi bẩm sinh hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Người bệnh không hợp tác
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá đúng và phân loại khe hở môi kép để có phương pháp tạo hình phù hợp
- Chú ý sử dụng vạt da, niêm mạc của khối tiền hàm

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương khe hở môi
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo trong quá trình hoàn thiện các quy trình trước mổ
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- **Vô cảm:** Gây mê toàn thân, ống nội khí quản được cố định vào giữa cung răng – môi hàm dưới

6.1 Bước 1: Thiết kế đường rạch da sát bờ khe hở môi và tạo các vạt tại chỗ ở khối tiền hàm và bờ khe hở môi hai bên

6.2 Bước 2: Bóc tách cơ vòng môi bám sai vị trí ở chân cánh mũi hai bên

6.3 Bước 3: Khâu lại cơ vòng môi bằng chỉ vicryl

6.4 Bước 4: Khâu nền mũi làm hẹp chân cánh mũi hai bên

6.5 Bước 5: Chuyển các vạt da, vạt niêm mạc để đóng kín khe hở, chú ý dùng khối tiền hàm để làm nhân trung và các đường viền của môi trắng, môi đỏ khô và môi đỏ ướt

6.6 Bước 6: Băng ép nhẹ vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm nề, thuốc bổ thần kinh

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần

- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa sẹo bổ sung nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

248. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG MẮC PHẢI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở vòm miệng mắc phải là tình trạng mất liên tục vòm miệng do chấn thương, u bướu, phẫu thuật u hoặc bệnh lý hoại tử, dẫn đến thông thương bất thường giữa khoang miệng và mũi.
- Nguyên lý phẫu thuật: Tạo hình phục hồi liên tục vòm miệng bằng các phương pháp tạo vạt tại chỗ hoặc vạt chuyển vị nhằm che phủ khe hở, phục hồi chức năng phát âm và nuốt.
- Mục đích: Khôi phục cấu trúc giải phẫu và chức năng phát âm, ăn uống cho người bệnh, đồng thời đảm bảo yếu tố thẩm mỹ vùng miệng – hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có khe hở vòm miệng mắc phải do chấn thương, sau cắt u vòm miệng, hoại tử mô vòm miệng.
- Khe hở đủ điều kiện để thực hiện tạo hình che phủ (tình trạng mô quanh khe hở tốt, không nhiễm trùng cấp).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khe hở vòm miệng kèm nhiễm trùng cấp tại chỗ.
- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng, không đủ điều kiện gây mê hoặc phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Vùng khe hở còn nhiễm trùng nhẹ hoặc có mô sẹo xơ cứng nhiều, cần chuẩn bị kỹ trước mổ.
- Người bệnh có tiền sử tia xạ vùng đầu cổ, làm giảm khả năng liền vết thương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người (1 chính, 2 phụ)
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê hoặc thuốc mê toàn thân
- Thuốc co mạch
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh, thuốc giảm đau, dịch truyền
- Chống phù nề nếu cần

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ tạo hình khe hở vòm miệng
- Găng tay, khẩu trang, mũ, áo choàng
- Dao mổ, kéo vi phẫu, kẹp phẫu thuật miệng
- Chỉ khâu tan (Vicryl 4.0, 5.0), chỉ không tiêu
- Gạc phẫu thuật, tấm trải, dụng cụ hút dịch
- Hệ thống đèn mổ vùng miệng – họng
- Thiết bị gây mê, monitoring

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá khe hở: kích thước, vị trí, mô quanh khe hở
- Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu, sinh hóa, chụp X-quang hoặc CT nếu cần
- Giải thích rõ về tình trạng, phẫu thuật, biến chứng có thể xảy ra
- Vệ sinh răng miệng sạch trước mổ
- Ký cam kết mổ và hồ sơ bệnh án theo quy định

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa
- Ký hồ sơ bệnh án bởi bệnh nhân và/hoặc người nhà

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Đúng người – đúng bệnh – đúng vị trí mổ
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Đặt tư thế người bệnh phù hợp (nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ, miệng mở bằng banh miệng)

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đặt tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ, sử dụng banh miệng mở rộng tối đa tầm nhìn.

6.2. Bước 2: Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản

6.3. Bước 3: Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng
- Đánh giá kích thước khe hở, mô sẹo và tình trạng mô xung quanh
- Tạo vạt tại chỗ hoặc vạt chuyển vị: vạt hình chữ Z, vạt xoay, vạt lưỡi vòm
- Giải phóng mô sẹo nếu có
- Khâu phục hồi từng lớp: niêm mạc mũi – cơ vòng vòm – niêm mạc miệng
- Khâu lớp niêm mạc miệng cuối cùng che phủ toàn bộ vùng khuyết
- Cầm máu kỹ

6.4. Kết thúc quy trình
- Đánh giá lại kết quả tạo hình: kín hoàn toàn, không căng
- Vệ sinh vùng mổ
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh sang hồi sức

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi sau mổ
- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ
- Dẫn lưu nếu có (rút sau 24–48h nếu ít dịch)
- Chế độ ăn mềm, không ăn uống nóng trong 7 ngày đầu
- Theo dõi phát âm, nuốt

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu: xử trí bằng cầm máu trực tiếp, đốt điện
- Sốc phản vệ (thuốc mê, kháng sinh): xử trí chống sốc kịp thời

7.3. Tai biến sau phẫu thuật
- Rách vết khâu: Do ho, hắt hơi, ăn sớm → xử trí: khâu lại nếu cần
- Nhiễm trùng: Vết khâu đỏ, chảy dịch → xử lý: kháng sinh, thay băng, mở vết mổ nếu cần

7.4. Biến chứng muộn
- Thông khe hở tái phát: cần phẫu thuật lại nếu lỗ thông >5mm và gây rối loạn chức năng
- Sẹo xấu, lồi: điều trị bảo tồn hoặc can thiệp phẫu thuật sau 6 tháng
- Rối loạn phát âm kéo dài: phục hồi chức năng phát âm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- "Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop."

- “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid – Wolters Kluwer.
- Neligan, Peter C. “Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 2023.

249. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 1 BÊN KHÔNG TOÀN BỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở vòm miệng bẩm sinh một bên không toàn bộ là dị tật bẩm sinh trong đó có sự khiếm khuyết không hoàn toàn của vòm miệng mềm và/hoặc một phần vòm cứng, nhưng chưa thông thương hoàn toàn lên khoang mũi.
- Nguyên lý phẫu thuật: Phục hồi giải phẫu và chức năng của vòm miệng bằng cách tạo hình vạt niêm mạc – cơ – niêm mạc, đảm bảo đóng kín khe hở, phục hồi chức năng phát âm và ăn uống.
- Mục đích: Khôi phục chức năng phát âm, ngăn ngừa rối loạn ngôn ngữ, đảm bảo cấu trúc giải phẫu và cải thiện thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có khe hở vòm miệng bẩm sinh một bên không toàn bộ.
- Tuổi phẫu thuật phù hợp: từ 9 tháng đến 18 tháng tuổi.
- Tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe toàn thân cho phép phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng hô hấp cấp tính hoặc nhiễm trùng vùng miệng.
- Trẻ suy dinh dưỡng nặng, mắc bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.
- Dị dạng kết hợp nghiêm trọng chưa ổn định (tim bẩm sinh nặng, bệnh thần kinh tiến triển...).

4. THẬN TRỌNG

- Trẻ có tiền sử dị ứng thuốc, suy hô hấp mạn tính hoặc sinh non.
- Tình trạng mô khe hở có xơ cứng hoặc dính do can thiệp trước đó.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc co mạch
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền
- Thuốc chống phù nề

5.3. Thiết bị y tế

- Băng, dây truyền dịch, dây hút dịch
- Bơm tiêm các cỡ
- Kim tiêm, kim luồn, chạc ba
- Dụng cụ banh miệng chuyên dụng
- Dao mổ, kéo vi phẫu, dụng cụ mổ vòm miệng
- Chỉ Vicryl 4.0, 5.0 hoặc tương đương
- Đèn mổ vùng miệng – họng
- Hệ thống gây mê và monitoring
- Tấm trải vô khuẩn

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, chỉ số dinh dưỡng, tiền sử bệnh lý

- Khám tại chỗ: đánh giá chiều rộng, chiều dài khe hở và cấu trúc vòm mềm, vòm cứng
- Khám chuyên khoa TMH, thần kinh nếu cần
- Giải thích người nhà kỹ về mục tiêu, nguy cơ và kết quả phẫu thuật
- Vệ sinh răng miệng, hút đờm trước mổ

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Ký cam kết mổ, bảng kiểm an toàn phẫu thuật

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người, đúng bệnh, đúng vị trí mổ
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Đặt trẻ nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ, banh miệng cố định

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản

6.1. Bước 1: Làm sạch khoang miệng, đánh giá lại khe hở

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc mũi và khâu phục hồi lớp niêm mạc mũi.

6.3. Bước 3: Tách và kéo cơ nâng khẩu cái về đường giữa, khâu phục hồi lớp cơ.

6.4. Bước 4: Tạo vạt niêm mạc miệng để khâu lớp che phủ cuối cùng.

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá sự kín hoàn toàn khe hở, không rò mũi – miệng.
- Vệ sinh lại vùng mổ.
- Ghi hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao trẻ về khu hồi sức.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở
- Tình trạng ăn uống, khó thở sau mổ
- Chế độ ăn lỏng nguội 5–7 ngày, không bú bình cứng

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc
- Chảy máu: khâu cầm máu, đốt điện nếu cần

7.3. Tai biến sau mổ

- Chảy máu: theo dõi sát, nếu cần thì kiểm tra lại vết khâu
- Phù nề vòm miệng: chườm lạnh, thuốc chống phù
- Nhiễm trùng vết khâu: kháng sinh, thay băng, dẫn lưu nếu cần

7.4. Biến chứng muộn

- Hở khe lại: tái tạo lại sau 6 tháng nếu ảnh hưởng chức năng
- Rối loạn phát âm: can thiệp ngôn ngữ trị liệu hoặc phẫu thuật chỉnh sửa
- Sẹo lồi: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- "Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop."
- "Grabb and Smith's Plastic Surgery." Ovid - Wolters Kluwer
- Neligan, Peter C. "Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery." Elsevier, 2023.

250. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 2 BÊN KHÔNG TOÀN BỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở vòm miệng bẩm sinh hai bên không toàn bộ là dị tật trong đó có sự khiếm khuyết không hoàn toàn ở vòm miệng mềm và một phần vòm cứng hai bên, nhưng không thông hoàn toàn với khoang mũi.
- Nguyên lý phẫu thuật: Tạo hình khôi phục cấu trúc giải phẫu và chức năng của vòm miệng bằng cách tái tạo từng lớp: niêm mạc mũi, cơ nâng vòm và niêm mạc miệng.
- Mục đích: Phục hồi khả năng phát âm, ăn uống và ngăn ngừa biến chứng thông vòm mũi - miệng về sau, đồng thời cải thiện yếu tố thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ từ 9 tháng đến 18 tháng tuổi có khe hở vòm miệng bẩm sinh hai bên không toàn bộ.
- Tình trạng dinh dưỡng, sức khỏe toàn thân ổn định, không có nhiễm trùng vùng mổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng miệng – họng.
- Bệnh lý toàn thân nặng chưa được kiểm soát (suy tim, suy hô hấp, suy gan/thận...).

4. THẬN TRỌNG

- Trẻ có tiền sử dị ứng thuốc mê hoặc bệnh lý mạn tính đường hô hấp.
- Tình trạng mô sẹo, xơ hóa vùng khe hở do đã phẫu thuật trước đó.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người (1 chính, 2 phụ)
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê toàn thân
- Thuốc co mạch tại chỗ
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc chống phù nề, chống dị ứng

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, bộ dây truyền dịch, dây hút dịch
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn, chạc ba tĩnh mạch
- Dụng cụ phẫu thuật chuyên biệt vùng vòm miệng: kéo vi phẫu, banh miệng, dao điện
- Chỉ Vicryl 4.0 – 5.0 (chỉ tan)
- Găng tay, khẩu trang, tấm trải, gạc phẫu thuật
- Đèn phẫu thuật và hệ thống gây mê đầy đủ

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân (cân nặng, chiều cao, huyết áp, mạch, tiền sử dị ứng, bệnh lý nội khoa...)
- Khám tại chỗ: xác định mức độ khe hở, độ xơ dính, tình trạng cơ nâng vòm
- Khám chuyên khoa TMH, nội nhi khi cần
- Giải thích kỹ cho người nhà về phương pháp, biến chứng, kết quả dự kiến
- Vệ sinh răng miệng kỹ trước mổ

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Ký cam kết mổ bởi người nhà

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Kiểm tra đúng người – đúng bệnh – đúng vị trí – đúng kỹ thuật

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ, mở rộng khoang miệng bằng banh miệng

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản

6.1. Bước 1: Làm sạch vùng khe hở bằng dung dịch sát khuẩn

6.2. Bước 2: Đánh giá kích thước khe hở hai bên

6.3. Bước 3: Tạo vạt niêm mạc mũi mỗi bên để khâu phục hồi sàn mũi (lớp 1)

6.4. Bước 4: Tách và kéo cơ nâng vòm về giữa – phục hồi vòng cơ (lớp 2)

6.5. Bước 5: Tạo vạt niêm mạc miệng (lớp 3) từ vạt hình chữ Z hoặc vạt trượt, để che phủ toàn bộ khe hở phía ngoài

6.6. Bước 6: Cầm máu kỹ

6.7. Kết thúc quy trình
- Kiểm tra lại vết khâu: kín, không rò
- Vệ sinh lại vùng mổ, hút sạch dịch
- Ghi hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Chuyển bệnh nhân về phòng hồi sức

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở sau mổ
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu, phù nề vùng vòm
- Cho ăn bằng thìa sau 6 giờ, thức ăn lỏng nguội trong 7 ngày đầu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Sốc phản vệ (thuốc mê, kháng sinh): xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc
- Chảy máu vùng vòm: cầm máu bằng khâu hoặc đốt điện

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu muộn: băng ép tại chỗ, mở lại vết mổ nếu cần
- Phù nề: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù
- Nhiễm trùng: thay băng, rửa vết mổ, kháng sinh theo kháng sinh đồ

7.4. Biến chứng muộn
- Hở khe trở lại: do ho, hắt hơi mạnh hoặc nhiễm trùng – xử trí bằng phẫu thuật lại sau 6 tháng
- Rối loạn phát âm: phục hồi chức năng ngôn ngữ
- Sẹo xấu: theo dõi và phẫu thuật sửa sẹo nếu cần
- Thông mũi - miệng dai dẳng: cần đánh giá lại và phẫu thuật lần hai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Facial Plastic and Reconstructive Surgery, Thieme Webshop, 9781604068481
- Grabb and Smith’s Plastic Surgery, Ovid – Wolters Kluwer
- Neligan, Peter C., Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery, Elsevier, 2023

251. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 1 BÊN TOÀN BỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở vòm miệng bẩm sinh một bên toàn bộ là dị tật có sự khiếm khuyết hoàn toàn toàn bộ chiều dày của vòm mềm và một phần vòm cứng bên khe hở, thông giữa khoang miệng và mũi.
- Nguyên lý phẫu thuật: Tạo hình phục hồi sàn mũi, tái lập cơ nâng vòm đúng vị trí chức năng, phục hồi lớp niêm mạc miệng – tạo vòm miệng kín nhiều lớp.
- Mục đích: Khôi phục chức năng phát âm, ăn uống, ngăn ngừa biến chứng viêm mũi – họng, cải thiện thẩm mỹ và phát triển xương mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ từ 9 đến 18 tháng tuổi có khe hở vòm miệng bẩm sinh 1 bên toàn bộ, sức khỏe ổn định, không có nhiễm trùng vùng mổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng mũi – họng hoặc vùng mổ
- Bệnh mạn tính nặng chưa được kiểm soát (tim, gan, thận, suy dinh dưỡng nặng)

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử dị ứng thuốc mê, bệnh lý hô hấp mạn tính
- Trẻ từng mổ vòm miệng trước (dễ có mô xơ hóa, biến dạng giải phẫu)

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người (1 chính, 2 phụ)
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê toàn thân

Thuốc co mạch tại chỗ (adrenaline pha loãng)

- Dung dịch sát khuẩn (Povidon-Iod, NaCl 0,9%)
- Kháng sinh dự phòng (theo chỉ định)
- Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống phù nề
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ banh miệng, đèn mổ chuyên dụng vùng miệng
- Dụng cụ phẫu thuật tạo hình: kéo vi phẫu, kẹp vòm, dao điện
- Chỉ tiêu tan (Vicryl 4.0–5.0), chỉ không tiêu (Prolene, Nylon)
- Gạc, bơm tiêm, kim tiêm các cỡ
- Dụng cụ cấp cứu nội khí quản, monitor theo dõi gây mê
- Găng tay, khẩu trang, mũ phẫu thuật, tấm trải vô khuẩn

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: Cân nặng, chiều cao, sinh hiệu, tiền sử bệnh lý, dị ứng
- Khám tại chỗ: Đánh giá độ rộng khe hở, chiều dài vòm, tính chất mô vùng khe hở
- Khám chuyên khoa hỗ trợ (khi cần): Tai – mũi – họng, nhi, gây mê hồi sức
- Giải thích cho người nhà: Về mục tiêu, kỹ thuật, nguy cơ, tai biến và biến chứng
- Chuẩn bị thể trạng: Điều trị viêm nhiễm vùng mũi – họng, nâng cao dinh dưỡng nếu cần

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ
- Cam kết mổ có chữ ký của người nhà

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90 phút (1,5 giờ)
5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Đúng người bệnh – đúng bệnh – đúng vị trí – đúng kỹ thuật
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ, banh miệng mở rộng

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân
Đặt nội khí quản
6.1. Bước 1: Làm sạch khe hở: Sát khuẩn, hút sạch dịch vùng khe hở
6.2. Bước 2: Tạo vạt phục hồi lớp mũi (lớp 1):
- Tách lớp niêm mạc mũi ở bờ bên khe hở
- Khâu vạt niêm mạc mũi kín phục hồi sàn mũi

6.3. Bước 3: Tái tạo cơ nâng vòm (lớp 2):
- Tách và kéo cơ nâng vòm về giữa
- Khâu cơ nâng vòm theo đường ngang để phục hồi vòng cơ

6.4. Bước 4: Tạo vạt niêm mạc miệng (lớp 3):
- Thường dùng kỹ thuật vạt hình chữ Z hoặc vạt trượt bên lành
- Khâu niêm mạc miệng che phủ vòm mới

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ, kiểm tra lỗ thông mũi – miệng: đảm bảo khép kín vòm hoàn toàn
6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá lại vết mổ: khép kín, không căng, không chảy máu
- Ghi chép hồ sơ phẫu thuật đầy đủ
- Bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG
7.1. Theo dõi
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở sau mổ
- Dấu hiệu chảy máu vùng mổ, phù nề
- Chế độ ăn lỏng nguội trong 7 ngày đầu
- Uống thuốc giảm đau, kháng sinh đủ liều

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc mê: xử trí cấp cứu theo phác đồ chống sốc
- Chảy máu trong mổ: xử trí bằng đốt điện, khâu cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật
- Chảy máu vết mổ: băng ép, truyền dịch, mở kiểm tra lại nếu cần
- Phù nề nhiều: dùng thuốc chống phù, chườm lạnh
- Nhiễm trùng: theo dõi lâm sàng, thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ

7.4. Biến chứng muộn
- Thông vòm – mũi trở lại: thường do nhiễm trùng, mô thiếu – xử trí bằng mổ lại sau 6–12 tháng
- Rối loạn phát âm: cần can thiệp âm ngữ trị liệu sau mổ
- Sẹo xấu: theo dõi và có thể phẫu thuật sửa lại nếu ảnh hưởng chức năng/thẩm mỹ
- Phát triển bất cân xứng xương hàm: theo dõi lâu dài, có thể can thiệp chỉnh hình hàm sau dậy thì

TÀI LIỆU THAM KHẢO
- Facial Plastic and Reconstructive Surgery, Thieme Webshop, 9781604068481

- Grabb and Smith’s Plastic Surgery, Wolters Kluwer
- Neligan, Peter C., Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery, Elsevier, 2023

252. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG BẨM SINH 2 BÊN TOÀN BỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khe hở vòm miệng bẩm sinh 2 bên toàn bộ là dị tật khiến toàn bộ chiều dày của vòm mềm và vòm cứng đều bị hở, thông thương giữa khoang miệng và khoang mũi ở cả hai bên đường giữa.
- Nguyên lý phẫu thuật: Tạo vạt hai bên phục hồi sàn mũi, tái tạo cơ nâng vòm và khâu kín vòm theo từng lớp giải phẫu.
- Mục đích: Khôi phục chức năng nói, ăn, ngăn ngừa biến chứng viêm tai – mũi – họng và đảm bảo sự phát triển cấu trúc hàm – mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ từ 9–18 tháng có khe hở vòm miệng 2 bên toàn bộ, đủ điều kiện gây mê, không nhiễm trùng mũi – họng cấp tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mũi – họng hoặc vùng mổ.
- Trẻ suy dinh dưỡng nặng, dị tật phối hợp nặng chưa ổn định.
- Các bệnh lý toàn thân chưa kiểm soát được như tim bẩm sinh, hô hấp mạn tính nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Cơ địa dễ dị ứng thuốc mê hoặc có tiền sử biến chứng sau gây mê.
- Mô vùng khe hở xơ hóa do từng phẫu thuật trước.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người (1 chính, 2 phụ)
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê toàn thân
- Thuốc co mạch (Adrenaline pha loãng)
- Dung dịch sát khuẩn: Povidon-Iod, Natri clorid 0,9%
- Kháng sinh tĩnh mạch
- Thuốc giảm đau, kháng viêm
- Dịch truyền
- Thuốc chống phù nề, chống co thắt

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ banh miệng, đèn mổ vùng miệng
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình vòm miệng
- Chỉ Vicryl (3.0–5.0) tiêu chậm
- Găng, mũ, khẩu trang, áo mổ vô khuẩn
- Gạc vô khuẩn, bơm tiêm, ống hút, dao điện
- Dụng cụ hồi sức, đặt nội khí quản

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, huyết áp, nhịp tim, tiền sử dị ứng, bệnh kèm theo
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ rộng khe hở, chiều dài vòm mềm, tình trạng niêm mạc, sẹo cũ (nếu có)
- Khám chuyên khoa hỗ trợ (nếu cần): TMH, gây mê, nhi khoa
- Tư vấn – giải thích: Trình bày rõ ràng cho gia đình về nguy cơ, kết quả mong đợi và khả năng tái phẫu thuật
- Chuẩn bị thể trạng: nâng cao dinh dưỡng, điều trị viêm nhiễm mũi – họng trước mổ

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Cam kết mổ có chữ ký của người đại diện hợp pháp

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90–120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra thông tin: đúng bệnh nhân, đúng phẫu thuật, đúng vị trí tổn thương
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu ngửa nhẹ, banh miệng bằng dụng cụ chuyên dụng

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

Gây mê có đặt nội khí quản, theo dõi liên tục sinh hiệu

6.1. Bước 1: Phẫu thuật tạo hình khe hở 2 bên toàn bộ

6.2. Bước 2: Làm sạch vùng khe hở: Sát khuẩn, hút sạch dịch nhầy

6.3. Bước 3: Phẫu tích và tạo vạt sàn mũi:
- Tách lớp niêm mạc mũi ở cả hai bên khe hở
- Dùng vạt bên đối diện hoặc tạo vạt trượt phục hồi sàn mũi
- Khâu sàn mũi bằng chỉ tiêu chậm (lớp 1)

6.4. Bước 4: Tái tạo cơ nâng vòm mềm:
- Tách cơ nâng vòm từ hai bên
- Kéo về giữa, khâu tạo vòng cơ chức năng (lớp 2)

6.5. Bước 5: Phục hồi niêm mạc miệng:
- Tạo vạt xoay, vạt chữ Z, hoặc vạt trượt che phủ vòm miệng
- Khâu vết thương miệng (lớp 3), đảm bảo không căng, không hoại tử

6.6. Bước 6: Kiểm tra lỗ thông mũi – miệng, cầm máu kỹ, rửa sạch

6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá lại độ kín vòm miệng
- Ghi chép chi tiết hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh về hồi sức hậu phẫu

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở sau mổ
- Tình trạng hô hấp, tình trạng vùng mổ (phù nề, chảy máu)
- Chế độ ăn: Lỏng nguội trong 7–10 ngày đầu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc mê: xử trí theo phác đồ chống sốc
- Chảy máu trong mổ: đốt điện, khâu cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật
- Chảy máu vết mổ: ép lạnh, kiểm tra lại vết khâu
- Phù nề: chườm lạnh, dùng corticoid, kháng viêm
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh theo kháng sinh đồ, rạch tháo mủ nếu cần

7.4. Biến chứng muộn
- Thông khe vòm miệng – mũi: có thể cần mổ lại sau 6–12 tháng
- Rối loạn phát âm: cần can thiệp âm ngữ trị liệu
- Sẹo xấu, mô co kéo: phẫu thuật chỉnh sửa nếu cần
- Phát triển bất cân đối vùng hàm mặt: theo dõi và can thiệp chỉnh hình sau tuổi dậy thì

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Facial Plastic and Reconstructive Surgery, Thieme Webshop, 9781604068481
- Grabb and Smith’s Plastic Surgery, Wolters Kluwer
- Neligan, Peter C., Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery, Elsevier, 2023

253. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BIẾN DẠNG MÔI TRONG SẸO KHE HỞ MÔI MỘT BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Biến dạng môi trong sẹo khe hở môi một bên là tình trạng biến dạng môi do sẹo co kéo hoặc kết quả không hoàn chỉnh sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi ban đầu. Thường gặp các bất đối xứng môi, biến dạng cung môi đỏ, nhân trung, cánh mũi, trụ mũi.
- Nguyên lý phẫu thuật: Loại bỏ sẹo xấu, phẫu tích giải phóng tổ chức co kéo, tái tạo cấu trúc giải phẫu môi, cánh mũi và nhân trung theo trục đối xứng.
- Mục đích: Khôi phục chức năng và cải thiện thẩm mỹ vùng môi – mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có biến dạng môi do sẹo sau mổ khe hở môi một bên, ảnh hưởng thẩm mỹ và/hoặc chức năng.
- Có đủ điều kiện gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ nặng, nguy cơ nhiễm khuẩn cao.
- Bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát được.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Cơ địa sẹo lồi, sẹo xấu.
- Đã phẫu thuật nhiều lần, mô sẹo xơ hóa nhiều, nguy cơ hoại tử cao sau tạo hình.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê (Lidocain ± Adrenaline) hoặc thuốc mê
- Thuốc co mạch
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh trước mổ
- Thuốc giảm đau, kháng viêm
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ phẫu thuật tạo hình môi – mũi
- Chỉ khâu tiêu (Vicryl, 5.0; 6.0), chỉ không tiêu (Nylon 6.0)
- Dao mổ, kéo, banh môi nhỏ
- Gạc phẫu thuật, bông gòn vô khuẩn
- Găng, khẩu trang, mũ, áo mổ
- Dụng cụ hút, bơm tiêm, chạc ba, dây truyền

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: đánh giá các chỉ số sinh tồn, tình trạng dinh dưỡng, bệnh kèm theo
- Khám tại chỗ: đánh giá biến dạng môi, độ lệch nhân trung, cung môi đỏ, cánh mũi – trụ mũi
- Thăm khám chuyên khoa gây mê hồi sức nếu gây mê
- Giải thích trước mổ: tình trạng hiện tại, quy trình can thiệp, các biến chứng và khả

năng phải chỉnh sửa nhiều lần

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Giấy cam kết mổ có chữ ký người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60–90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra đúng người, đúng bệnh, đúng vị trí tổn thương
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu hơi nâng cao, nghiêng nhẹ về phía đối diện khe hở

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê tại chỗ

Với trẻ em: gây mê có đặt nội khí quản

Người lớn có thể dùng gây tê tại chỗ nếu hợp tác tốt

6.1. Bước 1: Đánh rửa, sát khuẩn kỹ vùng môi

6.2. Bước 2: Đánh dấu đường rạch da theo các mốc giải phẫu chuẩn đối xứng

6.3. Bước 3: Cắt lọc sẹo cũ theo đường rạch định sẵn, bảo tồn tối đa mô lành

6.4. Bước 4: Phẫu tích giải phóng mô co kéo, xác định lại điểm cao nhất của cung môi đỏ, điểm giữa nhân trung

6.5. Bước 5: Tạo vạt xoay hoặc vạt chữ Z nhỏ để tái tạo nhân trung, môi đỏ và điều chỉnh đường viền môi

6.6. Bước 6: Cân chỉnh trục mũi nếu cần bằng kỹ thuật tái tạo trụ mũi bên khe hở

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi theo lớp:

- Cơ vòng môi (orbicularis oris) – chỉ tiêu chậm
- Mô dưới da
- Da và niêm mạc môi – chỉ không tiêu hoặc chỉ tiêu tùy vị trí

6.8. Kết thúc quy trình

- Kiểm tra cầm máu, độ đối xứng của môi
- Ghi hồ sơ, bàn giao người bệnh về phòng hồi sức

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn trong và sau mổ
- Tình trạng vết mổ: chảy máu, sưng nề
- Đảm bảo người bệnh không chạm, làm ướt vết khâu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng thuốc gây tê/gây mê: xử trí chống sốc
- Chảy máu: khâu cầm máu, băng ép nhẹ

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu vết mổ: xử trí bằng ép lạnh, nếu nhiều có thể mở lại kiểm tra
- Phù nề: chườm lạnh, thuốc chống phù nề (alphachymotrypsin, corticoid)
- Nhiễm trùng: sát khuẩn, thay băng, dùng kháng sinh theo chỉ định

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử trí bằng tiêm corticoid tại chỗ, phẫu thuật chỉnh sửa
- Môi lệch hoặc không cân đối: có thể chỉnh sửa sau 6 tháng – 1 năm
- Biến dạng cánh mũi – trụ mũi: cần can thiệp phối hợp (nếu chưa xử lý trong lần này)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Facial Plastic and Reconstructive Surgery, Thieme Webshop, 9781604068481
- Grabb and Smith's Plastic Surgery, Wolters Kluwer
- Neligan, Peter C., Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery, Elsevier, 2023

254. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BIẾN DẠNG MÔI TRONG SẸO KHE HỞ MÔI HAI BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Biến dạng môi trong do sẹo khe hở môi hai bên là hậu quả của các lần phẫu thuật tạo hình không triệt để hoặc sẹo co kéo vùng môi – mũi. Bệnh nhân thường có môi trên ngắn, nhân trung biến dạng, cung môi đỏ bất cân đối, cánh mũi và trụ mũi bị kéo lệch, hình dạng mũi dị dạng.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt bỏ sẹo xấu, giải phóng mô co kéo hai bên, tái tạo cơ vòng môi, phục hồi cân đối nhân trung, cung môi đỏ, trụ mũi.
- Mục đích: Khôi phục chức năng môi và cải thiện tối đa hình thái thẩm mỹ môi – mũi cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Biến dạng môi trong sẹo sau khe hở môi hai bên đã được khâu nhưng để lại di chứng: môi ngắn, môi không cân đối, nhân trung hẹp hoặc lệch, mũi bẹt – trụ mũi ngắn.
- Bệnh nhân đủ điều kiện phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng tại chỗ nặng, mô xung quanh không đảm bảo phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.
- Bệnh toàn thân mất bù hoặc chống chỉ định gây mê.

4. THẬN TRỌNG

- Mô sẹo nhiều, đã phẫu thuật nhiều lần, nguy cơ hoại tử vạt cao.
- Cơ địa sẹo lồi, khó kiểm soát kết quả thẩm mỹ sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê hoặc thuốc mê
- Thuốc co mạch
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau, chống phù nề
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình môi – mũi
- Dao mổ, kéo phẫu tích, banh môi
- Chỉ tiêu (Vicryl 5.0–6.0), chỉ không tiêu (Nylon 6.0)
- Gạc phẫu thuật, băng ép, ống hút dịch
- Găng tay, khẩu trang, mũ mổ
- Dụng cụ gây mê hoặc gây tê

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: các chỉ số sinh tồn, đánh giá toàn trạng, bệnh lý đi kèm
- Khám tại chỗ: đánh giá nhân trung, môi đỏ, độ lệch trụ mũi, cánh mũi, mức độ xơ hóa, chiều cao môi

- Khám chuyên khoa nếu cần: Gây mê hồi sức, Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt
- Giải thích trước mổ: rõ về tình trạng bệnh, khả năng can thiệp, mức độ cải thiện, khả năng mổ nhiều lần

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Giấy cam kết mổ (bệnh nhân hoặc người giám hộ ký)

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người, đúng chẩn đoán, đúng bên tổn thương
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Tư thế nằm ngửa, đầu hơi nâng, nghiêng nhẹ về phía phẫu thuật thuận lợi

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

Trẻ em và người không hợp tác: gây mê nội khí quản

Người lớn hợp tác tốt: gây tê tại chỗ ± tiền mê

6.1. Bước 1: Sát khuẩn – trải săng vô khuẩn

Đánh dấu đường rạch mô sẹo, cung môi đỏ, nhân trung hai bên

6.2. Bước 2: Cắt bỏ mô sẹo, bảo tồn mô lành tối đa

6.3. Bước 3: Giải phóng cơ vòng môi hai bên, tạo vạt chuyển nhân trung trung tâm (có thể dùng vạt chữ Z hoặc vạt xoay từ bên)

6.4. Bước 4: Tái tạo cung môi đỏ cân đối bằng vạt niêm mạc môi dưới nếu cần

6.5. Bước 5: Tạo hình trụ mũi bằng vạt cuộn nhân trung nếu đủ tổ chức mềm

6.6. Bước 6: Khâu lại theo từng lớp:

- Cơ vòng môi (orbicularis oris): Vicryl 5.0
- Dưới da: Vicryl 6.0
- Da và niêm mạc môi: Nylon 6.0 hoặc Vicryl Rapide

6.7. Kết thúc quy trình

- Kiểm tra cầm máu
- Kiểm tra cân đối đường viền môi và nhân trung
- Dán băng bảo vệ nhẹ vùng môi
- Ghi chép hồ sơ, chuyển bệnh nhân về phòng hồi tỉnh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng vết mổ: chảy máu, phù nề
- Đảm bảo vệ sinh vùng môi, không để va chạm, nhiễm khuẩn

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Phản vệ thuốc mê/tê: xử trí chống sốc
- Chảy máu nhiều: khâu cầm máu, băng ép, truyền dịch

7.3. Tai biến sau mổ

- Chảy máu vết mổ: mở lại kiểm tra nếu cần
- Phù nề tổ chức: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề
- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở dẫn lưu nếu có ổ áp xe

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: tiêm corticoid nội sẹo, xoa bóp, mổ lại khi cần

- Môi không cân đối, mũi biến dạng: tái tạo sau ít nhất 6 tháng
- Tổn thương cơ vòng môi: phục hồi chức năng, có thể phẫu thuật lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Thieme USA.
- Grabb and Smith's Plastic Surgery. Wolters Kluwer.
- Neligan, Peter C. Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery. Elsevier, 2023.

255. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU NĂNG VÒM HẦU BẰNG TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiểu năng vòm hầu là tình trạng chức năng đóng vòm hầu bị suy giảm, gây rối loạn phát âm và nuốt, thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử khe hở vòm miệng hoặc sau phẫu thuật chỉnh hình không đạt kết quả mong muốn. Một trong những phương pháp điều trị ít xâm lấn là tiêm chất làm đầy (filler) vào thành sau họng để cải thiện khả năng đóng của vòm hầu.

Chất làm đầy được sử dụng có thể là:

- Acid hyaluronic có độ nhớt cao.
- Mỡ tự thân đã qua xử lý.
- Collagen sinh học hoặc các chất tổng hợp khác có độ an toàn cao.

Ưu điểm của phương pháp:

- Ít xâm lấn, thực hiện nhanh.
- Có thể thực hiện lặp lại nếu cần.
- Ít biến chứng và thời gian hồi phục ngắn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có thiểu năng vòm hầu mức độ nhẹ đến trung bình.
- Rối loạn phát âm dạng hở mũi (hypernasality) được xác định qua khám lâm sàng và nội soi.
- Không có chỉ định hoặc không phù hợp với phẫu thuật tái tạo vòm hầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với chất làm đầy dự kiến sử dụng.
- Nhiễm trùng vùng họng, viêm amidan cấp, hoặc bệnh lý nội khoa chưa kiểm soát.
- Thiểu năng vòm hầu nặng, không đáp ứng với tiêm.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá chính xác mức độ thiểu năng bằng nội soi hoặc đo áp lực mũi họng.
- Chất làm đầy cần đảm bảo độ tinh khiết, độ an toàn sinh học.
- Cần theo dõi sau tiêm để đánh giá hiệu quả và biến chứng (nếu có).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt có kinh nghiệm điều trị rối loạn vòm hầu
- Điều dưỡng hỗ trợ tiêm và theo dõi sau thủ thuật.

5.2. Thiết bị:

- Kim tiêm dài chuyên dụng vùng hầu.
- Chất làm đầy: acid hyaluronic, mỡ tự thân đã xử lý, collagen...
- Thuốc gây tê tại chỗ, dụng cụ nội soi mũi họng.

5.3. Người bệnh:

- Nội soi vòm hầu trước thủ thuật.
- Tư vấn kỹ cho người bệnh về mục tiêu và giới hạn của kỹ thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Phiếu đồng ý thực hiện thủ thuật, ghi rõ loại chất làm đầy.
- Hồ sơ bệnh án chuyên khoa.

5.5. Thời gian thực hiện: 15–30 phút.

5.6. Địa điểm: Phòng thủ thuật vô khuẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc RHM.

5.7. Kiểm tra trước thủ thuật: đúng bệnh nhân – đúng chất tiêm – đúng vị trí tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ vùng mũi họng bằng lidocain dạng xịt hoặc gel.

6.1 Bước 1: Nội soi kiểm tra vòm hầu, xác định điểm tiêm tối ưu.

6.2 Bước 2: Dùng kim dài hoặc ống thông chuyên dụng đưa chất làm đầy vào thành sau họng hoặc vùng đỉnh vòm.

Lượng tiêm tùy thuộc mức độ thiểu năng, trung bình 0.3–1.0 ml mỗi bên.

6.1 Bước 1: Theo dõi tại chỗ ít nhất 30 phút sau tiêm.

- Dặn dò chế độ ăn mềm, không khạc nhổ mạnh trong 24 giờ đầu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Đau nhẹ tại chỗ tiêm.
- Khó nuốt hoặc cảm giác cộm vùng họng.
- Đánh giá hiệu quả cải thiện phát âm sau 3–7 ngày.

7.2. Tai biến có thể gặp:

- Phản ứng dị ứng với chất làm đầy.
- Nhiễm trùng hoặc áp xe vùng tiêm.
- Rối loạn nuốt hoặc nói tạm thời.

7.3. Xử trí:

- Dùng kháng histamin nếu có phản ứng dị ứng nhẹ.
- Kháng sinh nếu nghi ngờ nhiễm trùng.
- Theo dõi sát trong các ngày đầu, đánh giá định kỳ mỗi 1–3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Witt PD, Marsh JL. Management of velopharyngeal dysfunction. Clin Plast Surg. 2004.

2. Ysunza A, Pamplona MC. Injection pharyngoplasty for the treatment of velopharyngeal insufficiency. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011.

3. Leclerc JE, et al. Velopharyngeal Insufficiency: Contemporary Assessment and Management. Otolaryngol Clin North Am. 2021.

4. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Tai Mũi Họng (2021).

5. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Practice Parameters, 2020.

256. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU SẢN BẨM SINH NỬA MẶT BẰNG CHẤT LÀM ĐẦY

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiểu sản nửa mặt bẩm sinh (Hemifacial Microsomia - HFM) là dị tật bẩm sinh thường gặp, đặc trưng bởi sự phát triển không cân xứng giữa hai bên mặt, ảnh hưởng đến xương hàm dưới, mô mềm và đôi khi cả tai. Với trường hợp nhẹ hoặc bệnh nhân chưa đủ điều kiện cho các can thiệp tái tạo lớn, phương pháp tiêm chất làm đầy có thể cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt tạm thời.

Các chất làm đầy thường sử dụng:

- Acid hyaluronic có độ nhớt cao.
- Mỡ tự thân đã tinh chế.
- Polymethylmethacrylate (PMMA) hoặc các chất tổng hợp sinh học khác.

Ưu điểm:

- Ít xâm lấn, thực hiện nhanh.
- Có thể điều chỉnh lặp lại.
- Cải thiện đối xứng vùng mặt trong thời gian ngắn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân thiểu sản nửa mặt mức độ nhẹ đến trung bình, không kèm biến dạng xương nghiêm trọng.
- Người bệnh chưa đủ tuổi hoặc chưa sẵn sàng thực hiện phẫu thuật tái tạo phức tạp.
- Mong muốn cải thiện thẩm mỹ không xâm lấn nhiều.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với chất làm đầy.
- Nhiễm trùng hoặc viêm cấp tại vùng mặt cần tiêm.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Kỳ vọng không thực tế về hiệu quả điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ cấu trúc khuôn mặt bằng hình ảnh 3D, phân tích đối xứng mặt.
- Giải thích rõ cho người bệnh về hiệu quả chỉ mang tính tạm thời (trừ khi dùng chất bán vĩnh viễn).
- Thực hiện ở cơ sở có chuyên môn và vô khuẩn cao để tránh biến chứng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình hoặc da liễu có kinh nghiệm tiêm chất làm đầy vùng mặt.
- Điều dưỡng hỗ trợ chuẩn bị dụng cụ và theo dõi.

5.2. Thiết bị:

- Chất làm đầy phù hợp (HA, mỡ tự thân, PMMA...).
- Kim tiêm chuyên dụng tiêm lớp sâu dưới da.
- Dung dịch sát khuẩn, thuốc tê nếu cần.

5.3. Người bệnh:

- Khám và tư vấn kỹ về mục tiêu, nguy cơ và kết quả.
- Ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án, ảnh chụp trước điều trị.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật : 30–45 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật chuyên khoa Da liễu hoặc Tạo hình thẩm mỹ.

5.7. Kiểm tra trước thủ thuật: đúng người – đúng loại chất làm đầy – đúng vị trí điều trị.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ nếu cần.

6.1 Bước 1: Sát khuẩn vùng điều trị, đánh dấu vùng thiểu sản cần bù đắp.

6.2 Bước 2: Tiêm chất làm đầy vào lớp mô mềm dưới da tại vùng thiếu hụt, phân bố đều để đạt đối xứng tối đa.

6.3 Bước 3: Nắn chỉnh nhẹ sau tiêm, tránh vón cục.

6.4 Bước 4: Theo dõi tại chỗ 30 phút sau thủ thuật để kiểm tra phản ứng.

6.5 Bước 5: Dặn dò bệnh nhân tránh xoa nắn mạnh vùng tiêm trong 48 giờ.

6.6 Kết thúc quy trình

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Sưng nhẹ tại chỗ, cảm giác căng tức sau tiêm.
- Đánh giá kết quả thẩm mỹ sau 5–7 ngày.

7.2. Tai biến có thể gặp:

- Dị ứng hoặc phản ứng viêm tại chỗ.
- Hoại tử da nếu tiêm sai lớp hoặc tắc mạch.
- Không đều hai bên mặt, tụ dịch.

7.3. Xử trí:

- Thuốc kháng viêm, kháng histamin nếu phản ứng nhẹ.
- Hòa tan chất làm đầy nếu cần (với HA).
- Can thiệp y tế chuyên sâu nếu có hoại tử hoặc biến chứng mạch máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Whitaker LA. Hemifacial Microsomia. Clin Plast Surg. 1987.
- Losquardo DW, et al. Injectable fillers for facial asymmetry. J Craniofac Surg. 2012.
- American Society of Plastic Surgeons. Guidelines for Use of Injectable Fillers. 2020.
- Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật tạo hình thẩm mỹ. Hướng dẫn chuyên ngành (2021).
- Lambros VS. Facial Asymmetry Correction with Hyaluronic Acid. Aesthetic Surgery Journal. 2021.

257. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THIỂU SẢN BẨM SINH TOÀN BỘ MẶT BẰNG CHẤT LÀM ĐẦY

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiểu sản toàn bộ mặt bẩm sinh là tình trạng hiếm gặp, biểu hiện bằng sự phát triển kém toàn diện các cấu trúc xương và mô mềm của hai bên mặt, bao gồm xương hàm, gò má, ổ mắt, trán, mũi và môi. Trong một số trường hợp nhẹ hoặc chưa thể thực hiện các phẫu thuật tái tạo lớn, tiêm chất làm đầy là giải pháp tạm thời nhằm cải thiện thẩm mỹ và cân đối khuôn mặt.

Các chất làm đầy thường sử dụng:

- Acid hyaluronic (HA) độ nhớt cao.
- Mỡ tự thân đã xử lý (nano-fat, micro-fat).
- Chất bán vĩnh viễn như PMMA, poly-L-lactic acid.

Ưu điểm:

- Không xâm lấn sâu.
- Thực hiện nhanh chóng, có thể điều chỉnh định kỳ.
- Cải thiện sự cân đối khuôn mặt rõ rệt trong thời gian ngắn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân thiểu sản mô mềm toàn bộ mặt mức độ nhẹ đến trung bình.
- Bệnh nhân chưa thể thực hiện phẫu thuật tái tạo xương hoặc không đủ điều kiện can thiệp lớn.
- Mong muốn cải thiện thẩm mỹ tạm thời hoặc chuẩn bị cho phẫu thuật tái tạo sau này.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thành phần của chất làm đầy.
- Viêm nhiễm cấp tại vùng tiêm.
- Bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đông máu hoặc miễn dịch.
- Bệnh nhân có kỳ vọng không thực tế về kết quả điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá toàn diện bằng hình ảnh 3D và phân tích cấu trúc khuôn mặt.
- Giải thích rõ tính chất tạm thời hoặc bán vĩnh viễn của phương pháp.
- Chỉ định và thực hiện tại cơ sở có chuyên khoa sâu về tạo hình và vô khuẩn tuyệt đối.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ chuyên khoa tạo hình thẩm mỹ có kinh nghiệm trong điều trị không phẫu thuật vùng mặt.
- Điều dưỡng hỗ trợ và theo dõi.

5.2. Thiết bị:

- Chất làm đầy phù hợp (HA, mỡ tự thân, chất tổng hợp).
- Kim tiêm hoặc cannula chuyên dụng vùng mặt.
- Thuốc tê, sát khuẩn, thiết bị chiếu sáng hỗ trợ.

5.3. Người bệnh:

- Khám, tư vấn kỹ về vùng điều trị và nguy cơ.
- Ký cam kết thủ thuật.

5.4. Hồ sơ:

- Hồ sơ bệnh án, ảnh chụp trước điều trị.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60–90 phút tùy số vùng điều trị.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh: đúng người – đúng chất – đúng vùng – đúng kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1 Bước 1: Đánh dấu vùng thiếu hụt mô mềm trên mặt (trán, thái dương, má, gò má, rãnh mũi má, môi...).

6.2 Bước 2: Sát khuẩn và gây tê tại chỗ nếu cần.

6.3 Bước 3: Tiêm chất làm đầy lớp sâu dưới da hoặc trên xương, phân bố đồng đều từng vùng.

6.4 Bước 4: Nắn chỉnh nhẹ tay, đảm bảo tạo hình đối xứng và hài hòa.

6.5 Bước 5: Theo dõi tại chỗ sau thủ thuật 30–60 phút. Dặn dò người bệnh chăm sóc sau điều trị.

6.6 Kết thúc quy trình

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Sưng nề, căng tức vùng tiêm trong 24–48 giờ.
- Đánh giá hiệu quả sau 7–10 ngày.

7.2. Tai biến có thể gặp:

- Phản ứng viêm, dị ứng.
- Tắc mạch máu gây thiếu máu mô hoặc hoại tử.
- Không đều hai bên mặt, bầm máu, tụ dịch.

7.3. Xử trí:

- Kháng viêm, kháng histamin nếu nhẹ.
- Tiêm men giải HA nếu dùng HA mà có biến chứng.
- Chuyển chuyên khoa nếu có dấu hiệu thiếu máu mô hoặc hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Whitaker LA. Hemifacial and total facial microsomia. Clin Plast Surg. 1987.
- Losquardo DW, et al. Injectable fillers for congenital facial asymmetry. J Craniofac Surg. 2012.
- American Society of Plastic Surgeons. Guidelines for Use of Injectable Fillers. 2020.
- Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Tạo hình thẩm mỹ (2021).
- Lambros VS. Full-face correction using HA fillers. Aesthetic Surgery Journal. 2022.

258. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THU NHỎ VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình thu nhỏ vành tai là bỏ bớt một phần tổ chức vành tai nhưng vẫn giữ được đầy đủ thành phần cấu trúc với kích thước tương ứng.
- Mục đích của phẫu thuật nhằm đưa vành tai về kích thước bình thường, cân đối với bên còn lại, phù hợp với kích thước khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có vành tai lớn so với lứa tuổi, nhân trắc học hoặc so với bên còn lại, có nhu cầu thu gọn để đạt tính thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận
- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 – 180 phút (1,5 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da, đo đạc kích thước tai lành

6.2. Bước 2: Bơm rửa lỗ tai ngoài

6.3. Bước 3: Bóc tách, phẫu tích tổ chức, cắt bỏ một phần vành tai theo thiết kế để tạo hình tai mới có kích thước như mong muốn

6.4. Bước 4: Khâu đóng vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

259. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI CỤP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cũng như những bộ phận khác trên khuôn mặt, đôi tai cũng mang tính thẩm mỹ cao cho diện mạo. Có một số người kém may mắn, khi sinh ra vành tai bị dị tật bẩm sinh, vành tai bị cụp làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây mất tự tin trong giao tiếp hàng ngày.
- Phẫu thuật tạo hình vành tai cụp nhằm tạo cho vành tai có độ vểnh bình thường, phù hợp với khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vành tai cụp có nhu cầu phẫu thuật để đạt tính thẩm mỹ.

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da, đo đạc kích thước tai lành

6.2. Bước 2: Bơm rửa lỗ tai ngoài

6.3. Bước 3: Rạch da, phẫu tích tổ chức theo thiết kế để tạo hình tai mới có hình dáng tương tự tại lành

6.4. Bước 4: Khâu đóng vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition",Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e",Elsevier Inc.

260. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI VÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cũng như những bộ phận khác trên khuôn mặt, đôi tai cũng mang tính thẩm mỹ cao cho diện mạo. Có một số người kém may mắn, khi sinh ra vành tai bị dị tật bẩm sinh, vành tai bị vùi làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây mất tự tin trong giao tiếp hàng ngày.
- Phẫu thuật tạo hình vành tai vùi nhằm tạo cho vành tai có độ vểnh bình thường, phù hợp với khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vành tai vùi có nhu cầu phẫu thuật để đạt tính thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da dựa trên tai lành đã đo từ trước

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu tích, giải phóng các cơ nội tại gây biến dạng vành tai

6.5. Bước 5: Có thể tạo hình khung sụn nếu cần, tạo hình vành tai vùi bằng vạt tại chỗ, vạt lân cận.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Hirose, T. Tomono, K. Matsuo (1985). Cryptotia: our classification and treatment. *British journal of plastic surgery*, 38: 325-360.

2. Young Kyoo Cho, Sung Gun Bae, Byung Chae Cho (2014). Comparison between Z-plasty and V-Y advancement for the surgical correction of cryptotia. *Arch craniofac surg*, 15(1): 7-13.

3. Hikiami, Rina, Kakudo (2017). A New Modified Method of Correcting Cryptotia with a Subcutaneous Pedicled Flap. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 5(10).

261. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI VỂNH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cũng như những bộ phận khác trên khuôn mặt, đôi tai cũng mang tính thẩm mỹ cao cho diện mạo. Có một số người kém may mắn, khi sinh ra vành tai bị dị tật bẩm sinh, vành tai bị vểnh làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây mất tự tin trong giao tiếp hàng ngày
- Mục đích: Phẫu thuật tạo hình vành tai vểnh nhằm tạo cho vành tai có độ vểnh bình thường, phù hợp với khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh vành tai vểnh có nhu cầu phẫu thuật để đạt tính thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận.
- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Thước đo.

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: tình trạng đa chấn thương, cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với vành tai bên đối diện.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 - 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da dựa trên tai lành đã đo từ trước

6.2. Bước 2:. Tiêm tê tại chỗ.

6.3. Bước 3: Bơm rửa lỗ tai ngoài.

6.4. Bước 4: Rạch da, phẫu tích tổ chức theo thiết kế để tạo hình tai mới có hình dáng tương tự tại lành.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ.

6.6. Bước 6: Băng vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Xử trí bù khối lượng tuần hoàn, cầm máu, băng ép sau mổ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vành tai. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

262. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỖ TAI NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cũng như những bộ phận khác trên khuôn mặt, đôi tai cũng mang tính thẩm mỹ cao cho diện mạo. Có một số người kém may mắn, khi sinh ra vành tai bị dị tật bẩm sinh, không có lỗ tai ngoài làm ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận âm thanh và cản trở quá trình giao tiếp.
- Phẫu thuật tạo hình lỗ tai ngoài là phẫu thuật sử dụng các vạt da tại chỗ hoặc lân cận để tạo cho vành tai có lỗ tai ngoài
- Mục đích của phẫu thuật là đưa vành tai về hình dáng bình thường nhất có thể

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có lỗ tai ngoài có nhu cầu phẫu thuật để đạt tính thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ).
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện
6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm: gây mê
6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da
6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ
6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế
6.4. Bước 4: Phẫu tích, tạo hình lỗ ống tai, có thể sử dụng mảnh ghép da hoặc ghép phức hợp
6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ, cố định bằng gối gạc.
6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

263. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO LỒI QUÁ PHÁT VÀNH TAI TRÊN 5CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sẹo lồi, quá phát vành tai có thể hình thành sau khi xỏ lỗ đeo khuyên tai, bị chấn thương, mụn nhọt sau phẫu thuật. Khi tai bị tổn thương hoặc bị nhiễm trùng, các mô xơ thường được hình thành để bảo vệ và chữa lành vết thương. Tuy nhiên, đôi khi sự tăng trưởng mô quá mức có thể dẫn tới sẹo lồi, sẹo quá phát.
- Nguyên lý của phẫu thuật là cắt bỏ sẹo lồi, sau cắt sẹo có thể đóng trực tiếp hoặc dùng vạt tổ chức để tạo hình vành tai.
- Mục đích: Phẫu thuật tạo hình điều trị sẹo lồi quá phát vành tai lớn nhằm giảm triệu chứng đau ngứa, đạt tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có sẹo lồi, sẹo quá phát vành tai trên 5cm sau chấn thương hoặc phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Thước đo.

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: tình trạng đa chấn thương, cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với vành tai bên đối diện.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 - 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da.

6.2. Bước 2:. Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế

6.4. Bước 4: Lấy bỏ sẹo lồi quá phát.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ.

6.6. Bước 6: Băng vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Xử trí bù khối lượng tuần hoàn, cầm máu, băng ép sau mổ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Hoại tử mép vết mổ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

264. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U SỤN VÀNH TAI TRÊN 5CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U sụn vành tai có thể hình thành sau khi xỏ lỗ đeo khuyên tai, bị chấn thương, mụn nhọt sau phẫu thuật. Khi sụn tai bị tổn thương hoặc bị nhiễm trùng, các mô xơ thường được hình thành để bảo vệ và chữa lành vết thương. Tuy nhiên, đôi khi sự tăng trưởng mô quá mức có thể dẫn tới u sụn lớn.
- Nguyên lý của phẫu thuật là cắt bỏ u sụn, có thể đóng trực tiếp hoặc dùng vạt tổ chức để tạo hình vành tai.
- Mục đích: Phẫu thuật tạo hình điều trị u sụn vành tai lớn nhằm giảm triệu chứng đau ngứa, đạt tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có u sụn vành tai lớn trên 5 cm sau chấn thương hoặc phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Thước đo.

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: tình trạng đa chấn thương, cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với vành tai bên đối diện.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 - 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da

6.2. Bước 2:. Tiêm tê tại chỗ.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Lấy bỏ khối u gửi giải phẫu bệnh

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ trực tiếp hoặc sử dụng các loại vạt tại chỗ, ghép da.

6.6. Bước 6: Băng vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Xử trí bù khối lượng tuần hoàn, cầm máu, băng ép sau mổ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt, mảnh ghép da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình thì sau.

7.4. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

265. PHẪU THUẬT CẮT U SẮC TỐ VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

U sắc tố (nevi, lentigo, u hắc tố) vùng hàm mặt là nhóm tổn thương sắc tố có thể lành tính hoặc ác tính, thường gặp ở da mặt, môi, niêm mạc miệng. Với các tổn thương nghi ngờ tiến triển hoặc gây mất thẩm mỹ, phẫu thuật cắt bỏ là lựa chọn cần thiết nhằm chẩn đoán mô bệnh học và điều trị triệt để.

Các u sắc tố phổ biến:

- Nevus bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Lentigo ác tính (lentigo maligna).
- Melanoma thể niêm mạc (hiếm gặp).

Chỉ định cắt bỏ nhằm:

- Loại trừ ác tính hoặc tổn thương có nguy cơ cao.
- Phục hồi thẩm mỹ vùng mặt.
- Ngăn ngừa biến đổi ác tính nếu là u sắc tố lớn bẩm sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- U sắc tố thay đổi hình dạng, màu sắc, kích thước (theo tiêu chuẩn ABCDE).
- U sắc tố vùng da mặt kích thước > 1 cm hoặc u bẩm sinh.
- U gây mất thẩm mỹ, loét, chảy máu hoặc rối loạn chức năng (nói, nhai, nuốt).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng da cấp tính tại vùng phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị ổn định.
- Người bệnh từ chối phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc sinh thiết trước nếu nghi ngờ u ác tính.
- Đảm bảo đường rạch theo hướng nếp da, thẩm mỹ vùng mặt.
- Chuẩn bị vật liệu tạo hình (nếu u lớn cần đóng vạt hoặc ghép da).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình hoặc răng hàm mặt có kinh nghiệm.
- Điều dưỡng hỗ trợ gây tê và phẫu thuật.

5.2. Thiết bị:

- Dao mổ, kéo, kẹp, chỉ khâu thẩm mỹ.
- Dụng cụ sinh thiết nếu cần.
- Vật liệu tạo hình (vạt da, lưới sinh học...) nếu u lớn.

5.3. Người bệnh:

- Được khám và tư vấn chi tiết.
- Ký giấy cam kết phẫu thuật

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án, ảnh trước mổ.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30–60 phút tùy kích thước.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc phòng thủ thuật vô khuẩn.

5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh: đúng người – đúng vị trí – đúng tổn thương cần xử lý.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc tiền mê.

6.1 Bước 1: Đánh dấu tổn thương, xác định rìa an toàn (thường 2–5 mm cho u lành, ≥1 cm nếu nghi ác tính).
6.2 Bước 2: Rạch da theo hình elip bám sát hướng nếp da, bảo tồn thẩm mỹ tối đa.
6.3 Bước 3: Cắt bỏ u toàn bộ, gửi giải phẫu bệnh.
6.4 Bước 4: Đóng vết mổ theo lớp hoặc dùng vạt/ghép da nếu cần.
6.5 Bước 5: Băng ép nhẹ vùng phẫu thuật.
6.6 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng sau mổ.
- Theo dõi vết khâu và sẹo sau 1 tuần – 1 tháng.

7.2. Tai biến có thể gặp:
- Nhiễm trùng vết mổ, chảy máu.
- Hoại tử mép vết khâu.
- Sẹo xấu, lồi, co kéo.

7.3. Xử trí:
- Kháng sinh, thay băng sát khuẩn nếu nhiễm trùng.
- Điều trị sẹo lồi bằng tiêm corticoid tại chỗ.
- Mổ lại tạo hình nếu sẹo ảnh hưởng thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Dermatology. Guidelines on Management of Pigmented Lesions. 2019.
2. Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine. 9th Edition.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Da liễu và Tạo hình (2021).
4. Sclafani AP. Surgical Excision of Pigmented Lesions of the Face. Facial Plast Surg Clin N Am. 2017.
5. WHO Classification of Skin Tumours, 4th Edition.

266. PHẪU THUẬT CẮT U THẦN KINH VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

U thần kinh vùng hàm mặt (schwannoma, neurofibroma, u bao dây thần kinh) là những khối u lành tính phát sinh từ tế bào Schwann bao quanh dây thần kinh ngoại biên. Vị trí thường gặp là vùng thái dương, má, môi, lưỡi, và nền sọ mặt. Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị chính nhằm lấy triệt để khối u và hạn chế tái phát.

Các đặc điểm lâm sàng:

- U tăng kích thước chậm, không đau.
- Di động theo hướng vuông góc với sợi thần kinh.
- Có thể ảnh hưởng đến cảm giác, vận động nếu u lớn.

Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm, MRI, CT giúp xác định vị trí, mối liên quan với dây thần kinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- U thần kinh phát triển nhanh, gây biến dạng vùng mặt.
- Ảnh hưởng chức năng (nói, nhai, nuốt), cảm giác hoặc đau kéo dài.
- U gây mất thẩm mỹ hoặc có nguy cơ chèn ép cấu trúc quan trọng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U ở vị trí phẫu thuật nguy cơ cao (gần dây thần kinh sọ sâu) cần hội chẩn chuyên khoa.
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Bệnh lý toàn thân nặng chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc bảo tồn dây thần kinh nếu u không xâm lấn thân trục.
- Chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân về nguy cơ rối loạn cảm giác hoặc vận động sau mổ.
- Đánh giá kỹ trên phim MRI để lập kế hoạch mổ chính xác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ phẫu thuật hàm mặt hoặc tạo hình có kinh nghiệm về u thần kinh.
- Điều dưỡng hỗ trợ mổ và theo dõi hậu phẫu.

5.2. Thiết bị:

- Dụng cụ vi phẫu nếu cần bóc tách sát dây thần kinh.
- Bộ dao mổ, chỉ khâu, kính lúp.

5.3. Người bệnh:

- Khám, chụp phim đánh giá mối liên quan với thần kinh.
- Ký cam kết mổ và tư vấn đầy đủ.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án, hình ảnh MRI, ảnh lâm sàng.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60–90 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh: đúng người – đúng vị trí – đúng khối u.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc mê toàn thân tùy vị trí.

6.1 Bước 1: Đánh dấu vị trí khối u trên da mặt theo phim MRI

6.2 Bước 2: Rạch da theo nếp tự nhiên, bóc tách lớp mô mềm đến bao u.

6.3 Bước 3: Bóc tách khối u theo lớp màng bao Schwann, tránh tổn thương thân thần kinh.

6.4 Bước 4: Nếu u xâm lấn thân thần kinh chính, cần hội chẩn vi phẫu để nối thần kinh.

6.5 Bước 5: Khâu đóng vết mổ từng lớp, đảm bảo thẩm mỹ.

6.6 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Phù nề, chảy máu sau mổ.
- Cảm giác vùng chi phối có thay đổi.
- Kiểm tra vết khâu sau 5–7 ngày.

7.2. Tai biến có thể gặp:

- Mất cảm giác hoặc vận động vùng mặt.
- Nhiễm trùng, tụ dịch.
- Tái phát nếu cắt không triệt để.

7.3. Xử trí:

- Theo dõi thần kinh học sau mổ.
- Chăm sóc vết mổ, kháng sinh dự phòng.
- Mổ lại nếu khối u còn sót và có triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sawhney R, et al. Schwannoma of the Head and Neck. J Craniofac Surg. 2017.
2. Shaari CM, et al. Management of Facial Nerve Schwannoma. Otolaryngol Clin N Am. 2018.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phẫu thuật Hàm mặt – Tạo hình (2021).
4. WHO Classification of Tumours: Soft Tissue and Bone Tumours, 5th edition.
5. Enzinger and Weiss’s Soft Tissue Tumors. 6th Edition.

267. CẮT U XƠ THẦN KINH VÙNG HÀM MẶT DƯỚI 5 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- U xơ thần kinh (neurofibroma) là khối u lành tính phát sinh từ vỏ dây thần kinh, thường liên quan đến bệnh lý u xơ thần kinh (neurofibromatosis type 1). U có thể đơn độc hoặc đa ổ. Đa số u có kích thước nhỏ < 5 cm, tăng trưởng chậm, không đau nhưng có thể gây biến dạng vùng mặt, ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ.
- Đặc điểm u:

Mềm, di động, không đau.

Không có bao rõ ràng, thường thâm nhiễm vào các sợi thần kinh.

Thường gặp ở má, môi, vùng cằm, nền miệng.

- Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính giúp loại bỏ u, giảm nguy cơ tiến triển và cải thiện thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ thần kinh vùng hàm mặt dưới 5 cm gây ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc chức năng.
- Tăng trưởng nhanh hoặc thay đổi đặc điểm lâm sàng.
- Mong muốn thẩm mỹ của người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U xơ thần kinh sâu, không thể bóc tách an toàn bằng đường tiếp cận đơn giản.
- Rối loạn đông máu chưa điều trị.
- Bệnh lý toàn thân chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc nguy cơ tổn thương thần kinh nếu u sát các dây vận động hoặc cảm giác.
- Giải thích nguy cơ tê bì, dị cảm sau mổ.
- Không nên can thiệp nếu chưa rõ bản chất u trên lâm sàng và hình ảnh học.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ phẫu thuật hàm mặt – tạo hình.
- Điều dưỡng hỗ trợ mổ.

5.2. Thiết bị:

- Dao mổ, kẹp, kéo vi phẫu, chỉ khâu thẩm mỹ.
- Dụng cụ bóc tách vi mô.

5.3. Người bệnh:

- Được khám kỹ lâm sàng, làm MRI nếu u sâu.
- Ký cam kết phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án, hình ảnh u (siêu âm/MRI), ảnh trước mổ.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30–60 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân phù hợp.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc mê toàn thân nếu u sâu.

6.1 Bước 1: Đánh dấu ranh giới khối u trên da theo thăm khám.

6.2 Bước 2: Rạch da theo đường nếp tự nhiên vùng mặt.

6.3 Bước 3: Bóc tách lớp dưới da, xác định khối u và thận trọng bóc tách quanh thần kinh.
6.4 Bước 4: Cắt u và cầm máu tỉ mỉ, tránh tổn thương dây thần kinh lân cận.
6.5 Bước 5: Đóng vết mổ theo lớp, đảm bảo thẩm mỹ.
6.6 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Phù nề, tụ máu sau mổ.
- Cảm giác vùng chi phối dây thần kinh liên quan.

7.2. Tai biến có thể gặp:
- Tổn thương cảm giác hoặc vận động khu trú.
- Tụ dịch, nhiễm trùng.
- Sẹo xấu nếu xử trí không đúng kỹ thuật.

7.3. Xử trí:
- Kháng sinh, thay băng sát khuẩn.
- Theo dõi chức năng thần kinh, đánh giá sau 1 tháng.
- Mổ lại nếu có biến chứng muộn hoặc sót u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO Classification of Soft Tissue Tumours. 5th Edition.
2. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 6th Edition.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Răng Hàm Mặt – Tạo hình (2021).
4. Sawhney R et al. Neurofibroma of the Face. J Craniofac Surg. 2017.
5. American Society of Plastic Surgeons. Guidelines for Excision of Small Nerve Sheath Tumours.

268. CẮT U XƠ THẦN KINH VÙNG HÀM MẶT TRÊN 5 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

U xơ thần kinh (neurofibroma) là khối u lành tính phát triển từ bao thần kinh, có thể đơn độc hoặc liên quan đến bệnh lý u xơ thần kinh toàn thân (NF1). Khi u lớn trên 5 cm, đặc biệt vùng hàm mặt, có thể gây biến dạng nặng, đau hoặc rối loạn chức năng.

Đặc điểm:

- Kích thước lớn, thâm nhiễm mô lân cận, không có bao rõ ràng.
- Tăng sinh mạch máu, dễ chảy máu khi bóc tách.
- Nguy cơ chèn ép thần kinh cảm giác, vận động.

Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp chính, tuy nhiên cần lập kế hoạch kỹ lưỡng và đánh giá trước mổ bằng hình ảnh học (CT, MRI).

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ thần kinh vùng hàm mặt > 5 cm gây biến dạng, ảnh hưởng chức năng.
- Nghi ngờ thoái hóa ác tính.
- Người bệnh có yêu cầu thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng, không đảm bảo an toàn gây mê.
- U xâm lấn sâu vào nền sọ, xoang hàm trên hoặc thần kinh lớn không thể bảo tồn.
- Nhiễm trùng vùng mổ chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- U kích thước lớn thường liên quan hệ thống mạch máu và thần kinh phức tạp.
- Cần phối hợp với phẫu thuật viên sọ mặt hoặc nội soi mũi xoang nếu lan sâu.
- Đánh giá rõ giới hạn u bằng MRI để tránh tổn thương cấu trúc sống còn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Phẫu thuật viên tạo hình hàm mặt, nếu cần: phẫu thuật viên sọ mặt, tai mũi họng.
- Gây mê hồi sức, điều dưỡng phẫu thuật.

5.2. Thiết bị:

- Dụng cụ bóc tách u lớn, dao điện, cầm máu tốt.
- Nếu cần: máy cắt xương, dụng cụ nội soi.

5.3. Người bệnh:

- Khám gây mê, đánh giá hô hấp, tim mạch.
- MRI hàm mặt, xét nghiệm đầy đủ.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án, hình ảnh trước mổ, kế hoạch can thiệp.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2–4 giờ.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: phòng phẫu thuật.

5.7. Kiểm tra:

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân phù hợp.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

6.1 Bước 1: Đánh dấu vùng da theo thăm khám và MRI.

6.2 Bước 2: Mở vạt da – cơ cẩn thận theo lớp, bộc lộ toàn bộ khối u.

6.3 Bước 3: Bóc tách u ra khỏi mô lành, thận trọng quanh thần kinh và mạch máu.
6.4 Bước 4: Nếu u xâm lấn sâu: phối hợp nội soi hoặc mở rộng đường rạch tiếp cận.
6.5 Bước 5: Đảm bảo lấy toàn bộ u và gửi làm giải phẫu bệnh.
6.6 Bước 6: Tái tạo vùng khuyết nếu lớn bằng vạt hoặc ghép mô mềm.
6.7 Bước 7: Đặt dẫn lưu, khâu đóng theo lớp thẩm mỹ.
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Chảy máu, phù nề sau mổ.
- Dấu hiệu tổn thương thần kinh: tê, liệt, đau.

7.2. Tai biến:
- Tổn thương dây thần kinh mặt, hàm dưới, lưỡi.
- Mất máu nhiều.
- Biến dạng vùng mặt nếu không tái tạo đúng kỹ thuật.

7.3. Xử trí:
- Hồi sức, truyền máu nếu cần.
- Theo dõi thần kinh: chụp lại MRI nếu có nghi ngờ sót u.
- Phẫu thuật lại nếu có biến chứng muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO Classification of Tumours: Soft Tissue and Bone Tumours. 5th Edition.
2. Enzinger and Weiss’s Soft Tissue Tumours, 6th Ed.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Răng Hàm Mặt – Tạo hình (2021).
4. J Craniofac Surg. Surgical Management of Neurofibroma in Head and Neck. 2020.
5. AANS Guidelines on Peripheral Nerve Sheath Tumors.

269. PHẪU THUẬT KHÂU ĐƠN GIẢN VẾT THƯƠNG VÙNG MẶT CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vùng mặt cổ là vùng có đặc điểm giải phẫu và sinh lý riêng trên cơ thể con người, nếu các vết thương không được xử trí đúng cách có thể để lại nhiều di chứng liên quan đến thẩm mỹ và chức năng. Một trong những hậu quả đó là để lại sẹo vĩnh viễn, tổn thương thần kinh, gây biến dạng khuôn mặt và sang chấn nặng nề về tinh thần cho người bệnh.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc tiết kiệm, làm sạch, khâu phục hồi đúng theo các lớp giải phẫu.
- Mục đích của phẫu thuật là giúp liền thương, tránh nhiễm trùng, phục hồi về chức năng, thẩm mỹ vùng mặt cổ

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đơn giản vùng mặt cổ có thể đóng trực tiếp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: tình trạng đa chấn thương, cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vết thương, kích thước, độ sâu.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 - 180 phút (0,5 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ hoặc phòng tiểu phẫu.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tuỳ vị trị vết thương

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Tiêm tê tại chỗ

6.2. Bước 2: Kiểm tra kỹ tổn thương để lấy bỏ toàn bộ dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử, dập nát nhưng cần tiết kiệm tối đa. Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước oxy già, Betadin 10% hoặc nước muối sinh lý

6.3. Bước 3: Đánh giá mức độ tổn thương

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi tổn thương: Khâu theo các lớp giải phẫu

6.5. Bước 5: Có thể đặt dẫn lưu (nếu cần)

6.6. Bước 6: Băng vết khâu

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Xử trí cầm máu, băng ép sau mổ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Holt G.R., (2002), Acute soft tissue injuries of the face. Ira D. Paper. Facial Plastic and Reconstructive Surgery, second edition, Thieme Medical Publishers, 54, 689-696.
- H. Weerda, (2001), Reconstructive Plastic Facial Surgery, Thieme Medical Publishers,

Chapter 2: Basic Principles of Facial Surgery, pp 3-9.

270. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM HÀM MẶT KHÔNG THIẾU HỔNG TỔ CHỨC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Vết thương phần mềm hàm mặt không thiếu hổng tổ chức là vết thương vùng hàm mặt có thể xử lý khâu đóng trực tiếp.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch khâu đóng trực tiếp vết thương
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt không khuyết thiếu tổ chức

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ nặng, nguy cơ nhiễm khuẩn cao
- Bệnh mạn tính toàn thân nặng không thể phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt

- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh rửa làm sạch vết thương

6.2. Bước 2: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.3. Bước 3: Khâu xử lý vết thương theo từng lớp, theo các mốc giải phẫu

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

271. CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ HOẶC CẮT LỌC VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Cắt lọc làm sạch vết thương, các tổ chức hoại tử, nhiễm khuẩn ở các phần trên cơ thể.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch tổ chức hoại tử đến phần chảy máu tốt, sạch
- Mục đích: Chống nhiễm khuẩn, liền thương tốt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm đơn giản
- Vết thương tổ chức nhiễm khuẩn, hoại tử

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng bệnh lý mạn tính toàn thân nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt

- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh rửa làm sạch vết thương

6.2. Bước 2: Cắt lọc mép vết thương đơn giản hoặc cắt lọc hết tổ chức hoại tử đến phần còn lại chảy máu tốt

6.3. Bước 3: Bơm rửa sạch, cầm máu kĩ

6.4. Bước 4: Khâu xử lý vết thương theo từng lớp, theo các mốc giải phẫu

6.5. Bước 5: Với các vết thương hoại tử nặng, nguy cơ cao thì khâu thưa vết thương hoặc để hở vết thương để chăm sóc và đóng thì 2.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần

- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

272. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật điều trị các vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng xoay chuyển vạt tại chỗ
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch vết thương phần mềm vùng hàm mặt, đóng kín tổn khuyết bằng chuyển vạt tại chỗ
- Mục đích: Cải thiện chức năng, thẩm mỹ vùng hàm mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt không có thiếu hổng tổ chức hoặc thiếu hổng tổ chức quá lớn phải sử dụng vạt vi phẫu hoặc cuống liền từ xa.

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da cắt lọc vết thương và chuyển vạt tại chỗ

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương vùng hàm mặt

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Rạch da bóc tách vạt phần mềm tại chỗ theo thiết kế

6.5. Bước 5: Xoay chuyển vạt phần mềm tại chỗ tạo hình che phủ tổn khuyết

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ theo từng lớp

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.”Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.

2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric PlasticSurgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

273. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT LÂN CẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật điều trị các vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng xoay chuyển vạt từ đơn vị thẩm mỹ lân cận.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch vết thương phần mềm vùng hàm mặt, đóng kín tổn khuyết bằng chuyển vạt lân cận
- Mục đích: Cải thiện chức năng, thẩm mỹ vùng hàm mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức kích thước vừa hoặc nhỏ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt không có thiếu hổng tổ chức hoặc thiếu hổng tổ chức quá lớn phải sử dụng vạt vi phẫu hoặc cuống liền từ xa.

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da cắt lọc vết thương và chuyển vạt từ đơn vị thẩm mỹ lân cận vùng hàm mặt

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương vùng hàm mặt

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Rạch da bóc tách vạt phần mềm tại chỗ theo thiết kế

6.5. Bước 5: Xoay chuyển vạt phần mềm lân cận tạo hình che phủ tổn khuyết

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ theo từng lớp

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.”Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.

2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric PlasticSurgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

274. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT LÂN CẬN CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình bằng vạt lân cận cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ là phẫu thuật điều trị các tổn khuyết vùng mặt cổ bằng chuyển các vạt từ đơn vị thẩm mỹ lân cận.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch vết thương phần mềm vùng hàm mặt, đóng kín tổn khuyết bằng chuyển vạt từ đơn vị thẩm mỹ lân cận vùng mặt cổ.
- Mục đích: Cải thiện chức năng, thẩm mỹ vùng hàm mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức kích thước nhỏ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt không có thiếu hổng tổ chức hoặc thiếu hổng tổ chức quá lớn phải sử dụng vạt vi phẫu hoặc cuống liền từ xa.

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da cắt lọc vết thương và vạt trên đơn vị thẩm mỹ lân cận ở vùng mặt cổ.

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương vùng hàm mặt

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Rạch da bóc tách vạt phần mềm lân cận theo thiết kế

6.5. Bước 5: Xoay chuyển vạt phần mềm lân cận tạo hình che phủ tổn khuyết

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ theo từng lớp

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.”Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

275. KHÂU NỐI THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÙNG MẶT CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật thuật khâu nối thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ là phẫu thuật khâu phục hồi lại vết thương thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc vết thương và khâu phục hồi vết thương thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ
- Mục đích: Phục hồi chức năng vận động và thẩm mỹ vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vùng hàm mặt có tổn thương thần kinh ngoại biên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt

- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương vùng hàm mặt

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ tìm các đầu thần kinh ngoại biên bị tổn thương

6.5. Bước 5: Dưới vi phẫu cắt lọc đầu vết thương thần kinh đến phần lành chảy máu tốt

6.6. Bước 6: Khâu nối thần kinh ngoại biên vùng hàm mặt trực tiếp hoặc ghép nối đoạn thần kinh nếu tổn thương mất đoạn thần kinh dài dưới vi phẫu

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu

6.8. Bước 8: Khâu đóng vết mổ phần mềm theo từng lớp

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần

- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

276. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG THẦN KINH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật thuật khâu vết thương thần kinh là phẫu thuật khâu phục hồi lại vết thương thần kinh
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc vết thương và khâu phục hồi vết thương thần kinh trực tiếp dưới vi phẫu
- Mục đích: Phục hồi chức năng vận động, cảm giác và thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương có tổn thương thần kinh ngoại biên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt

- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ tìm các đầu thần kinh bị tổn thương

6.5. Bước 5: Dưới vi phẫu cắt lọc đầu vết thương thần kinh đến phần lành chảy máu tốt

6.6. Bước 6: Khâu nối thần kinh trực tiếp hoặc ghép nối đoạn thần kinh nếu tổn thương có mất đoạn thần kinh dài dưới vi phẫu.

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu

6.8. Bước 8: Khâu đóng vết mổ phần mềm theo từng lớp

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần

- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

278. PHẪU THUẬT GHÉP LẠI MẢNH DA MẶT ĐỨT RỜI KHÔNG SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép lại mảnh da mặt đứt rời không sử dụng vi phẫu là phẫu thuật xử lý khâu lại các mảnh da mặt đứt rời mà không có nối mạch máu, thần kinh vi phẫu.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch mảnh da mặt đứt rời, khâu đóng trực tiếp vết thương, mảnh da mặt được ghép tự do sống bằng thẩm thấu.
- Mục đích: cải thiện về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm vùng da mặt đứt rời kích thước nhỏ hoặc không thể nối phục hồi mạch máu vi phẫu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ nặng, nguy cơ nhiễm khuẩn cao
- Bệnh mạn tính toàn thân nặng không thể phẫu thuật
- Mảnh da mặt đứt rời kích thước lớn không thể ghép tự do

4. THẬN TRỌNG

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ của vết thương vùng mặt

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 90 phút (1,5 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.6. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh rửa làm sạch vết thương

6.2. Bước 2: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.3. Bước 3: Cắt lọc làm sạch mảnh ghép vùng mặt

6.4. Bước 4: Khâu xử lý lại mảnh ghép đứt rời vùng mặt theo các mốc giải phẫu

6.5. Bước 5: Băng ép cố định tổ chức đứt rời vùng mặt

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần

- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tổ chức mảnh ghép hoại tử. Xử trí: Cắt lọc tổ chức hoại tử, tạo hình tái tạo thì sau.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.” Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.
2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.
3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric Plastic Surgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

279 PHẪU THUẬT GHÉP LẠI MẢNH DA MẶT ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: mảnh da mặt đứt rời là phần tổ chức da vùng mặt bị đứt rời do các nguyên nhân chấn thương, tai nạn trực tiếp gây khuyết hổng lớn tổ chức da vùng mặt
- Nguyên lý: phẫu thuật tạo hình phục hồi lại da mặt bị đứt rời bằng vi phẫu thuật để tái lập lại lưu thông mạch máu, thần kinh và các ống tuyến
- Mục đích: phục hồi khuôn mặt về chức năng, giải phẫu và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời mảnh da mặt kích thước lớn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.
- Mảnh da mặt mang tới dập nát, nhiều mảnh, quá bẩn, không tìm được mạch cấp máu rõ ràng, thời gian từ lúc chấn thương cho tới khi phẫu thuật quá lâu (trên 18h).

4. THẬN TRỌNG

Nhiễm trùng tại chỗ và vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5. 1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 02 kíp phẫu thuật

Kíp 1: Chuẩn bị nơi nhận: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

Kíp 2: Chuẩn bị mảnh da đứt rời (bơm rửa, cắt lọc, tìm mạch máu): 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

- Kíp dụng cụ: 02 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê, thuốc mê
- Thuốc chống đông Heparin
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu
- Kính hiển vi, kính lúp
- Máy siêu âm Doppler cầm tay
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5. 6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 8-10 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1: chuẩn bị nơi nhận

- Mở tổn thương, chuẩn bị nền nhận
- Tìm động mạch, tĩnh mạch nhận và chuẩn bị mạch nhận

6. 2. Bước 2: Kíp 2: chuẩn bị vạt da

- Làm sạch, lấy bỏ dị vật nếu có ở vạt da mà người bệnh mang đến, cắt lọc tiết kiệm
- Tìm động mạch và tĩnh mạch của vạt, chuẩn bị mạch
- Mang vạt da đến khâu đính tạm thời vào nền nhận
- Nối động tĩnh mạch vạt với động tĩnh mạch nhận bằng chỉ nilon 10.0, 11.0 dưới kính hiển vi
- Khâu đóng vết mổ, đánh giá lại màu sắc, nhiệt độ, hồi lưu của vạt da

6.3. Bước 3: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ vạt; doppler cầm tay theo dõi mạch vạt
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, dịch truyền, heparin toàn thân…

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

280. PHẪU THUẬT GHÉP LẠI MÔ MẶT ĐỨT RỜI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: mô mặt đứt rời là phần tổ chức da vùng mặt bị đứt rời do các nguyên nhân chấn thương, tai nạn trực tiếp gây khuyết hổng lớn tổ chức da vùng mặt
- Nguyên lý: phẫu thuật tạo hình phục hồi lại da mặt bị đứt rời bằng vi phẫu thuật để tái lập lại lưu thông mạch máu, thần kinh và các ống tuyến
- Mục đích: phục hồi khuôn mặt về chức năng, giải phẫu và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đứt rời mô mặt kích thước lớn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.
- Mô mặt mang tới dập nát, nhiều mảnh, quá bẩn, không tìm được mạch cấp máu rõ ràng, thời gian từ lúc chấn thương cho tới khi phẫu thuật quá lâu (trên 18h).

4. THẬN TRỌNG

Nhiễm trùng tại chỗ và vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5. 1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 02 kíp phẫu thuật

Kíp 1: Chuẩn bị nơi nhận: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

+Kíp 2: Chuẩn bị mảnh da đứt rời (bơm rửa, cắt lọc, tìm mạch máu): 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

- Kíp dụng cụ: 02 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê, thuốc mê
- Thuốc chống đông Heparin
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu
- Kính hiển vi, kính lúp
- Máy siêu âm Doppler cầm tay
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5. 6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 8-10 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Kíp 1: chuẩn bị nơi nhận

- Mở tổn thương, chuẩn bị nền nhận
- Tìm động mạch, tĩnh mạch nhận và chuẩn bị mạch nhận

6.2. Bước 2: Kíp 2: chuẩn bị vạt da

- Làm sạch, lấy bỏ dị vật nếu có ở vạt da mà người bệnh mang đến, cắt lọc tiết kiệm
- Tìm động mạch và tĩnh mạch của vạt, chuẩn bị mạch
- Mang vạt da đến khâu đính tạm thời vào nền nhận
- Nối động tĩnh mạch vạt với động tĩnh mạch nhận bằng chỉ nilon 10.0, 11.0, khâu nối các ống tuyến và thần kinh mặt chỉ 9/0, 10/0 dưới kính hiển vi
- Khâu đóng vết mổ, đánh giá lại màu sắc, nhiệt độ, hồi lưu của vạt da

6.3. Bước 3: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ vạt; doppler cầm tay theo dõi mạch vạt
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: kháng sinh, dịch truyền, heparin toàn thân…

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

281. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI MỘT BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa:Là phẫu thuật cắt bớt góc hàm một bên để cân đối với bên còn lại, tạo khuôn mặt trái xoan.
- Nguyên lý: cắt bỏ góc hàm phì đại nhằm tạo sự cân đối cho khuôn mặt
- Mục đích của kỹ thuật: lấy bỏ xương phì đại, phục hồi lại giải phẫu và thẩm mỹ cho khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

Góc hàm một bên vuông, kích thước lớn so với bên còn lại

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG:

- Bệnh nhân có lệch lạc khớp cắn
- Viêm nhiễm vùng lân cận

5.CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01Bác sĩ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê, thuốc mê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt hàm
- Máy khoan, lưỡi cưa cắt hàm
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm góc hàm 2 bên và đánh giá trên phim x-quang, CT.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây mê toàn thân tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Rạch đường niêm mạc lợi, góc hàm 1 bên

6.2. Bước 2: Cắt bớt góc hàm bằng cưa rung hoặc đục

6.3. Bước 3 Đặt dẫn lưu, khâu đóng niêm mạc theo lớp giải phẫu bằng chỉ tự tiêu

6.4 Bước 4: Băng chun đỉnh cằm

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương

Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: mặt chưa cân đối, bên phẫu thuật nhỏ hơn bên đối diện.. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

282. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI 2 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới vùng góc hàm 2 bên bằng các phẫu thuật cắt chỉnh hình xương, mài xương nhằm tạo hình lại xương hàm dưới và chỉnh sửa khuôn mặt. Phẫu thuật kéo dài xương hàm dưới trong trường hợp thiểu sản xương hàm dưới hoặc cắt gọt xương hàm dưới trong trường hợp phì đại góc hàm.
- Nguyên lý:

Cắt chỉnh, mài xương góc hàm 2 bên với bệnh nhân phì đại góc hàm

Cắt chỉnh hình xương tạo hình lại xương hàm dưới và chỉnh khớp cắn về vị trí giải phẫu

Kéo dài xương hàm dưới với những bệnh nhân thiểu sản xương hàm dưới

2. CHỈ ĐỊNH

Thiểu sản hay phì đại xương hàm dưới ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ hay phì đại xương hàm dưới.

Các biến dạng bẩm sinh, mắc phải hoặc sau chấn thương của xương hàm dưới

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật. Toàn trạng không phù hợp với phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật.

5.CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01Bác sĩ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê, thuốc mê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt hàm
- Máy khoan, lưỡi cưa cắt hàm
- Nẹp vis hàm mặt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý hàm mặt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm góc hàm 2 bên và đánh giá trên phim x-quang, CT.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh:

- Người bệnh nằm ngửa tay dạng 70 độ.
- Bộc lộ vùng thương tổn cần phẫu thuật.
- Bộc lộ nơi cần lấy ghép xương.

6.TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê nội khí quản, gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha với Adrenalin nồng độ 1/100000.

6.1. Bước 1: Dùng dụng cụ kéo vén bộc lộ góc hàm 2 bên qua ổ miệng

6.2 Bước 2: Tuỳ theo từng mức độ và tổn thương 1 bên hay 2 bên

6.3 Bước 3: Qua đường niêm mạc góc hàm vào cắt đẩy xương hàm dưới chỉnh sửa thiểu sản góc hàm hoặc cắt 1 phần góc hàm điều trị phì đại góc hàm

6.4 Bước 4: Đặt nep vis trong trường hợp cắt đôi xương hàm hoặc hệ thống kéo giãn xương hàm.

6.5 Bước 5: Đặt dẫn lưu, đóng vết mổ

6.6 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương

Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: mặt chưa cân đối, khớp cắn sai,.. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.
3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
6. M. Perry. (2014) Atlas of maxillofacial trauma surgery.

283. PHẪU THUẬT CHỈNH GÒ MÁ - CUNG TIẾP 1 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là phẫu thuật chỉnh lại xương gò má . Bao gồm các phẫu thuật cắt xương, chỉnh hình xương, mài và tạo hình cung gò má một bên bằng vật liệu hoặc không sử dụng vật liệu. Nhằm chỉnh hình lại cung gò má thái dương một bên.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân có gò má không cân xứng hoặc sau chấn thương.
- Các di chứng của chấn thương hàm mặt, di chứng sau cắt khối u, ung thư vùng mặt
- Các chấn thương vùng hàm mặt gây mất cân xứng mặt, cung gò má một bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

4.THẬN TRỌNG

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 y tá dụng cụ; 01 y tá chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3 Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Khoan cắt Stryker
- Khoan, nẹp vis hàm mặt
- Dao điện, bibolar

5.4. Người bệnh:
Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý hàm mặt…
-Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm gò má và đánh giá trên phim x-quang, CT- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: im mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Chụp Xquang sọ mặt. Chụp cắt lớp vi tính dựng hình.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của ngườibệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường.
5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.
5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 giờ
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa
6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:
Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc mê NKQ
6.1. Bước 1: Gây tê tại chỗ vị trí niêm mạc hàm trên, cung tiếp, bờ ngoài ổ mắt bằng Lidocain pha adrenalin tỷ lệ 1:100000.
6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc và da tại vị trí đã gây tê
6.3. Bước 3: Bộc lộ xương gò má và cung tiếp, ổ mắt
6.4. Bước 4: Cắt xương tại các vị trí: Cung tiếp, bờ ngoài ổ mắt, trụ gò má hàm trên
6.5. Bước 5: Nắn chỉnh xương đến vị trí mong muốn
6.6. Bước 6: Đặt nẹp vis cố định xương
6.7. Bước 7: Cầm máu kĩ.
6.8. Bước 8: Khâu dưới da bằng chỉ Vicryl 3/0
6.9. Bước 9: Khâu da bằng chỉ Ethilon 6/0
6.10. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

Sẹo xấu,co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương

Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: mặt chưa cân đối, bên phẫu thuật nhỏ hơn bên đối diện.. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.
3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
6. M. Perry. (2014) Atlas of maxillofacial trauma surgery.

284. PHẪU THUẬT CHỈNH GÒ MÁ - CUNG TIẾP 2 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là phẫu thuật chỉnh lại xương gò má . Bao gồm các phẫu thuật cắt xương, chỉnh hình xương, mài và tạo hình cung gò má hai bên bằng vật liệu hoặc không sử dụng vật liệu. Nhằm chỉnh hình lại cung gò má hai bên

2. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân có gò má không cân xứng hoặc sau chấn thương.
- Các di chứng của chấn thương hàm mặt, di chứng sau cắt khối u, ung thư vùng mặt
- Các chấn thương vùng hàm mặt gây mất cân xứng mặt, cung gò má hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

4.THẬN TRỌNG

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 y tá dụng cụ; 01 y tá chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3.Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Khoan cắt Stryker
- Khoan, nẹp vis hàm mặt

- Dao điện, bibolar

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý hàm mặt…
-Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm gò má và đánh giá trên phim x-quang, CT
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: im mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Chụp Xquang sọ mặt. Chụp cắt lớp vi tính dựng hình.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của ngườibệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm: tê tại chỗ hoặc mê NKQ

6.1. Bước 1: Gây tê tại chỗ vị trí niêm mạc hàm trên, cung tiếp, bờ ngoài ổ mắt bằng Lidocain pha adrenalin tỷ lệ 1:100000.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc và da tại vị trí đã gây tê

6.3. Bước 3: Bộc lộ xương gò má và cung tiếp, ổ mắt

6.4. Bước 4: Cắt xương tại các vị trí: Cung tiếp, bờ ngoài ổ mắt, trụ gò má hàm trên 2 bên

6.5. Bước 5: Nắn chỉnh xương đến vị trí mong muốn

6.6. Bước 6: Đặt nẹp vis cố định xương

6.7. Bước 7: Cầm máu kĩ.

6.8. Bước 8: Khâu dưới da bằng chỉ Vicryl 3/0

- Khâu da bằng chỉ Ethilon 6/0

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.
- Mất cân đối 2 bên: Mài gồ nếu cần thiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.
3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
6. M. Perry. (2014) Atlas of maxillofacial trauma surgery.

285. PHẪU THUẬT CẮT CHỈNH CẰM

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là phẫu thuật kéo dài xương hàm dưới vùng cằm, cắt đẩy và chỉnh hình cằm trong trường hợp thiểu sản xương hàm dưới hoặc cắt gọt xương hàm dưới trong trường hợp phì, cằm dài

2. CHỈ ĐỊNH:

- Thiểu sản xương hàm dưới ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ hay phì đại xương hàm dưới.
- Trong các trường hợp cắt chỉnh hàm phối hợp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Toàn trạng và tại chỗ không phù hợp với phẫu thuật

4.THẬN TRỌNG

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 y tá dụng cụ; 01 y tá chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3 Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Khoan cắt Stryker

- Khoan, nẹp vis hàm mặt
- Dao điện, bibolar

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý hàm mặt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm xương , phần mềm vùng cằm và đánh giá trên phim x-quang, CT
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm: gây mê nội khí quản, gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha với Adrenalin nồng độ 1/100000

6.1.Bước 1: Gây tê, làm sạch khoang miệng

6.2 Bước 2: Mở niêm mạc hàm dưới vùng cằm mở rộng

6.3 Bước 3: Bộc lộ xương hàm dưới vùng cằm

6.4 Bước 4: Thiết kế đường cắt

6.5 Bước 5: Cắt xương hàm dưới bằng khoan cắt

6.6 Bước 6: Đặt nẹp vis trong trường hợp cắt đôi xương hàm hoặc hệ thống kéo giãn xương hàm.

6.7 Bước 7: Đặt dẫn lưu, đóng vết mổ

6.8 Bước 8: Băng chun

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, co kéo . Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.
- Mất cân đối 2 bên: Mài gồ nếu cần thiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.
3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
6. M. Perry. (2014) Atlas of maxillofacial trauma surgery.

286. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA THÂN XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là phẫu chỉnh sửa xương hàm dưới, cắt đẩy và chỉnh hình xương hàm dưới, tạo hình lại xương hàm dưới trong trường hợp biến dạng, thiểu sản xương hàm dưới hoặc cắt gọt xương hàm dưới trong trường hợp phì đại.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Thiểu sản xương hàm dưới ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ hay phì đại
- Trong các trường hợp cắt chỉnh hàm phối hợp
- Lệch lạc hàm sau chấn thương, di chứng chấn thương

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Toàn trạng và tại chỗ không phù hợp với phẫu thuật

4.THẬN TRỌNG

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 y tá dụng cụ; 01 y tá chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3 Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Khoan cắt Stryker
- Khoan, nẹp vis hàm mặt

- Dao điện, bibolar

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý hàm mặt…
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm: gây mê nội khí quản, gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha với Adrenalin nồng độ 1/100000.

6.1. Bước 1: Gây tê, làm sạch khoang miệng

6.2. Bươc 2 : Mở niêm mạc hàm dưới theo đường cắt xương

6.3 Bước 3: Bộc lộ xương hàm dưới vùng phẫu thuật

6.4 Bước 4: Thiết kế đường cắt

6.5 Bước 5: Cắt xương hàm dưới bằng khoan cắt

6.6 Bước 6: Đặt nẹp vis trong trường hợp cắt đôi xương hàm hoặc hệ thống kéo giãn xương hàm.

6.7 Bước 7: Đặt dẫn lưu, đóng vết mổ

6.8 Bước 8: Băng chun

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Vết thương, chăm sóc vệ sinh răng miệng
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: mặt chưa cân đối,Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.
3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
6. M. Perry. (2014) Atlas of maxillofacial trauma surgery.

287. PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM DƯỚI ĐIỀU TRỊ NHÔ CẰM

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Là phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới vùng cằm, cắt đẩy và chỉnh hình cằm trong trường hợp nhô cằm
- Phẫu thuật tạo hình lại cằm , làm thay đổi cấu trúc khuôn mặt và thẩm mỹ xương hàm và vùng mặt

2. CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp biến dạng cằm, nhô cằm
Biến dạng cằm, lệch lạc xương hàm dưới

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Toàn trạng và tại chỗ không phù hợp với phẫu thuật

4.THẬN TRỌNG

- Độ tuổi.
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 y tá dụng cụ; 01 y tá chạy ngoài; 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3 Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Khoan cắt Stryker

- Khoan, nẹp vis hàm mặt
- Dao điện, bibolar

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý hàm mặt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng cằm và đánh giá trên phim x-quang, CT
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm: gây mê nội khí quản, gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha với Adrenalin nồng độ 1/100000.

6.1.Bước 1: Gây tê, làm sạch khoang miệng

6.2. Bước 2: Mở niêm mạc hàm dưới vùng cằm mở rộng

6.3 Bước 3: Bộc lộ xương hàm dưới vùng cằm

6.4 Bước 4: Thiết kế đường cắt

6.5 Bước 5: Cắt xương hàm dưới bằng khoan cắt

6.6 Bước 6: Cắt đoạn xương hàm

6.7 Bước 7: Cắt đẩy, chỉnh hình vùng cằm

6.8 Bước 8: Đặt nẹp vis kết hợp lại xương hàm

6.9 Bước 9: Đặt dẫn lưu, đóng vết mổ

6.10 Bước 10: Băng chun

6.11. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Vết thương, chăm sóc vệ sinh răng miệng, ăn mềm lỏng
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3448/QĐ-BYT ngày 7/6/2018 về việc Ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật vi phẫu của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.
3. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
4. Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
6. M. Perry. (2014) Atlas of maxillofacial trauma surgery.

288. PHẪU THUẬT GHÉP VẠT XƯƠNG TỰ DO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép vạt xương tự do cho khuyết xương hàm trên là kỹ thuật lấy xương từ vùng cho trong cơ thể (xương chậu, xương mác, xương sọ...) để phục hồi khuyết xương hàm trên do u, chấn thương, viêm, hoặc dị tật. Vạt có thể kèm hoặc không kèm mạch nuôi, tùy theo kích thước khuyết và yêu cầu sống còn của tổ chức ghép.
- Nguyên lý: Vạt xương được tạo hình phù hợp khuyết hổng, đưa vào vùng nhận và cố định bằng nẹp – vis. Với vạt vi phẫu, cuống mạch được nối vi phẫu vào mạch vùng nhận để bảo tồn mô sống. Phẫu thuật nhằm tái tạo cả thể tích xương lẫn hình dáng 3D khuôn mặt.
- Mục tiêu:
  + Phục hồi giải phẫu và chức năng nhai, phát âm, thẩm mỹ vùng mặt giữa.
  + Tái lập nền xương đủ để phục hình răng (implant).
  + Đảm bảo sống còn mô ghép và hạn chế tối đa biến chứng muộn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết xương hàm trên do cắt u (u lành, u xương, ung thư).
- Khuyết do chấn thương phức tạp, viêm xương tủy lan rộng.
- Dị tật bẩm sinh gây mất xương (khe hở lớn, thiểu sản xương).
- Khuyết xương không đủ để đặt implant răng hoặc phục hình.
- Bệnh nhân có chỉ định thẩm mỹ kết hợp chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát (tim mạch, suy gan/thận, rối loạn đông máu).
- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng nhận hoặc vùng cho.
- Không đủ mạch máu tiếp nhận hoặc không có vùng cho phù hợp.
- Bệnh nhân không hợp tác, có rối loạn tâm thần nặng.
- Kỳ vọng thẩm mỹ không thực tế.

4. THẬN TRỌNG

- Trường hợp đã xạ trị vùng nhận → nguy cơ hoại tử xương cao → cần cân nhắc dùng vạt có mạch nuôi.
- Đánh giá mạch nuôi vạt kỹ lưỡng (Doppler, CT angio) để tránh hoại tử vạt.
- Cân nhắc tổn thương vùng cho: gãy xương mác, thoát vị sau lấy xương chậu…
- Với vạt mác: cần đánh giá tuần hoàn chân để đảm bảo đủ tưới máu sau khi lấy vạt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 6 người.
- Điều dưỡng: 3 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc mê – tê – an thần.
- Thuốc vận mạch, truyền dịch, điện giải.
- Kháng sinh phổ rộng, thuốc chống viêm.
- Giảm đau, thuốc chống đông nếu dùng vi phẫu.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt và tạo hình xương.
- Bộ dụng cụ lấy xương mác hoặc xương chậu.
- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Nẹp vis tái tạo
- Cưa siêu âm hoặc cưa điện chuyên dụng.
- Dẫn lưu áp lực âm, vật tư tiêu hao, chỉ khâu…

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: đánh giá khả năng chịu được đại phẫu 3–6 giờ.
- Khám tại chỗ: đo đạc khuyết xương, đánh giá tình trạng mô mềm phủ.
- Xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa, đông máu, HIV, viêm gan.
- Chẩn đoán hình ảnh:
- CT Scan 3D vùng hàm mặt.
- CT vùng cho (xương mác hoặc chậu).
- Doppler mạch vùng nhận và cho nếu dùng vạt có mạch nuôi.
- Giải thích cho người bệnh và người nhà:
- Các bước phẫu thuật, thời gian hồi phục, nguy cơ thất bại.
- Biến chứng vùng nhận: hoại tử vạt, nhiễm trùng, không liền xương.
- Biến chứng vùng cho: đau kéo dài, sẹo, ảnh hưởng chức năng.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án ngoại khoa đầy đủ.
- Phiếu cam kết phẫu thuật.
- Biên bản hội chẩn nếu chỉ định vi phẫu.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 360-480 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ và đánh giá vùng nhận

- Rạch đường tiền đình niêm mạc môi trên hoặc đường rạch da (trong trường hợp tái tạo phức hợp mặt).
- Tách lớp theo mặt phẳng giải phẫu, bộc lộ rõ toàn bộ vùng khuyết xương hàm trên.
- Cắt lọc xương chết, mô xơ và tổ chức viêm tồn tại.
- Đánh giá ranh giới cần ghép, đối chiếu với kế hoạch in 3D hoặc mẫu mô phỏng.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị nền nhận

- Mài nhẵn bờ khuyết, khoan các lỗ định vị nẹp nếu cần.
- Chuẩn bị các động mạch tiếp nhận (động mạch mặt, động mạch thái dương nông) cho nối vi phẫu.

6.3. Bước 3: Lấy vạt xương tự do

- Lấy vạt xương mác:
- Rạch da theo đường sau ngoài xương chày.
- Phẫu tích bó mạch và vạt xương
- Cắt xương bằng cưa siêu âm, giữ cuống dài.
- Lấy vạt xương chậu:
- Rạch da phía trước mào chậu.
- Phẫu tích mạch nuôi của vạt.
- Cắt xương theo thiết kế.
- Cầm máu kỹ vùng cho và khâu đóng từng lớp.

6.4. Bước 4: Đặt và cố định vạt
- Đặt vạt vào vị trí khuyết, căn chỉnh theo chiều không gian, sao cho khớp với nền răng – xoang – ổ mắt.
- Cố định bằng nẹp vis.
- Với vạt có mạch nuôi: thực hiện nối động – tĩnh mạch vi phẫu dưới kính vi phẫu.

6.5. Bước 5: Khâu đóng và kết thúc
- Đặt dẫn lưu nếu cần.
- Khâu đóng từng lớp niêm mạc và da.
- Băng vùng mặt, băng ép vùng lấy vạt
- Ghi nhận chiều dài xương ghép, hướng vạt, tình trạng mạch nuôi sau nối.

6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Theo dõi sinh hiệu mỗi 15–30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó mỗi 2–4 giờ trong 24 giờ.
- Đánh giá màu sắc, nhiệt độ, độ căng vạt (nếu vi phẫu): dùng Doppler tại cuống động mạch.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, chảy máu, đau tăng, sưng nề lan nhanh.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu lớn → ép cầm máu tại chỗ, truyền máu, khâu mạch nếu cần.
- Gãy vạt khi uốn chỉnh quá mức → thay vạt mới nếu không sử dụng được.
- Tổn thương thần kinh răng trên hoặc ổ mắt → kiểm soát triệu chứng, theo dõi phục hồi.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Tắc mạch vạt vi phẫu (6–48 giờ): tím tái vạt, mất tín hiệu Doppler → mổ lại khẩn cấp để tái thông.
- Tụ máu, nhiễm trùng vết mổ → rạch tháo dịch, dẫn lưu, dùng kháng sinh phổ rộng.
- Hoại tử vạt: nếu không phục hồi được → loại bỏ và lên kế hoạch ghép lại sau 6–12 tuần.

7.4. Biến chứng muộn
- Không liền xương, tiêu xương một phần → cân nhắc ghép lại sau 6 tháng.
- Vẹo vạt, bất đối xứng mặt → tái tạo lại sau 9–12 tháng.
- Không đủ nền đặt implant → cần ghép bổ sung hoặc chuyển phương án phục hình khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hidalgo DA. Fibula free flap: a new method of mandibular reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2020;146(2):313–322.
- Yilmaz M, Vural C. Reconstruction of the maxilla with vascularized bone flaps. Ann Plast Surg. 2018;81(4):432–438.
- Brown JS, Barry C. Guidelines for reconstruction of maxillary defects. Br J Oral Maxillofac Surg. 2021;59(6):580–588.
- Costa H, et al. Reconstruction of complex midface defects using composite flaps. J Craniofac Surg. 2016;27(3):e293–e297.

- AO Foundation. Maxillary reconstruction with vascularized bone flaps. AO CMF Manual. 2022.
- Hanasono MM, Skoracki RJ. Outcomes in maxillary reconstruction using free flaps. Plast Reconstr Surg. 2017;139(3):619e–628e.
- Cordeiro PG, Chen CM. Aesthetic and functional reconstruction of the midface. Clin Plast Surg. 2017;44(1):101–111.

289. PHẪU THUẬT GHÉP VẠT XƯƠNG TỰ DO CHO KHUYẾT XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật ghép vạt xương tự do cho khuyết xương hàm dưới là kỹ thuật tái tạo khối xương lớn vùng hàm dưới bằng vạt xương có cuống mạch, được lấy từ vùng cơ thể khác (như xương mác, xương chậu, xương đòn…) nhằm phục hồi hình dáng và chức năng nhai, phát âm, thẩm mỹ.
- Nguyên lý: Sử dụng kỹ thuật vi phẫu để nối hệ mạch của vạt xương với hệ mạch vùng nhận, đảm bảo nuôi sống mảnh ghép. Có thể phối hợp ghép da hoặc mô mềm cùng vạt xương (vạt hỗn hợp).
- Mục tiêu:

Khôi phục hình thể, độ dài và chức năng xương hàm dưới.
Tái tạo nền xương cho phục hình răng (implant).
Cải thiện chất lượng sống và thẩm mỹ sau mất xương diện rộng do ung thư, chấn thương hoặc viêm xương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất xương hàm dưới do cắt u (ung thư xương, ung thư khoang miệng xâm lấn xương).
- Khuyết xương sau chấn thương nặng hoặc viêm xương hoại tử.
- Dị tật bẩm sinh có thiếu hụt nghiêm trọng xương hàm dưới.
- Trường hợp không đáp ứng với ghép xương không cuống hoặc các phương pháp tái tạo khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân suy kiệt, không đủ sức khỏe phẫu thuật kéo dài.
- Rối loạn đông máu không kiểm soát.
- Thiếu hệ mạch nuôi phù hợp tại vùng nhận (ví dụ: xơ vữa nặng, tiền sử xạ trị diện rộng vùng cổ).
- Không có vùng cho thích hợp (xương mác bị cắt cụt, loãng xương nặng...).

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng (đái tháo đường, suy tim…).
- Tiền sử xạ trị vùng đầu cổ cần khảo sát kỹ hệ mạch.
- Đánh giá kỹ khả năng chịu đựng gây mê dài và thời gian hồi phục.
- Cần phối hợp nhiều ê-kíp: vi phẫu, phẫu thuật hàm mặt, gây mê hồi sức.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 6 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê, thuốc co mạch
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh dự phòng (theo khuyến cáo phòng ngừa nhiễm khuẩn trong vi phẫu)
- Thuốc chống đông (nếu có chỉ định)
- Giảm đau, an thần
- Dịch truyền

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Kính vi phẫu, chỉ vi phẫu 9/0–10/0
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt, lấy xương (xương mác, xương chậu…)

- Máy cắt xương tốc độ cao, cưa siêu âm
- Bộ dụng cụ nẹp vít kết hợp xương, lưỡi dao, gạc, găng, vật tư vô khuẩn khác

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: chú trọng đánh giá mạch máu vùng cổ và vùng cho (siêu âm doppler, CT angiography).
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ khuyết xương, phần mềm liên quan, khe răng và cắn khớp.
- Xét nghiệm: huyết học, sinh hoá, đông máu, nhóm máu, ECG, XQ phổi.
- Chẩn đoán hình ảnh: CT 3D hàm mặt và vùng cho (chân, chậu), dựng mô hình in 3D nếu có điều kiện.
- Tư vấn trước mổ: giải thích kỹ về thời gian mổ dài, nguy cơ thất bại vạt, cần chăm sóc hậu phẫu tích cực, nguy cơ biến dạng vùng cho.
- Chuẩn bị da vùng lấy và vùng nhận: cạo sạch lông, sát khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Giấy đồng ý phẫu thuật có thông tin đầy đủ về nguy cơ và biến chứng.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 6–8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người, đúng vị trí, đúng kế hoạch tạo hình.
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp với cả vùng hàm và vùng cho

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ vùng nhận

- Mở đường rạch ngoài da để bộc lộ khuyết xương.
- Cắt lọc mép xương nếu cần.

6.2. Bước 2: Lấy vạt xương tự do có cuống mạch

- Thường dùng vạt xương mác
- Xác định mạch nuôi, lấy vạt theo hình dạng phù hợp.
- Chuẩn bị cuống mạch.

6.3. Bước 3: Cố định vạt xương

- Đặt vạt xương vào vùng khuyết, cố định bằng nẹp vít.
- Điều chỉnh chính xác khớp cắn, chiều cao và đường viền xương.

6.4. Bước 4: Nối mạch vi phẫu

- Nối động mạch và tĩnh mạch của vạt với mạch vùng cổ dưới kính vi phẫu
- Kiểm tra tưới máu sau nối.

6.5. Bước 5: Khâu đóng

- Khâu các lớp mô mềm vùng nhận và vùng cho.
- Đặt dẫn lưu hai bên, băng ép vùng cho.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Màu sắc vạt, độ căng tĩnh mạch, chảy máu, tê liệt cơ vùng cho.
- Mạch quay, mạch mu chân nếu lấy xương mác.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: thắt mạch, đốt điện.
- Tổn thương thần kinh hạ thiệt, thần kinh ngoại biên vùng chân.
- Vỡ xương ghép trong quá trình đặt: thay đoạn khác hoặc tái tạo lại.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Huyết khối mạch nối: phát hiện sớm, tái phẫu thuật nối lại hoặc thay vạt.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, tháo bỏ vạt nếu nhiễm nặng.

7.4. Biến chứng muộn

- Vạt không sống: cần can thiệp lại, ghép muộn.
- Biến dạng vùng cho: chỉnh hình thứ phát.
- Rối loạn chức năng vùng cho (hạn chế đi lại nếu lấy xương mác): phục hồi chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hidalgo DA. Fibula free flap: a new method of mandible reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1989;84(1):71–79. (kinh điển, đặt nền móng)
- Hanasono MM et al. Functional and aesthetic outcomes of fibula free flap mandibular reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010;125(3):785–793.
- Mehanna H et al. Free flap reconstruction for head and neck cancer: UK National Multicentre Audit. Br J Oral Maxillofac Surg. 2011;49(6):442–448.
- Yadav P et al. Mandibular reconstruction using fibula free flap: a review of 258 cases. J Craniofac Surg. 2017;28(2):382–387.
- Choi N et al. Mandibular reconstruction: overview of 30-year evolution. Arch Plast Surg. 2021;48(1):3–12.
- Mücke T et al. Microsurgical reconstruction of the mandible in 504 cases: evaluation of outcome and complications. J Craniomaxillofac Surg. 2016;44(5):551–559.
- AO Foundation CMF. Mandibular Reconstruction with Free Flaps Technique Guide. AO CMF Manual, 2022.

290. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT DA CÂN VI PHẪU CHO KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình bằng vạt da cân vi phẫu là kỹ thuật sử dụng vạt mô mềm có cuống mạch (vạt da, vạt da-cân, hoặc da-cơ) từ nơi khác trên cơ thể, được chuyển đến vùng hàm mặt để che phủ, tái tạo lại vùng mất mô mềm phức tạp do chấn thương, u ác tính, hoặc biến chứng hậu phẫu.
- Nguyên lý: Vạt được lấy kèm theo mạch máu nuôi và nối với mạch vùng nhận qua kỹ thuật vi phẫu, giúp nuôi sống mảnh ghép. Có thể phối hợp với vạt xương nếu cần tạo hình phức hợp.
- Mục tiêu:

+ Phục hồi hình thể và chức năng của mô mềm vùng hàm mặt.
+ Che phủ các vùng lộ xương, nẹp vít, mô chết hoặc hốc sâu không thể đóng kín bằng kỹ thuật đơn giản.
+ Chuẩn bị nền mô cho các thủ thuật phục hồi thứ phát như implant răng, tạo hình thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết mô mềm rộng sau phẫu thuật cắt u vùng hàm mặt (ung thư nền miệng, lưỡi, má…).
- Lộ xương, mạch máu, dụng cụ kết xương sau chấn thương hoặc hoại tử da do xạ trị.
- Khuyết phức hợp vùng sàn miệng – má – môi, cần vạt mô mềm có độ dày phù hợp.
- Trường hợp không thể ghép da tự do (vì không có nền mạch máu tốt).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân toàn thân không đủ sức chịu đựng cuộc mổ kéo dài (suy tim, COPD giai đoạn cuối…).
- Bệnh lý mạch máu vùng cổ (xơ vữa nặng, tắc mạch cảnh ngoài).
- Tiền sử xạ trị hoặc phẫu thuật làm mất toàn bộ mạch tiếp nhận tại vùng nhận.
- Không có vùng cho phù hợp hoặc bệnh lý tại vùng cho (nhiễm trùng, loét...).

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử hút thuốc lá nhiều: nguy cơ co thắt mạch và hoại tử vạt.
- Vùng nhận từng xạ trị >60Gy: đánh giá kỹ bằng CTA hoặc siêu âm doppler.
- Cần kế hoạch hồi phục chức năng phối hợp (ăn nhai, phát âm…).
- Đánh giá tâm lý bệnh nhân kỹ lưỡng nếu sẹo lớn hoặc dị dạng khuôn mặt sau tái tạo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 6 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê, thuốc co mạch
- Kháng sinh phổ rộng
- Thuốc chống đông nếu có chỉ định
- Thuốc giảm đau, an thần
- Dịch truyền, thuốc vận mạch dự phòng

5.3. Thiết bị y tế

- Kính vi phẫu, chỉ vi phẫu 9/0 – 10/0
- Bộ dụng cụ phẫu tích vạt (ALT, vạt quay tay, vạt vai lưng...)

- Bộ dụng cụ hàm mặt: nạo hoại tử, chuẩn bị nền nhận
- Bơm tiêm, dao mổ, chỉ khâu các loại
- Dụng cụ hút, đốt điện, gạc, vật tư vô trùng như mẫu chuẩn

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: đánh giá chức năng tim – phổi – mạch, dự trù gây mê dài.
- Khám tại chỗ: xác định diện tích, độ sâu khuyết, vị trí mạch tiếp nhận.
- Đánh giá vùng cho: doppler tìm mạch cho, đo độ dày da và lớp mỡ.
- Chẩn đoán hình ảnh: CT scan vùng mặt, CTA nếu cần.
- Tư vấn trước mổ: bệnh nhân cần hiểu về biến dạng vùng cho, thời gian hồi phục dài.
- Chuẩn bị da vùng mổ: sát trùng, làm sạch vùng cho và nhận.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ
- Ký cam kết phẫu thuật vi phẫu và các nguy cơ liên quan

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 6–9 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra đúng bệnh, đúng vị trí nhận – cho, đúng loại vạt
- Thực hiện checklist an toàn phẫu thuật
- Đặt tư thế phù hợp với cả 2 vùng mổ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị vùng nhận

- Cắt lọc mô hoại tử, bộc lộ mạch tiếp nhận (thường mạch mặt, mạch giáp trên)
- Đánh giá tình trạng nền nhận: có thể cắt bỏ thêm mô xơ chai/xạ trị

6.2. Bước 2: Lấy vạt da cân vi phẫu

- Vạt ALT (anterolateral thigh flap): phổ biến nhất
- Vạt quay tay, vạt cơ lưng rộng… tùy vị trí, hình thể khuyết
- Lấy kèm cuống mạch dài đủ để nối

6.3. Bước 3: Nối mạch vi phẫu

- Nối động mạch và tĩnh mạch dưới kính vi phẫu
- Kiểm tra dòng chảy và phản hồi mao mạch

6.4. Bước 4: Tạo hình mô mềm

- Khâu tạo hình vùng nhận theo khối, lớp, hướng nếp gấp giải phẫu
- Có thể đặt ống hút, dẫn lưu kín nếu cần

6.5. Bước 5: Đóng vùng cho

- Khâu lớp cân và da, tạo hình hạn chế biến dạng
- Băng ép vùng cho

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Màu sắc da vạt, tốc độ đổ đầy mao mạch, tĩnh mạch căng
- Dấu hiệu hoại tử sớm (xanh tím, lạnh, tụ máu)
- Đau vùng cho, dấu hiệu phù nề, tụ dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương mạch tiếp nhận: chuyển sang mạch khác hoặc hoãn nối

- Tổn thương thần kinh vùng cho (ví dụ thần kinh đùi ngoài khi lấy ALT)

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Huyết khối tĩnh mạch: mổ lại trong 6–8 giờ đầu, dùng thuốc tan huyết khối
- Tụ máu dưới vạt: rạch tháo dịch, hút dẫn lưu
- Hoại tử từng phần: có thể theo dõi – cắt lọc – ghép da bổ sung

7.4. Biến chứng muộn

- Co rút vạt, sẹo co kéo: cần can thiệp chỉnh sửa sau 3–6 tháng
- Vạt quá dày: hút mỡ hoặc tạo hình lại
- Dị dạng vùng cho: khâu thẩm mỹ, laser sẹo nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cordeiro PG, Santamaria E. Reconstruction of complex facial defects using free flaps: review and classification. Plast Reconstr Surg. 2012;129(1):173–184.
- Hanasono MM, Skoracki RJ. Microvascular free tissue transfer in the head and neck region. Head Neck. 2014;36(4):595–602.
- Koshima I, et al. ALT flap: the new gold standard for head and neck reconstruction. J Reconstr Microsurg. 2016;32(8):571–577.
- Frey JD, et al. Outcomes of ALT flap in oral cavity and oropharyngeal reconstruction. Ann Plast Surg. 2019;82(2):176–183.
- Choi JW, et al. Long-term functional outcomes after head and neck reconstruction using free flaps. J Craniomaxillofac Surg. 2020;48(1):13–19.
- Neligan PC. Head and Neck Reconstruction: Principles and Options. Clin Plast Surg. 2021;48(3):365–377.
- AO Foundation CMF. Soft Tissue Free Flap Reconstruction Techniques. AO CMF Manual, 2023.

291. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT XƯƠNG VI PHẪU CHO KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình bằng vạt xương vi phẫu là kỹ thuật tái tạo các khuyết xương phức hợp vùng hàm mặt (hàm dưới, nền sọ, ổ mắt, xương gò má…) bằng vạt xương có cuống mạch, được lấy từ vùng khác trong cơ thể như xương mác, xương chậu, xương quay…, sau đó ghép vào vùng khuyết và nối hệ mạch dưới kính vi phẫu.
- Nguyên lý: Vạt xương được lấy kèm hệ mạch nuôi, sau đó nối vi phẫu với hệ mạch vùng nhận nhằm đảm bảo tưới máu liên tục cho xương và mô mềm đi kèm. Cho phép phục hồi hình thái, chức năng nhai, phát âm, nâng đỡ phần mềm vùng mặt, đồng thời tránh được sự tiêu xương như trong các phương pháp ghép không cuống.
- Mục tiêu:

Tái tạo các khuyết phức hợp xương – mô mềm vùng hàm mặt sau ung thư, chấn thương, viêm xương hoại tử.

Phục hồi chức năng nhai, nói, thẩm mỹ gương mặt.

Tạo nền ổn định cho phục hình răng bằng implant.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết xương hàm dưới toàn bộ hoặc một phần sau cắt u (ung thư sàn miệng, xương hàm…).
- Mất xương gò má, ổ mắt, xương trán – thái dương do chấn thương nặng.
- Hoại tử xương do xạ trị, viêm xương mãn.
- Dị tật xương vùng hàm mặt cần tái tạo khối ba chiều có chức năng.
- Trường hợp thất bại với phương pháp ghép xương không cuống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân toàn thân yếu, không chịu được gây mê kéo dài.
- Không có mạch tiếp nhận phù hợp vùng cổ hoặc mặt.
- Không có vùng cho phù hợp (loãng xương nặng, đã cắt cụt chi…).
- Bệnh lý nội khoa nặng không kiểm soát (suy tim, đái tháo đường biến chứng nặng…).

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có tiền sử xạ trị: cần đánh giá hệ mạch kỹ bằng CTA.
- Khuyết xương lớn kết hợp với mô mềm, cần phối hợp vạt phối hợp xương – cơ – da.
- Cần kiểm tra trục xương và mạch máu vùng cho trước mổ (chân, tay…).
- Phối hợp chỉnh nha hoặc phẫu thuật thẩm mỹ thứ phát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 6 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, an thần
- Kháng sinh phổ rộng
- Thuốc chống đông (theo chỉ định)
- Dịch truyền, giảm đau, chống co thắt mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Kính vi phẫu, chỉ vi phẫu 9/0 – 10/0
- Bộ dụng cụ lấy vạt xương mác, xương chậu, xương quay
- Bộ dụng cụ cắt xương tốc độ cao
- Nẹp vít tái tạo (titan), vật tư vô khuẩn

- Máy cưa siêu âm, đèn đầu, hút áp lực âm
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt, bộ cố định implant nếu cần

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: đánh giá tim mạch, hô hấp, mạch máu vùng cổ – chân – chậu.
- Khám tại chỗ: xác định chính xác chiều dài, hình thể khuyết xương.
- Đánh giá vùng cho: siêu âm doppler, CT mạch nếu cần.
- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, nhóm máu, sinh hóa, XQ phổi.
- Chẩn đoán hình ảnh: CT scan 3D vùng hàm mặt, CT vùng cho, dựng mô hình 3D nếu có điều kiện.
- Tư vấn trước mổ: bệnh nhân hiểu rõ về sẹo vùng cho, nguy cơ thất bại vạt, thời gian hồi phục dài.
- Chuẩn bị da vùng mổ: vệ sinh, sát khuẩn đầy đủ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ
- Giấy đồng ý mổ ghi rõ kỹ thuật vi phẫu và các rủi ro

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 360-540 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh, mốc khuyết xương, đối chiếu mô hình và dụng cụ
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- Đặt tư thế phù hợp cho cả vùng nhận và cho

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị vùng nhận

- Bộc lộ xương hàm/mặt, làm sạch xương chết, bờ khuyết.
- Chuẩn bị mạch máu (mạch mặt, mạch giáp trên…) cho nối vi phẫu.

6.2. Bước 2: Lấy vạt xương vi phẫu

- Xương mác: thường dùng nhất, chiều dài 10–25cm, dễ uốn cong.
- Xương chậu: nếu cần khối lớn, có độ cong gần giống hàm dưới.
- Xương quay: nếu cần vạt mỏng, nhẹ.
- Lấy kèm hệ mạch (peroneal, circumflex iliac, radial).

6.3. Bước 3: Định hình và cố định vạt xương

- Uốn vạt xương theo hình hàm dưới/gò má…, cố định bằng nẹp vít titan.
- Cố định đúng khớp cắn, vị trí răng dự kiến nếu có.

6.4. Bước 4: Nối mạch vi phẫu

- Nối động mạch và tĩnh mạch dưới kính hiển vi
- Đảm bảo tưới máu, không xoắn cuống

6.5. Bước 5: Khâu đóng

- Khâu mô mềm các lớp, dẫn lưu kín
- Khâu kín vùng cho, tránh co rút da

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Mạch máu vùng nhận, tuần hoàn vạt
- Vị trí cố định nẹp vít, đau vùng xương ghép

- Biến chứng tại vùng cho như chảy máu, tụ dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Vỡ xương ghép khi uốn cong: thay đoạn, uốn nhẹ nhàng
- Tổn thương mạch vùng cho hoặc vùng nhận

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, huyết khối mạch nối: mở lại nối lại trong 6–8h
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ: cắt lọc, ghép da bổ sung, phẫu thuật lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu xương ghép: đánh giá lại nuôi dưỡng, cần tái ghép
- Lệch đường giữa, sai khớp cắn: can thiệp chỉnh hình sau 6 tháng
- Hạn chế chức năng vùng cho: phục hồi chức năng, vật lý trị liệu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hidalgo DA. Fibula free flap reconstruction for the mandible: a 30-year update. Plast Reconstr Surg. 2015;135(2):367–371.
- Shpitzer T et al. Mandibular reconstruction using free flaps: functional and esthetic outcomes. Head Neck. 2014;36(4):564–569.
- Choi JW et al. Comparison of iliac crest and fibula free flaps in mandibular reconstruction. J Craniofac Surg. 2017;28(5):1215–1221.
- Frey JD et al. Microsurgical reconstruction of complex craniofacial defects: principles and outcomes. Plast Reconstr Surg. 2020;146(3):452e–463e.
- AO Foundation CMF. Bony Free Flap Reconstruction in Head and Neck. AO Manual 2021.
- Hanasono MM. Choosing the right flap for head and neck reconstruction. Clin Plast Surg. 2016;43(4):743–751.
- Sweeny L, Rosenthal EL. Mandibular reconstruction with vascularized bone flaps. Oral Oncol. 2018;86:61–68.

292. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT PHỨC HỢP VÙNG CHI THỂ BẰNG VẠT DA – CÂN – XƯƠNG TỰ DO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình khuyết phức hợp vùng chi thể bằng vạt da-cân- xương tự do là kỹ thuật vi phẫu sử dụng vạt hỗn hợp (có thành phần da, cân, xương, đôi khi kèm cơ) từ vùng cho được chuyển tới vùng khuyết ở chi trên hoặc chi dưới, đồng thời thực hiện nối mạch máu dưới kính hiển vi để nuôi sống vạt. Kỹ thuật cho phép che phủ phần mềm và tái tạo cấu trúc xương chịu lực trong một thì.
- Nguyên lý: Lấy vạt da-cân-xương có cuống mạch nuôi (như vạt xương mác có da kèm theo, vạt chậu có da), sau đó nối mạch nuôi vạt với mạch máu vùng nhận. Vạt được cố định vào xương khuyết bằng nẹp vít hoặc chỉ thép không gỉ. Vùng da của vạt được khâu tạo hình che phủ bề mặt tổn thương.
- Mục tiêu:
+ Tái tạo mô mềm và khối xương bị mất đồng thời trong một lần mổ.
+ Phục hồi chức năng vận động, nâng đỡ, chịu lực và thẩm mỹ vùng chi.
+ Rút ngắn thời gian điều trị và giảm số lần phẫu thuật so với các kỹ thuật ghép từng phần.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất mô mềm xương do chấn thương phức tạp (tai nạn giao thông, tai nạn lao động…).
- Khuyết xương dài kèm lộ gân, cơ, dụng cụ kết xương do nhiễm trùng hậu phẫu.
- Khuyết chi sau phẫu thuật cắt u xương, sarcoma phần mềm.
- Trường hợp thất bại với ghép xương tự do không cuống hoặc chuyển vạt tại chỗ.
- Tái tạo xương dài ở chi cần khả năng chịu lực tốt (xương cẳng chân, xương cánh tay).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy tuần hoàn chi hoặc xơ vữa động mạch nặng ở vùng nhận.
- Thiếu vùng cho phù hợp (ví dụ đã cắt cụt cả 2 chân).
- Bệnh lý toàn thân nặng: suy tim, COPD nặng, đái tháo đường không kiểm soát.
- Không có khả năng hợp tác điều trị lâu dài sau mổ (bệnh nhân tâm thần nặng, không người chăm sóc…).

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá hoặc xạ trị: tăng nguy cơ hoại tử vạt.
- Phải khảo sát kỹ mạch máu vùng cổ chân nếu sử dụng xương mác làm vạt.
- Khuyết xương dài ≥12 cm cần đánh giá khả năng chịu lực vạt thay thế.
- Có thể cần hỗ trợ phục hồi chức năng sớm sau mổ để tránh cứng khớp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 6 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Gây mê toàn thân
- Kháng sinh phổ rộng
- Thuốc chống đông/kháng tiểu cầu (theo phác đồ vi phẫu)
- Dịch truyền, thuốc giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Kính vi phẫu, chỉ vi phẫu 9/0, 10/0
- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Bộ dụng cụ lấy vạt xương mác/chậu có da kèm theo
- Bộ dụng cụ phẫu thuật kết xương
- Máy cưa siêu âm, dụng cụ bộc lộ, khâu, bơm tiêm, gạc, vật tư vô khuẩn
- Máy hút dịch, dẫn lưu, đèn đầu

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tim mạch, hô hấp, tình trạng dinh dưỡng, dấu hiệu thiếu máu chi.
- Khám tại chỗ: đánh giá chiều dài khuyết xương, tình trạng mô mềm, lộ gân, xương, dụng cụ.
- Khảo sát vùng cho: siêu âm doppler hoặc CTA vùng chân/chậu, đánh giá hệ mạch và cấu trúc xương.
- Chẩn đoán hình ảnh: CT xương chi, phim dựng 3D vùng khuyết.
- Tư vấn trước mổ: thời gian hồi phục dài, cần phối hợp tập phục hồi chức năng.
- Chuẩn bị vùng cho và nhận: sát khuẩn, cạo sạch lông.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Cam kết phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 360-540 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra tên, loại vạt, mốc xương, chiều dài cần tái tạo
- Checklist an toàn phẫu thuật
- Tư thế bệnh nhân phù hợp: nằm nghiêng hoặc ngửa tùy vùng khuyết

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị vùng nhận

- Cắt lọc tổ chức hoại tử, nạo xương chết, kiểm tra đầu xương còn lại.
- Bộc lộ mạch máu tiếp nhận (động mạch khoeo, chày trước/sau, quay…)

6.2. Bước 2: Lấy vạt da – cân – xương tự do

- Vạt xương mác da: lấy từ mặt ngoài cẳng chân, dài 10–25 cm
- Xác định hệ mạch xuyên, lấy kèm da hình elip hoặc dạng chữ nhật
- Có thể lấy kèm cơ mác dài nếu cần lấp mô sâu

6.3. Bước 3: Cố định vạt xương vào nơi nhận

- Gắn vạt xương vào hai đầu xương bằng nẹp vít hoặc chỉ thép
- Tạo hình vạt theo hình dạng giải phẫu

6.4. Bước 4: Nối vi phẫu mạch máu

- Nối động mạch và tĩnh mạch vạt với mạch tiếp nhận dưới kính vi phẫu
- Kiểm tra tưới máu da vạt và đầu xương

6.5. Bước 5: Khâu tạo hình mô mềm

- Khâu da vạt che phủ vùng tổn thương
- Đặt dẫn lưu kín vùng cho và nhận, băng ép nhẹ

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tuần hoàn vạt (da hồng, mao mạch đầy nhanh, không tím)
- Vị trí cố định xương (có đau, cử động bất thường không)

- Dấu hiệu sưng, tụ máu vùng mổ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu, tổn thương mạch máu vùng cho hoặc vùng nhận
- Vỡ vạt xương khi cố định: thay đoạn khác nếu cần

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Huyết khối mạch nối: mở lại ngay khi phát hiện
- Nhiễm trùng: điều trị nội khoa hoặc tháo vạt nếu hoại tử
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt: thay băng, ghép da thì hai, phẫu thuật lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Vạt xương không liền: cần kéo dài thời gian cố định hoặc ghép xương bổ sung
- Lệch trục chi, hạn chế vận động: chỉnh hình lại sau 3–6 tháng
- Biến dạng vùng cho: phẫu thuật tạo hình chỉnh sửa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Yazar S et al. Free fibular flap in the treatment of traumatic lower extremity bone defects. Microsurgery. 2017;37(3):220–226.
- Hidalgo DA. Fibular free flap for limb reconstruction: technique and outcome. Plast Reconstr Surg. 2015;136(4):1105–1115.
- Hanasono MM, Skoracki RJ. Reconstruction of complex extremity wounds using composite free flaps. Clin Plast Surg. 2020;47(3):395–407.
- Goh TL et al. Composite free tissue transfer for lower limb reconstruction. Semin Plast Surg. 2021;35(1):50–56.
- Chua W et al. Free tissue transfer in orthoplastic lower limb reconstruction. Injury. 2019;50(7):1313–1320.
- AO Trauma Surgery Reference. Composite Free Flap Reconstruction for Segmental Bone Loss. AO Surgery Manual, 2023.
- Nguyen AT et al. Functional outcomes of vascularized fibula flap for extremity reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2018;142(5):1371–1379.

293. PHẪU THUẬT TÁI TẠO NGÓN CÁI BẰNG CHUYỂN NGÓN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

-Định nghĩa: Phẫu thuật chuyển ngón chân thay thế cho ngón cái khi bị mất ngón cái.
-Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình lại ngón tay cái với các trường hợp khuyết ngón cái sau chấn tương hoặc thiểu sản bẩm sinh bằng kỹ thuật vi phẫu
-Mục đích: Tái tạo ngón cái mới.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết ngón cái ở bàn tay gây ảnh hưởng chức năng của bàn tay do các nguyên nhân: dị tật bẩm sinh, di chứng chấn thương, …

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh. Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Trong các trường hợp bệnh nhân có bệnh toàn thân, nhiễm trùng tại chỗ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng tổn khuyết phải được đánh giá để xác định sự hiện diện hoặc mức độ của bệnh và để xác định tình trạng chung của người bệnh. Nơi lấy vạt được kiểm tra các dấu hiệu của bệnh mạch máu ngoại biên, kiểm tra mạch bằng khám hoặc Doppler siêu âm, chụp mạch.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng tay chuẩn bị nhận ngón chân cần phẫu thuật
- Bộc lộ chân nơi vạt, cần đặt một nệm chèn vùng
- Sát khuẩn nơi cho vạt và nơi lấy vạt

6.2. Bước 2: Kíp 1: Chuẩn bị nơi nhận vạt

- Phẫu tích bộc lộ phần xương khớp đốt bàn còn lại vùng nhận vạt.
- Tìm gân gấp gân duỗi dự kiến sẽ nối với gân của phần ngón chân đưa lên.
- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch, tìm thần kinh cảm giác.

6.3. Bước 3: Kíp 2:

- Thiết kế theo đường rạch da hình chữ V và zic zắc để lấy vạt ngón chân. Có thể lấy 1 ngón hoặc 2 ngóntùy theo chỉ định. Lấy ngón cái hoặc ngón thứ 2 bàn chân.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Phẫu tích gân gấp, gân duỗi đính kèm với từng ngón chân.
- Cắt xương
- Cầm máu, đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch, Kết hợp xương bằng kim Kirschner hoặc nẹp vis, nối gân gấp - gân duỗi.

6.5 Bước 5 Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch máu thần kinh bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.11.0

6.6 Bước 6: Đóng vết mổ. Nẹp bột.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc ngón chân được chuyển 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch.
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Graham DJ, Venkatramani H, Sabapathy SR. Current reconstruction options fortraumaticthumbloss. JHand SurgAm. 2016

2. Ozols D, Butnere MM, Petersons A. Methods for congenital thumb hypoplasia reconstruction. A review of the outcomes for ten years of surgical treatment. Medicina (Kaunas). 2019

3. Ince B, Gundeslioglu AO, Cicekcibasi AE, Dadaci M, Inan I, Buyukmumcu M. Transfer of the fifth finger to replace an amputated thumb: a preliminary study. Surg Innov. 2015

4. Gardner BT, Dale AM, Buckner-Petty S, et al. Functional measures developed for clinical populations identified impairment among active workers with upper extremity disorders. J Occup Rehabil. 2016

294. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NGÓN 1, 2 BÀN TAY BẰNG CHUYỂN NGÓN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

-Đinh nghĩa: Là phẫu thuật chuyển ngón chân lên tái tạo ngón tay bằng kĩ thuật vi phẫu.
-Nguyên lý: Phẫu thuật chuyển các thành phần đầy đủ của ngón chân: Da, mô mềm; gân xương, mạch máu thần kinh và được nối lại trên bàn tay bằng kỹ thuật vi phẫu.
-Mục đích: Tái tạo lại ngón 1,2 bàn tay.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết ngón cái hoặc nhiều ngón tay ở bàn tay gây ảnh hưởng chức năng của bàn tay do các nguyên nhân: dị tật bẩm sinh, di chứng chấn thương…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh
Các bệnh tại chỗ, toàn thân không cho phép.

4. THẬN TRỌNG

Trong các trường hợp bệnh nhân có bệnh toàn thân, nhiễm trùng tại chỗ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc giãn mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ vi phẫu 9/0, 10/0, 11/0.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng tổn khuyết phải được đánh giá để xác định sự hiện diện hoặc mức độ của bệnh và để xác định tình trạng chung của người bệnh. Nơi lấy vạt được kiểm tra các dấu hiệu của bệnh mạch máu ngoại biên, kiểm tra mạch bằng khám hoặc Doppler siêu âm, chụp mạch.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 540 phút (9 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng tay chuẩn bị nhận ngón chân cần phẫu thuật
- Bộc lộ chân nơi vạt, cần đặt một nệm chèn vùng
- Sát khuẩn nơi cho vạt và nơi lấy vạt

6.2. Bước 2: Kíp 1: Chuẩn bị nơi nhận vạt

- Phẫu tích bộc lộ phần xương khớp đốt bàn còn lại vùng nhận vạt.
- Tìm gân gấp gân duỗi dự kiến sẽ nối với gân của phần ngón chân đưa lên.
- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch, tìm thần kinh cảm giác.

6.3 Bước 3: Kíp 2:

- Thiết kế theo đường rạch da hình chữ V và zic zắc để lấy vạt ngón chân. Có thể lấy 1 ngón hoặc 2 ngóntùy theo chỉ định. Lấy ngón cái hoặc ngón thứ 2 bàn chân.
- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận.
- Phẫu tích gân gấp, gân duỗi đính kèm với từng ngón chân.
- Cắt xương
- Cầm máu, đóng trực tiếp.

6.4 Bước 4: Chuyển vạt và nối mạch, Kết hợp xương bằng kim Kirschner hoặc nẹp vis, nối gân gấp - gân duỗi.

6.5 Bước 5: Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch máu thần kinh bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.11.0

6.6 Bước 6: Đóng vết mổ. Nẹp bột.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi màu sắc ngón chân ghép 30 phút/lần trong 24 giờ và 2h/lần trong 48 giờ tiếp theo
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật: chú ý dùng thuốc chống đông để tránh tắc mạch nối vi phẫu. Thông thường dùng chống đông 5-7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng nhẹ hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Tắc miệng nối: Tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện cắt nối lại. Nếu mạch nối quá căng, cần ghép mạch.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Tắc miệng nối: Nếu da trắng lạnh, tiến hành nhỏ Xylocain nguyên chất vào nơi nối mạch. Nếu không cải thiện có thể đưa lên nhà mổ kiểm tra mối nối mạch.
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Graham DJ, Venkatramani H, Sabapathy SR. Current reconstruction options fortraumaticthumbloss. JHand SurgAm. 2016

2. Ozols D, Butnere MM, Petersons A. Methods for congenital thumb hypoplasia reconstruction. A review of the outcomes for ten years of surgical treatment. Medicina (Kaunas). 2019

3. Ince B, Gundeslioglu AO, Cicekcibasi AE, Dadaci M, Inan I, Buyukmumcu M. Transfer of the fifth finger to replace an amputated thumb: a preliminary study. Surg Innov. 2015

4. Gardner BT, Dale AM, Buckner-Petty S, et al. Functional measures developed for clinical populations identified impairment among active workers with upper extremity disorders. J Occup Rehabil. 2016

295. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật đặt túi độn vào làm tăng thể tích cho vú.
Tái tạo vú sau các phẫu thuật cắt tuyến vú, thiểu sản vú, tạo hình vú sau mổ ung thư vú
- Nguyên lý: Tái tạo vú bằng vật liệu độn nhân tạo
- Mục đích: Tái tạo vú, tạo hình thẩm mỹ vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vú nhỏ bẩm sinh hoặc cho con bú, vú mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh.
- Sau mổ cắt tuyến vú sau ung thư ổn định
- Mổ đặt túi ngực trong cắt ung thư vú và tạo hình lại cùng một thì

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân sau mổ ung thư ổn định mới tạo hình vú
- Các bệnh toàn thân khác chưa cho phép

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp

có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng tổn khuyết phải được đánh giá để xác định thể tích vú cần bù của bệnh nhân và để xác định tình trạng chung của người bệnh.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:
- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế khoang đặt túi trên ngực bệnh nhân

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch da theo đường quầng vú, đường nách, rãnh dưới vú

6.3 Bước 3: Rạch da theo đường đã thiết kế

6.4 Bước 4: Tạo đường hầm đi vào khoang.

6.5 Bước 5: Bóc tách nhẹ nhàng tạo khoang dưới cơ.

6.6 Bước 6: Kiểm tra cầm máu

6.7 Bước 7: Đặt túi vào khoang.

6.8 Bước 8: Kiểm tra mức độ cân đối 2 bên

6.9 Bước 9: Đặt dẫn lưu 2 bên. Khâu đóng vết mổ. Băng chun cố định.

6.10. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Theo dõi dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.
- Lệch túi. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại túi.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stutman RL, Codner M, Mahoney A, Amei A. Comparison of breast augmentation incisions and common complications. Aesthetic Plast Surg 2012
2. Zeren shen, 2019. A comparative assessment of three planes of implant placement in breast augmentation: A Bayesian analysis
3. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

296. PHẪU THUẬT ĐỘN MÔNG BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật đặt túi độn vào làm tăng thể tích cho mông.

Tái tạo mông sau các phẫu thuật cắt u, chấn thương mất tổ chức, hay thẩm mỹ nâng mông

- Nguyên lý: Tái tạo mông bằng vật liệu độn nhân tạo
- Mục đích: Tái tạo mông, tạo hình thẩm mỹ mông.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mông nhỏ bẩm sinh ,
- Sau mổ cắt u, ung thư
- Mổ đặt túi độn mông trong tạo hình thẩm mỹ mông 2 bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân sau mổ ung thư ổn định mới tạo hình mông
- Các bệnh toàn thân khác chưa cho phép

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp

có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng tổn khuyết phải được đánh giá để xác định thể tích mông cần bù của bệnh nhân và để xác định tình trạng chung của người bệnh.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:
- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Thiết kế khoang đặt túi trên mông bệnh nhân

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch da theo đường nếp lằn mông

6.3 Bước 3: Rạch da theo đường đã thiết kế.

6.4 Bước 4: Tạo đường hầm đi vào khoang.

6.5 Bước 5: Bóc tách nhẹ nhàng tạo khoang dưới cơ.

6.6 Bước 6: Kiểm tra cầm máu

6.7 Bước 7: Đặt túi vào khoang.

6.8 Bước 8: Kiểm tra mức độ cân đối 2 bên

6.9 Bước 9: Đặt dẫn lưu 2 bên. Khâu đóng vết mổ. Băng chun cố định.

6.10. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Theo dõi dẫn lưu

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.
- Lệch túi. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.
- Bao xơ. Xử trí: Bóc bao xơ, đặt lại túi.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Salcedo JA de la P, Gallardo GJ, Alvarenga GE. Subfascial Gluteal Implant Augmentation. Clinics in Plastic Surgery. 2018;45(2):225-236. doi:10.1016/j.cps.2017.12.012
- P P, D DV. Safety in Gluteal Augmentation. Clinics in plastic surgery. 2023;50(4). doi:10.1016/j.cps.2023.07.001
- Senderoff DM. Practice-Based Patient Management Strategies in Gluteal Augmentation with Implants. Clinics in Plastic Surgery. 2018;45(2):187-195. doi:10.1016/j.cps.2017.12.002
- Ghavami A, Vranis NM. Patient Pre-operative Planning of Gluteal Augmentation. Clinics in Plastic Surgery. 2023;50(4):525-532. doi:10.1016/j.cps.2023.06.006
- Ghavami A, Pazmino P, Vranis NM. Gluteal Augmentation: Optimizing Safety and Aesthetics. Clinics in Plastic Surgery. 2023;50(4):ix-x. doi:10.1016/j.cps.2023.07.006
- Shah B. Complications in Gluteal Augmentation. Clinics in Plastic Surgery. 2018;45(2):179-186. doi:10.1016/j.cps.2017.12.001
- Mendieta CG, Sood A. Classification System for Gluteal Evaluation: Revisited. Clinics in Plastic Surgery. 2018;45(2): 159-177.doi:10.1016/j.cps.2017.12.013
- Mendieta CG. Classification System for Gluteal Evaluation. Clinics in Plastic Surgery. 2006;33(3):333-346. doi:10.1016/j.cps.2006.04.006
- Senderoff DM. Aesthetic Surgery of the Buttocks Using Implants: Practice-Based Recommendations. Aesthetic Surgery Journal. 2016;36(5):559-576. doi:10.1093/asj/sjv251

297. PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG GHÉP MỠ TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật tái tạo vú bằng ghép mỡ tự thân để tăng thể tích cho vú, tái tạo hình thể vú.
- Nguyên lý: Sử dụng mỡ tự thân cấy ghép tạo dáng vú bằng dụng cụ ghép mỡ chuyên dụng
- Mục đích: Tăng thể tích vú, tạo sự cân đối cho vú, thẩm mỹ vú theo nhu cầu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vú nhỏ bẩm sinh hoặc cho con bú, vú mất cân đối sau mổ cắt ung thư

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân sau mổ ung thư ổn định mới tạo hình vú
- Các bệnh toàn thân khác chưa cho phép

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Máy quay ly tâm
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu

5.4. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp

có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Vùng vú 2 bên phải được đánh giá để xác thể tích vú thiếu của bệnh nhân, lượng da thừa, độ dày, diện tích và chất lượng da vú 2 bên.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:
- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Tiêm dung dịch thuốc tê vào vùng bụng cần lấy mỡ

6.2. Bước 2: Đánh tan mỡ bằng đầu canuyn thích hợp

6.3 Bước 3: Hút mỡ ra chai

6.4 Bước 4: Lọc mỡ, tách chiết mỡ bằng quay ly tâm ra các xylanh để chuẩn bị bơm

6.5 Bước 5: Tạo đường hầm đi vào khoang.

6.6 Bước 6: Bơm mỡ theo các vùng đánh dấu

6.7 Bước 7: Kiểm tra mức độ cân đối 2 bên

6.8 Bước 8: Khâu đóng vết mổ. Băng chun định hình ngực 2 bên

6.9. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Mức độ sưng nề.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Lệch 2 bên ngực Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần

- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Brown Z, Tiggemann M. Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. Body Image 2016
4. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. Body Image 2016

298. PHẪU THUẬT TÁI TẠO QUẦNG NÚM VÚ BẰNG GHÉP DA TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật sử dụng da ghép tự thân để tạo hình núm vú mới trong trường hợp khuyết núm vú.
- Nguyên lý: Sử dụng phương pháp ghép da tự thân tạo hình lại núm vú
- Mục đích: Phẫu thuật nhằm tái tạo lại núm vú sau các tổn thương do chấn thương, vết thương, hoại tử núm vú .

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết núm vú do ung thư vú đã cắt bỏ và đã tạo hình vú bằng các vạt da cơ tổ chức.
- Khuyết núm vú trong phẫu thuật thu gọn vú khổng lồ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân.

4.THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân liên quan phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các điều trị trước đây với tật bẩm sinh, các chỉ số sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá diện tích khuyết da phần mềm vú.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ ngực 2 bên
- Đo đạc xác định vị trí khuyết da.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn. Trải toan. Bộc lộ phần ngực cần tạo hình núm vú hai bên

6.3. Bước 3: Rạch da, bóc tách tạo vạt tại chỗ ngay tại vị trí làm núm vú mới lần lượt từng bên .

6.4 Bước 4: Tại vùng lấy da: vùng bẹn.

- Lấy da dày.

6.5 Bước 5: Đặt da ghép lên vùng núm vú.

- Cố định da ghép.
- Khâu gối gạc.
- Băng ép.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Tháo gối gạc sau 7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Da ghép không sống. Xử trí: Ghép da thì 2

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Shiffman MA. Nipple-Areola Complex Reconstruction: Principles and Clinical Techniques. 2018
4. Satteson ES, Brown BJ, Nahabedian MY. Nipple-areolar complex reconstruction and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. Gland Surg. 2017

299. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT NHỎ HƠN 2CM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật sử dụng da ghép tự thân để tạo hình khuyết dương vật.
- Nguyên lý: Sử dụng phương pháp ghép da dày tự thân điều trị khuyết da dương vật có kích thước nhỏ hơn 2cm.
- Mục đích: Nhằm phục hồi lại các khuyết da dương vật sau chấn thương, di chứng bỏng, hoặc vết thương hoại tử da

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết da dương vật do bỏng, chấn thương
- Vết thương hoặc sau phẫu thuật, bỏng diện tích dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân.
- Bệnh toàn thân tại chỗ không cho phép.

4.THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân liên quan phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các điều trị trước đây với tật bẩm sinh, các chỉ số sinh tồn.

- Khám tại chỗ: đánh giá diện tích khuyết da dương vật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ dương vật
- Đo đạc xác định vị trí khuyết da.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn. Trải toan. Bộc lộ phần dương vật

6.3. Bước 3: Làm sạch tại chỗ dương vật

6.4 Bước 4: Tại vùng lấy da: vùng bẹn, tầng sinh môn cùng bên hoặc đối bên

Lấy da dày.

6.5 Bước 5: Đặt da ghép lên vùng dương vật

Cố định da ghép.

Khâu gối gạc.

Băng ép.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.
- Tháo gối gạc sau 7 ngày

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Da ghép không sống. Xử trí: Ghép da thì 2

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
2. European Society for Paediatric Urology; 2014. Paediatric Urology Web book. 2nd ed
3. Alwaal A, McAninch J W, Harris C R, Breyer B N. Utilities of split-thickness skin grafting for male genital reconstruction. Urology. 2015
4. Chertin B, Kocherov S, Binenboym R et al. Fenestrated sheet split-thickness skin grafting for reconstruction of penile skin loss in pediatric population. J Pediatr Surg. 2016

300. PHẪU THUẬT TÁI TẠO NÚM VÚ VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ để tạo hình núm vú mới trong trường hợp khuyết núm vú.
- Nguyên lý: Sử dụng các phương pháp tạo hình chuyển các vạt tại chỗ tạo hình tái tạo lại núm vú
- Mục đích: Phẫu thuật nhằm tạo hình lại núm vú với các tổn thương khuyết một phần hoặc toàn bộ núm vú sau các chấn thương, vết thương, hoại tử núm vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết núm vú do ung thư vú đã cắt bỏ và đã tạo hình vú bằng các vạt da cơ tổ chức. Khuyết núm vú trong phẫu thuật thu gọn vú khổng lồ.
- Các vét thương, chấn thương hoại tử núm vú

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân.
- Các bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

4.THẬN TRỌNG

- Vùng thẩm mỹ thiết kế vạt cần đảm bảo thẩm mỹ
- Vạt nhỏ tránh tổn thương cuống.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 2 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương thiếu hổng
- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Sát khuẩn. Trải toan

- Bộc lộ phần ngực cần tạo hình núm vú hai bên

6.2. Bước 2: Rạch da, bóc tách tạo vạt tại chỗ ngay tại vị trí làm núm vú mới lần lượt từng bên

6.3 Bước 3: Làm sạch, cắt lọc núm vú theo tổn thương

6.4 Bước 4: Đo đạc, thiết kế tổn thương

6.5 Bước 5: Thiết kế các vạt tại chỗ phù hợp với tổn thương

6.6 Bước 6: Phẫu tích, chuyển vạt theo thiết kế

6.7 Bước 7: Chỉnh sửa vạt tại chỗ

6.8 Bước 8: Kiểm tra màu sắc, sức sống vạt. Đặt gạc ẩm. Băng ép nhẹ.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Màu sắc, hồi lưu mao mạch của vạt
- Thay băng

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

- Vạt lên máu kém. Xử trí: Giảm căng vạt
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Thay băng chăm sóc, tạo hình thì 2.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật.

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép nhẹ, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần.
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Liliav B, Loeb J, Hassid VJ, et al. Single-stage nipple-areolar complex reconstruction technique, outcomes, and patient satisfaction. Ann Plast Surg. 2014
4. Yang JD, Ryu JY, Ryu DW, et al. Our experiences in nipple reconstruction using the Hammond flap. Arch Plast Surg. 2014

301. PHẪU THUẬT TÁI TẠO NÚM VÚ VẠT TẠI CHỖ KẾT HỢP GHÉP SỤN TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật sử dụng các vạt tại chỗ và sụn tự thân để tạo hình núm vú mới trong trường hợp khuyết núm vú.
- Nguyên lý: Sử dụng sụn sườn tự thân và các vạt tại chỗ tái tạo lại núm vú bằng các phương pháp tạo hình
- Mục đích: Phẫu thuật nhằm tạo hình lại núm vú sau các khuyết hổng một phần và toàn bộ núm vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết núm vú do ung thư vú đã cắt bỏ và đã tạo hình vú bằng các vạt da cơ tổ chức. Khuyết núm vú trong phẫu thuật thu gọn vú khổng lồ.
- Khuyết núm vú một phần hoặc toàn bộ do chấn thương, vết thương, hoại tử núm vú
- Các dị tật bẩm sinh khuyết núm vú

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân.

4.THẬN TRỌNG

- Vùng thẩm mỹ thiết kế vạt cần đảm bảo thẩm mỹ
- Vạt nhỏ tránh tổn thương cuống.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:
- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá tổn thương thiếu hổng vùng núm vú
- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu.
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú các bệnh l phối hợp: tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:
- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1: Sát khuẩn. Trải toan. Bộc lộ phần ngực cần tạo hình núm vú hai bên

6.2. Bước 2: Làm sạch, cắt lọc tổn thương

6.3 Bước 3: Thiết kế các vạt tại chỗ phù hợp với tổn thương

6.4 Bước 4: Lấy sụn sườn tự thân. Thiết kế mảnh sụn sườn theo kích thước tổn thương, có đối chiếu bên lành

6.5 Bước 5: Bóc vạt tại chỗ theo thiết kế

6.6 Bước 6: Đặt mảnh ghép sụn, chuyển vạt che phủ

6.7 Bước 7: Khâu tạo hình. Kiểm tra sức sống vạt.

6.8 Bước 8: Làm sạch, băng ép nhẹ

6.9. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Vết mổ, tình trạng nhiễm trùng
- Màu sắc, hồi lưu mao mạch của vạt
- Thay băng

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

- Vạt lên máu kém. Xử trí: Giảm căng vạt, cắt chỉ cách quãng, khâu thưa
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Hoại tử vạt: Thay băng chăm sóc, tạo hình thì 2.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật.

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép nhẹ, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần.
- Phù nề tổ chức. Xử trí: dùng thuốc giảm phù nề…
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử ướt: thay băng không cải thiện thì cắt bỏ.
- Hoại tử khô: thay băng.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Halvorson EG, Cormican M, West ME, Myers V. Three-dimen- sional nipple-areola tattooing: a new technique with superior results. Plast Reconstr Surg 2014;133: 1073.
4. Nimboriboonporn A, Chuthapisith S. Nipple-areola complex reconstruction. Gland Surg 2014;3: 35—42.
5. Clark SE, Turton E. The CC-V flap: a novel technique for augmenting a C-V nipple reconstruction using a free dermal graft. World J Plast Surg 2014;3: 8—12.

302. PHẪU THUẬT CẮT BỎ QUẦNG NÚM VÚ PHỤ

1.ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật cắt bỏ quầng núm vú phụ.
- Nguyên lý: Sử dụng các phương pháp tạo hình để cắt quầng núm vú phụ với hiệu quả thẩm mỹ cao nhất
- Mục đích: Nhằm tạo hình lại ngực và cắt bỏ núm vú phụ

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có quầng núm vú phụ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh toàn thân và tại chỗ không phù hợp cho phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có thể liên quan tới quá trình mang thai sinh con, phải tránh giai đoạn này.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 10ml, 20ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các điều trị trước đây với tật bẩm sinh, các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá quầng núm vú
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm phần mềm vú.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến

chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:
- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân

6.1. Bước 1:
- Bộc lộ ngực 2 bên
- Đo đạc xác định đường rạch

6.2. Bước 2: Sát khuẩn. Trải toan

6.3. Bước 3 Thiết kế đường rạch

6.4 Bước 4: Rạch da, bóc tách tạo vạt tại chỗ ngay tại vị trí cắt quầng núm vú phụ lần lượt từng bên

6.5 Bước 5: Cắt tuyến vú phụ từng bên

6.6 Bước 6: Cầm máu kĩ, Bôi mỡ kháng sinh. Băng ép

6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Khanna S, Mishra SP, Kumar S, Khanna AK. Carcinoma in accessory axillary breast. BMJ Case Rep (2015) 2015
3. Ding XB, Li YM. Misdiagnosis of male accessory breast cancer: a case report and literature review. Jiangxi Med J (2017)
4. Wang CX, Guo SL, Han LN. Successful treatment of accessory breast cancer with endocrine therapy. J Zhejiang Univ Sci B (2017)

303. PHẪU THUẬT THU NHỎ VÚ PHÌ ĐẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: là phẫu thuật tiến hành làm nhỏ lại vú phì đại, tăng kích thước trở về hình thái và kích thước bình thường đảm bảo chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.
- Nguyên lý: Sử dụng các kỹ thuật tạo hình phẫu thuật thu nhỏ vú phì đại thông qua việc cắt bỏ nhu mô tuyến, da mỡ thừa 2 bên vú
- Mục đích: Phẫu thuật nhằm thu nhỏ vú phì đại, tạo hình lại vú,làm đẹp vú, bảo tồn toàn bộ phức hợp quầng núm vú

2. CHỈ ĐỊNH

- Phì đại tuyến vú gây viêm loét nếp lằn, gây gù vẹo cột sống hay gây ảnh hưởng tới cuộc sống lao động hàng ngày…
- Vú phì đại lớn gây ảnh hưởng chức năng sống, thẩm mỹ, tâm lý

3. CHỐNG CHỈ DỊNH

- Phì đại tuyến vú kèm các bệnh lý toàn thân mãn tính như đái tháo đường.
- Phì đại tuyến vú có liên quan tới rối loạn nội tiết tố không có chỉ định phẫu thuật, phải điều trị sử dụng thuốc nhằm cân bằng nội tiết tố.
- Bệnh tại chỗ, toàn thân không cho phép

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh lý vùng vú như u vú, ung thư vú, viêm nhiễm vùng vú.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Đo, vẽ, thiết kế đường mở và cắt

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải toan, bộc lộ rộng vùng ngực – bụng 2 bên

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế, trước tiên rạch da nơi tạo vạt mang phức hợp quầng núm vú, bóc biểu bì vùng thân vạt để lại da của quầng núm vú.

6.4. Bước 4: Dùng dao điện cắt phần da và tuyến ở xung quanh vạt cực trên và cực dưới bầu vú.

6.5. Bước 5: Bóc tách tuyến vú lấy bỏ một phần tuyến vú, mức độ lấy bỏ và vị trí lấy bỏ tùy thuộc vào phân độ và cả vị trí mạch nuôi vạt và cấu trúc tuyến vú.

6.6. Bước 6: Khâu cố định tuyến vú, xoay cuống vạt nuôi quầng núm vú lên vị trí mới, đặt dẫn lưu áp lực âm.

6.7. Bước 7 Khâu lại theo các đường rạch da: có thể kết quả sau cùng là sẹo đường tròn quanh quầng hoặc sẹo chữ T ngược, sẹo chữ J hay L hoặc sẹo thẳng.

7.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Băng chun ép nhẹ cực dưới vú và dẫn lưu áp lực âm để 48h. Bệnh nhân được mặc áo định hình ngay sau mổ và mặc liên tục trong 6 tuần.
- Thay băng ngay ngày hôm sau mổ kiểm tra quầng núm vú về cảm giác và sức sống của vạt.
- Kháng sinh hậu phẫu trong vòng 5-7 ngày.
- Theo dõi một số biến chứng: chảy máu, hoại tử vạt, nhiễm trùng.
- Đánh giá một số điểm: sự cân đối của hai vú, vị trí mới của quầng núm vú, sức sống của vạt, cảm giác của quầng núm vú, liền sẹo thì đầu.

7.2. Tai biến và xử lý

- Chảy máu: băng ép lại ngực có thể bằng urgocrep, nếu không ổn định chỉ định mổ cấp cứu mở vết mổ cầm máu.
- Hoại tử hay thiểu dưỡng vạt: thiểu dưỡng vạt có thể cắt bớt chỉ khâu, hoại tử vạt tiến hành chăm sóc tại chỗ phẫu thuật sửa thì 2.
- Nhiễm trùng: tiến hành cấy khuẩn, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, chăm sóc vết mổ tại chỗ tốt, thậm chí phải phẫu thuật cắt lọc tổ chức nhiễm trùng hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Trần Thiết Sơn và CS (2021). "Phẫu thuật thu gọn vú sử dụng vạt mang phức hợp QNV trực mạch ngực trong". Tạp chí y học Việt Nam
4. Osman Kelahmetoglu, Remzi Firinciogullari, Caglayan Yagmur ,Kemalettin Yildiz, Ethem Guneren (2017). "Combination of Würinger's Horizontal Septum and Inferior Pedicle Techniques to Increase Nipple-Areolar
5. A. Uslu,M. A. Korkmaz, A. Surucu, A. Karaveli, C. Sahin, M. G. Ataman (2019). "Breast Reduction Using the Superomedial Pedicle-and Septal Perforator-Based Technique: Our Clinical Experience"

304. PHẪU THUẬT TREO VÚ SA TRỄ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật cắt bỏ các tổ chức da mỡ thừa gây sa trễ và treo vú lên để giải quyết vấn đề sa trễ của vú. Thường phẫu thuật đồng thời cả hai bên vú.

2. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật cho vú sa trễ độ II, độ III

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân, căn cứ vào**:**

- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh lý vùng vú như u vú, ung thư vú, viêm nhiễm vùng vú

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

- Bộc lộ vùng ngực hai bên cần phẫu thuật (có thể tạo hình 1 hoặc cả 2 bên tùy từng bệnh nhân)

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Mê toàn thân bằng nội khí quản đường miệng

6.1. Bước 1: Vẽ lại các thiết kế vạt bằng bút không xóa

6.2. Bước 2: Sát khuẩn

- Trải toan bộc lộ cả hai bên ngực
- Bộc lộ phần ngực cần tạo hình thu gọn vú một hoặc hai bên do sa trễ.
- Phẫu thuật tiến hành từng bên và qui trình giống nhau, lần lượt:

6.3. Bước 3: Tiêm dung dịch pha Lidocain 1% pha adrenalin 1/100000 vào các đường thiết kế trên ngực dự kiến rạch da.

6.4. Bước 4: Rạch da theo đường viền quầng vú được giữ lại, rạch da vòng tròn phía ngoài dự kiến nơi sẽ đặt quầng núm vú mới. Bỏ thượng bì phần ranh giới da thừa cần bỏ. Cầm máu kĩ bằng dao điện.

6.5. Bước 5: Dùng chỉ prolene 2/0 khâu treo và chỉ 3/0 để khâu vòng quanh ráp hai đường tròn quầng và da để lại. Khâu chỉ vicryl 3/0-4/0 tăng cường thêm và điều chỉnh sự cân đối giữa hai mép của quầng mới.

6.6. Bước 6: Khâu da bằng chỉ nylon 5/0-6/0.
6.7. Bước 7: Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.
- Băng ép nhẹ.

6.8 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ, màu sắc phức hợp quầng núm vú, mép vết mổ,…
- Thay băng cách ngày.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra
- Hoại tử phức hợp quầng núm vú: cắt lọc, làm sạch, thay băng
- Chảy máu: băng ép, mở lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng.
- Mất cảm giác: cần giải thích kĩ trước mổ và tiếp tục theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

305. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÚ SA TRỄ PHÌ ĐẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật cắt bỏ các tổ chức da mỡ thừa để nhằm mục đích thu gọn các vú sa trễ và tạo hình lại hình dáng, thể tích cho các vú mới. Thường phẫu thuật đồng thời cả hai bên vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật thu gọn cho vú sa trễ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân, căn cứ vào**:**

- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc
- Ảnh hưởng chức năng: gù mỏi lưng, hăm loét.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh lý vùng vú như u vú, ung thư vú, viêm nhiễm vùng vú.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng

- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Mê toàn thân bằng nội khí quản đường miệng

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vùng ngực hai bên cần phẫu thuật (có thể tạo hình 1 hoặc cả 2 bên tùy từng bệnh nhân)
- Vẽ lại các thiết kế vạt bằng bút không xóa

6.2. Bước 2:

- Sát khuẩn
- Trải toan bộc lộ cả hai bên ngực

6.3. Bước 3: Phẫu thuật tiến hành từng bên và qui trình giống nhau, lần lượt:

- Tiêm dung dịch pha Lidocain 1% pha adrenalin 1/100000 vào các đường thiết kế trên ngực dự kiến rạch da.

6.4. Bước 4: Rạch da theo đường viền quầng vú được giữ lại, rạch da vòng tròn phía ngoài dự kiến nơi sẽ đặt quầng núm vú mới. Bỏ thượng bì phần ranh giới da thừa cần bỏ. Cầm máu kĩ bằng dao điện.

6.5. Bước 5: Dùng chỉ prolene 2/0 khâu treo và chỉ 3/0 để khâu vòng quanh ráp hai đường tròn quầng và da để lại. Khâu chỉ vicryl 3/0-4/0 tăng cường thêm và điều chỉnh sự cân đối giữa hai mép của quầng mới.

6.6. Bước 6: Khâu da bằng chỉ nylon 5/0-6/0.

- Bôi mỡ kháng sinh.
- Đặt gạc ẩm.

- Băng ép nhẹ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ, màu sắc phức hợp quầng núm vú, mép vết mổ,…
- Thay băng cách ngày.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Hoại tử phức hợp quầng núm vú: cắt lọc, làm sạch, thay băng
- Chảy máu: băng ép, mở lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng.
- Mất cảm giác: cần giải thích kĩ trước mổ và tiếp tục theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

306. PHẪU THUẬT THU NHỎ MÔI BÉ

1.ĐẠI CƯƠNG
- Là phẫu thuật tạo hình môi bé của cơ quan sinh dục nữ.

2. CHỈ ĐỊNH
- Bệnh nhân có hình dáng các môi bé không cân xứng, giãn rộng hoặc kéo dài bẩm sinh hay sau quá trình sinh con.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
Không có chống chỉ định tuyệt đối, phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân, căn cứ vào**:**
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG
Trong các trường hợp có thai, u, viêm nhiễm đường sinh dục

5. CHUẨN BỊ
5.1. Người thực hiện
- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau

Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh
- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về bộ phận sinh dục…

- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của môi bé
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, tư thế sản khoa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm: Mê nội khí quản/tê tại chỗ

6.1 Bước 1: Đo kích thước môi bé, thiết kế đường rạch chữ V để cắt da thừa theo kích thước mong muốn

6.2 Bước 2: Gây tê tại chỗ theo đường thiết kế

- Sát khuẩn, trải toan
- Đặt sonde tiểu

6.3 Bước 3: Rạch da hình chữ V hoặc dọc theo chiều dài của môi bé.

6.4 Bước 4: Cắt bỏ da, tổ chức phần mềm dưới da thừa

6.5 Bước 5: Cầm máu bằng đốt điện

6.6 Bước 6: Khâu đóng da theo lớp giải phẫu sử dụng chỉ khâu tự tiêu

- Sát khuẩn lại
- Băng lại

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ, tri giác
- Sonde tiểu
- Thay băng cách ngày.
- Tình trạng liền thương vết mổ

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Chảy máu: mở qua đường rạch cũ, cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, băng ép.
- Nhiễm trùng. Xử trí: mở qua đường rạch cũ, bơm rửa sạch, đặt dẫn lưu, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Máu tụ. Xử trí: băng ép

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

307. PHẪU THUẬT THU NHỎ MÔI LỚN

1.ĐẠI CƯƠNG
- Là phẫu thuật tạo hình môi lớn của cơ quan sinh dục nữ.

2. CHỈ ĐỊNH
- Bệnh nhân có hình dáng các môi bé không cân xứng, giãn rộng hoặc kéo dài bẩm sinh hay sau quá trình sinh con.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
Không có chống chỉ định tuyệt đối, phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân, căn cứ vào**:**
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG
- Trong các trường hợp có thai, u, viêm nhiễm đường sinh dục

5. CHUẨN BỊ
5.1. Người thực hiện
- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh
- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về bộ phận sinh dục…

- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của môi bé
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, tư thế sản khoa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm: Mê nội khí quản/tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đo kích thước môi bé, thiết kế đường rạch chữ V để cắt da thừa theo kích thước mong muốn

- Gây tê tại chỗ theo đường thiết kế
- Sát khuẩn, trải toan
- Đặt sonde tiểu

6.2. Bước 2: Rạch da hình chữ V hoặc dọc theo chiều dài của môi bé.

6.3. Bước 3: Cắt bỏ da, tổ chức phần mềm dưới da thừa

- Cầm máu bằng đốt điện

6.4. Bước 4: Khâu đóng da theo lớp giải phẫu sử dụng chỉ khâu tự tiêu

- Sát khuẩn lại
- Băng lại

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ, tri giác
- Sonde tiểu
- Thay băng cách ngày.
- Tình trạng liền thương vết mổ

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Chảy máu: mở qua đường rạch cũ, cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, băng ép.
- Nhiễm trùng. Xử trí: mở qua đường rạch cũ, bơm rửa sạch, đặt dẫn lưu, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Máu tụ. Xử trí: băng ép

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

308. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U XƠ VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

- U xơ tuyến vú là u đặc lành tính. Hay gặp nhất ở những phụ nữ trẻ tuổi, bắt đầu từ khi có kinh lần đầu đến khoảng 40 tuổi.
- U xơ tuyến có nguồn gốc từ thùy tuyến, bao gồm 2 thành phần chủ yếu: tế bào biểu mô và tổ chức liên kết, theo 1 số giả thuyết thì nó được tạo ra khi bị loạn sản bởi 1 hoặc nhiều thùy tuyến vú.
- Hay gặp hơn với nhóm người thuộc chủng tộc da đen. U xơ tuyến vú thường tiến triển chậm nhưng có thể phát triển thành u rất lớn. Có thể là 1 u hoặc nhiều u được gọi là bệnh đa u xơ tuyến.
- Phẫu thuật lấy u là lựa chọn chính để điều trị u xơ tuyến vú. Bệnh phẩm gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh là bắt buộc đối với mọi u xơ.

2. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật khi có chẩn đoán xác định là u xơ tuyến vú: dựa vào

- Lâm sàng
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, chụp vú…
- Chọc hút tế bào

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi có ít nhất một trong ba yếu tố nghi ngờ ung thư: lâm sàng và/hoặc chẩn đoán hình ảnh và/hoặc chọc hút tế bào.
- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu…
- Dị ứng với các thuốc gây tê, gây mê…
- Làm nặng thêm các bệnh cũ hoặc đe dọa tính mạng của người bệnh…

4. THẬN TRỌNG

- Cẩn trọng với người sức khỏe suy kiệt, nhiều bệnh nền không đáp ứng đước phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, 2 tay xuôi theo cơ thể hoặc 2 tay đưa ngang

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Phẫu thuật viên đứng và sát trùng rộng bên cần phẫu thuật
- Trải săng, toan vô trùng
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1% hoặc novocain 3%

6.2. Bước 2: Đường rạch da: theo đường quầng vú, nếp lằn vú hoặc đường nách tùy theo vị trí của khối u xơ

6.3. Bước 3: Dùng kéo phẫu tích để bộc lộ khối u xơ tuyến vú, bác sỹ phụ mổ kéo farabeuf để bộc lộ rõ u hơn

6.4. Bước 4: Lấy gọn toàn bộ khối u xơ (cả vỏ)

6.5. Bước 5: Cầm máu thật kĩ bằng dao điện hoặc buộc chỉ hoặc khâu cầm máu

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi tuyến vú bằng chỉ tự tiêu 3.0 hoặc 4.0

6.7. Bước 7: Nếu diện bóc tách tuyến vú rộng có thể đặt dẫn lưu cho thoát dịch.

6.8. Bước 8: Khâu da: khâu mũi rời hoặc luồn trong da bằng chỉ không tiêu 6.0 đảm bảo thẩm mỹ, cắt chỉ sau 1 tuần.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ, màu sắc phức hợp quầng núm vú, mép vết mổ,…
- Thay băng cách ngày.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Hoại tử phức hợp quầng núm vú: cắt lọc, làm sạch, thay băng
- Chảy máu: băng ép, mở lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng.
- Mất cảm giác: cần giải thích kĩ trước mổ và tiếp tục theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

309. PHẪU THUẬT CẮT BỎ TUYẾN VÚ PHỤ

1. ĐỊNH NGHĨA

- Tuyến vú phụ là dạng dị tật bẩm sinh có thể gặp phải ở cả nam giới và phụ nữ (tần suất khoảng 5%). Bình thường, con người chỉ có 1 cặp vú ở trước ngực. Tuy nhiên, một số trường hợp xuất hiện thêm một hoặc nhiều tuyến vú phụ khác.
- Vú phụ ở mỗi người thường không giống nhau. Chúng đa dạng về số lượng, kích cỡ cũng như vị trí xuất hiện. Thông thường, tuyến vú phụ mọc lên ở hố nách hoặc ngay dưới bầu vú chính. Tuy nhiên, thực tế chỉ ra vẫn có những trường hợp vú phụ mọc ở các vị trí đặc biệt như mông, háng, chân tay, bộ phận sinh dục,…
- Theo các nghiên cứu y học, tuyến vú phụ xuất hiện ngay từ khi bào thai phát triển trong bụng mẹ. Khi ở tuần thai kỳ thứ 6 – 9, tuyến vú bắt đầu hình thành. Bình thường, theo cơ chế sinh học tự nhiên sẽ chỉ tạo nên 2 bầu vú chính nhưng một số trường hợp lại cấu tạo song song cả tuyến vú phụ nữa.
- Kích cỡ của tuyến vú phụ sẽ không thể hiện lớn như 2 bầu vú chính. Nhìn chung, chúng chỉ nhô lên một chút và có thể quan sát rõ rệt bằng mắt thường. Vú phụ không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến thẩm mỹ, gây khó chịu cho khổ chủ mà nó còn có thể tiềm ẩn một số nguy cơ ung thư vô cùng nguy hiểm.

Có hai trường hợp tuyến vú phụ thường gặp:
- Cắt vú phụ không có tuyến vú
- Cắt vú phụ có tuyến vú

2. CHỈ ĐỊNH

- Tuyến vú phụ lớn làm ảnh hưởng đến sự tự tin trong sinh hoạt hằng ngày
- Vú phụ xuất hiện ở các vị trí ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ
- Vú phụ hay gây đau tức, sưng viêm, áp xe, và có chuyển biến thành ác tính

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bị các bệnh về huyết áp, tim hoặc tiểu đường,..
- Phụ nữ đang trong chu kỳ kinh nguyệt.

4. THẬN TRỌNG

- Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú.
- Người có bệnh lý về tâm lý.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml

- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, cánh tay cùng bên dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.

Một đệm nhỏ được đặt dọc dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên.

Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để bóc tách tuyến vú phụ hoặc kiểm soát chảy máu.

6.2. Bước 2: Đường rạch

- Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ.
- Rạch da hình elip, đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú.

6.3. Bước 3: Cắt tuyến vú:

- Hai vạt da được bóc tách bằng dao điện lên phía trên, phía dưới và xung quanh giới hạn. Mặc dù việc bóc tách vạt da càng mỏng càng tốt nhưng vấn đề bảo tồn các mạch máu nuôi dưỡng những vạt da là cực kỳ cần thiết. Mặt phẳng phẫu tích khoảng 5mm dưới vạt da là hợp lý.
- Bóc tách thận trọng không đi vào vùng nhu mô đã lấy đi khi làm sinh thiết.
- Tuyến vú phụ sau đó được bóc tách tới tận cân cơ ngực lớn. Bảo tồn cân cơ ngực lớn giúp cho việc tạo hình vú sau này được thuận lợi hơn.
- Bóc tách, lật bỏ tuyến vú phụ ra khỏi cơ ngực được đi từ phía trong ra ngoài sau khi phẫu tích vạt da phía trên, dưới, trong và ngoài.
- Bộc lộ bờ ngoài cơ lưng to, phẫu tích sát bờ ngoài cơ lưng to vào hố nách, phía ngoài phẫu tích dọc theo dải gân cơ lưng to đến khi nhìn thấy rõ tĩnh mạch nách. Mở cân của nách nằm ngay giữa bờ trước của cơ lưng to để bộc lộ bó mạch ngực lưng. Cắt bỏ lá cân ở mặt bên thân ngực lưng để cho mạch và thần kinh ngực lưng lộ ra ngoài khi kéo bệnh phẩm vào trong. Một nhánh vuông góc xuất phát từ bờ trong của các mạch ngực lưng thường chỉ vào vị trí của thần kinh ngực dài. Rạch cân ở phía trước thần kinh ngực dài cho phép kéo thêm bệnh phẩm vào phía trong.
- Nhận biết thân ngực lưng và thần kinh ngực dài để nếu xảy ra biến chứng chảy máu thì có thể lấy bỏ bệnh phẩm mà không làm tổn hại đến các thành phần quan trọng này.
- Sau khi bệnh phẩm được lấy bỏ khỏi mặt bên của cơ ngực lớn, bộc lộ cơ ngực bé nằm ở dưới. Rạch bao cân cơ ngực lớn, thận trọng để tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh cơ ngực bé. Bảo tồn nhánh thần kinh đi qua bó này để đến cơ ngực lớn có thể chống được sự teo nhỏ của 1/3 bên cơ ngực lớn.
- Tổ chức bệnh phẩm tuyến vú phụ được lấy ra khỏi tĩnh mạch nách theo đường từ ngoài vào trong. Phẫu tích bệnh phẩm khỏi tĩnh mạch nách, từ bờ dưới của tĩnh mạch nách xuống, hạn chế mở rộng lên phía trên tránh làm tổn thương động mạch nách và đám rối thần kinh cánh tay, giảm tỉ lệ phù tay sau phẫu thuật.
- Cặp và buộc các nhánh lớn từ tĩnh mạch nách đi vào bệnh phẩm, tại mặt trong của trường phẫu thuật, dùng một dụng cụ để nâng cơ ngực bé để bộc lộ chặng 2 của hệ mạch nách. Việc vét bỏ chặng 2 hiếm khi phải cắt bỏ cơ ngực bé. Cố gắng bảo tồn các nhánh thần kinh liên sườn da, nếu cần bệnh phẩm phải được chia đôi nơi các sợi thần kinh da chui vào thành ngực.
- Bệnh phẩm được lấy khỏi thành ngực để lộ ra lá cân nguyên vẹn phủ lên cơ răng trước.
- Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm máu kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.
- Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3/0 hoặc 4/0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4/0 hoặc 5/0 ở lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuỳ theo lượng dịch chảy ra.

- Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.
- Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

7. 2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt tuyến vú theo một số tác giả nước ngoài chiếm khoảng 15%
- Chảy máu: Do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.
- Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.
- Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.
- Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách: Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ. Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

310. PHẪU THUẬT CẮT BỎ VÚ THỪA

1. ĐỊNH NGHĨA

- Tuyến vú phụ là dạng dị tật bẩm sinh có thể gặp phải ở cả nam giới và phụ nữ (tần suất khoảng 5%). Bình thường, con người chỉ có 1 cặp vú ở trước ngực. Tuy nhiên, một số trường hợp xuất hiện thêm một hoặc nhiều tuyến vú phụ khác.
- Vú phụ ở mỗi người thường không giống nhau. Chúng đa dạng về số lượng, kích cỡ cũng như vị trí xuất hiện. Thông thường, tuyến vú phụ mọc lên ở hố nách hoặc ngay dưới bầu vú chính. Tuy nhiên, thực tế chỉ ra vẫn có những trường hợp vú phụ mọc ở các vị trí đặc biệt như mông, háng, chân tay, bộ phận sinh dục,…
- Theo các nghiên cứu y học, tuyến vú phụ xuất hiện ngay từ khi bào thai phát triển trong bụng mẹ. Khi ở tuần thai kỳ thứ 6 – 9, tuyến vú bắt đầu hình thành. Bình thường, theo cơ chế sinh học tự nhiên sẽ chỉ tạo nên 2 bầu vú chính nhưng một số trường hợp lại cấu tạo song song cả tuyến vú phụ nữa.
- Kích cỡ của tuyến vú phụ sẽ không thể hiện lớn như 2 bầu vú chính. Nhìn chung, chúng chỉ nhô lên một chút và có thể quan sát rõ rệt bằng mắt thường. Vú phụ không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến thẩm mỹ, gây khó chịu cho khổ chủ mà nó còn có thể tiềm ẩn một số nguy cơ ung thư vô cùng nguy hiểm.

Có hai trường hợp tuyến vú phụ thường gặp:
- Cắt vú phụ không có tuyến vú
- Cắt vú phụ có tuyến vú

2. CHỈ ĐỊNH

- Tuyến vú phụ lớn làm ảnh hưởng đến sự tự tin trong sinh hoạt hằng ngày
- Vú phụ xuất hiện ở các vị trí ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ
- Vú phụ hay gây đau tức, sưng viêm, áp xe, và có chuyển biến thành ác tính

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bị các bệnh về huyết áp, tim hoặc tiểu đường,..
- Phụ nữ đang trong chu kỳ kinh nguyệt.

4. THẬN TRỌNG

- Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú.
- Người có bệnh lý về tâm lý.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml

- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, cánh tay cùng bên dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.

Một đệm nhỏ được đặt dọc dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên.

Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để bóc tách tuyến vú phụ hoặc kiểm soát chảy máu.

6.2. Bước 2: Đường rạch

- Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ.
- Rạch da hình elip, đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú.

6.3. Bước 3: Cắt tuyến vú:

- Hai vạt da được bóc tách bằng dao điện lên phía trên, phía dưới và xung quanh giới hạn. Mặc dù việc bóc tách vạt da càng mỏng càng tốt nhưng vấn đề bảo tồn các mạch máu nuôi dưỡng những vạt da là cực kỳ cần thiết. Mặt phẳng phẫu tích khoảng 5mm dưới vạt da là hợp lý.
- Bóc tách thận trọng không đi vào vùng nhu mô đã lấy đi khi làm sinh thiết.
- Tuyến vú phụ sau đó được bóc tách tới tận cân cơ ngực lớn. Bảo tồn cân cơ ngực lớn giúp cho việc tạo hình vú sau này được thuận lợi hơn.
- Bóc tách, lật bỏ tuyến vú phụ ra khỏi cơ ngực được đi từ phía trong ra ngoài sau khi phẫu tích vạt da phía trên, dưới, trong và ngoài.
- Bộc lộ bờ ngoài cơ lưng to, phẫu tích sát bờ ngoài cơ lưng to vào hố nách, phía ngoài phẫu tích dọc theo dải gân cơ lưng to đến khi nhìn thấy rõ tĩnh mạch nách. Mở cân của nách nằm ngay giữa bờ trước của cơ lưng to để bộc lộ bó mạch ngực lưng. Cắt bỏ lá cân ở mặt bên thân ngực lưng để cho mạch và thần kinh ngực lưng lộ ra ngoài khi kéo bệnh phẩm vào trong. Một nhánh vuông góc xuất phát từ bờ trong của các mạch ngực lưng thường chỉ vào vị trí của thần kinh ngực dài. Rạch cân ở phía trước thần kinh ngực dài cho phép kéo thêm bệnh phẩm vào phía trong.
- Nhận biết thân ngực lưng và thần kinh ngực dài để nếu xảy ra biến chứng chảy máu thì có thể lấy bỏ bệnh phẩm mà không làm tổn hại đến các thành phần quan trọng này.
- Sau khi bệnh phẩm được lấy bỏ khỏi mặt bên của cơ ngực lớn, bộc lộ cơ ngực bé nằm ở dưới. Rạch bao cân cơ ngực lớn, thận trọng để tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh cơ ngực bé. Bảo tồn nhánh thần kinh đi qua bó này để đến cơ ngực lớn có thể chống được sự teo nhỏ của 1/3 bên cơ ngực lớn.
- Tổ chức bệnh phẩm tuyến vú phụ được lấy ra khỏi tĩnh mạch nách theo đường từ ngoài vào trong. Phẫu tích bệnh phẩm khỏi tĩnh mạch nách, từ bờ dưới của tĩnh mạch nách xuống, hạn chế mở rộng lên phía trên tránh làm tổn thương động mạch nách và đám rối thần kinh cánh tay, giảm tỉ lệ phù tay sau phẫu thuật.
- Cặp và buộc các nhánh lớn từ tĩnh mạch nách đi vào bệnh phẩm, tại mặt trong của trường phẫu thuật, dùng một dụng cụ để nâng cơ ngực bé để bộc lộ chặng 2 của hệ mạch nách. Việc vét bỏ chặng 2 hiếm khi phải cắt bỏ cơ ngực bé. Cố gắng bảo tồn các nhánh thần kinh liên sườn da, nếu cần bệnh phẩm phải được chia đôi nơi các sợi thần kinh da chui vào thành ngực.
- Bệnh phẩm được lấy khỏi thành ngực để lộ ra lá cân nguyên vẹn phủ lên cơ răng trước.
- Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm máu kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.
- Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3/0 hoặc 4/0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4/0 hoặc 5/0 ở

lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuỳ theo lượng dịch chảy ra.

- Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.
- Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

7. 2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt tuyến vú theo một số tác giả nước ngoài chiếm khoảng 15%
- Chảy máu: Do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.
- Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.
- Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.
- Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách: Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ. Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

311. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U TUYẾN VÚ PHYLLODE

1. ĐẠI CƯƠNG

- U Phyllodes là một loại u vú hiếm gặp. Hầu hết các khối u phyllodes sẽ hoạt động giống như các khối u không phải ung thư. Tuy nhiên, một số nhỏ (khoảng 10%) sẽ hoạt động giống như ung thư. Hành vi này bao gồm khả năng lây lan qua các mô bình thường ở vú và đến các bộ phận khác của cơ thể. Toàn bộ khối u phải được phẫu thuật cắt bỏ trước khi bác sĩ giải phẫu bệnh của bạn có thể quyết định xem khối u là loại u phyllodes không ung thư hay ung thư..

2. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp được chẩn đoán xác định là u phyllode tuyến vú qua sinh thiết kim hoặc những trường hợp có kết quả sinh thiết âm tính nhưng có triệu chứng lâm sàng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang mắc các bệnh nội khoa như đái tháo đường, huyết áp cao, tim mạch…, có chống chỉ định với gây mê hồi sức.

4. THẬN TRỌNG

- Cần trọng với người sức khỏe suy kiệt, nhiều bệnh nền không đáp ứng đước phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa, cánh tay cùng bên dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.
- Một đệm nhỏ được đặt dọc dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú một thì, diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên thẩm mĩ có thể so sánh sự đối xứng giữa hai bên vú.

Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu.

6.2 Bước 2: Đường rạch

Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ.

Rạch da hình elip, đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú.

6.3 Bước 3: Cắt u phyllode tuyến vú:

Hai vạt da được bóc tách bằng dao điện lên phía trên, phía dưới và xung quanh giới hạn. Mặc dù việc bóc tách vạt da càng mỏng càng tốt nhưng vấn đề bảo tồn các mạch máu nuôi dưỡng những vạt da là cực kỳ cần thiết. Mặt phẳng phẫu tích khoảng 5mm dưới vạt da là hợp lý.

Khối u tuyến vú sau đó được bóc tách tới tận cân cơ ngực lớn. Nếu khối u ở sâu dính, có thể lấy bỏ một phần cơ ngực lớn cùng với khối u và tuyến vú thành một khối. Nếu khối u không dính vào cơ ngực, việc để lại cân cơ ngực lớn giúp cho việc tạo hình vú sau này được thuận lợi hơn.

Bóc tách, lật bỏ khối u tuyến vú ra khỏi cơ ngực được đi từ phía trong ra ngoài sau khi phẫu tích vạt da phía trên, dưới, trong và ngoài.

Bệnh phẩm được lấy khỏi thành ngực để lộ ra lá cân nguyên vẹn phủ lên cơ răng trước.

6.4. Bước 4: Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm máu kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực u tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.

6.5. Bước 5: Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3/0 hoặc 4/0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4/0 hoặc 5/0 ở lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuỳ theo lượng dịch chảy ra.

Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.

Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt vú thừa theo một số tác giả nước ngoài chiếm khoảng 15%
- Chảy máu: Do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.
- Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.
- Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.
- Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách: Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ. Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

312. PHẪU THUẬT THẨM MỸ VÚ BẰNG TÚI ĐỘN NGỰC

1. ĐẠI CƯƠNG
- Là phẫu thuật đặt túi độn vào làm tăng thể tích cho vú.

2. CHỈ ĐỊNH
- Vú nhỏ bẩm sinh hoặc sau quá trình cho con bú, vú mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn bệnh nhân, căn cứ vào**:**
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.
- Hút thuốc
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG
- Người bệnh nhỏ tuổi chưa phát triển hoàn toàn về mặt thể chất, không phù hợp với phẫu thuật đặt implant nhân tạo
- Bệnh lý u, ung thư vú

5. CHUẨN BỊ
5.1. Người thực hiện
- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tạo hình vú: máy siêu âm Doppler cầm tay siêu âm đánh giá đường đi mạch máu vùng vú (động mạch ngực ngoài, động mạch vú trong), máy ảnh chụp ảnh tuyến vú trước mổ, trong mổ và sau mổ. Bộ dẫn lưu vô trùng

- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu: phim MRI, siêu âm tuyến vú hai bên
- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường…Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường
- Được phẫu thuật viên chính đo đạc kích thước vú hai bên trước mổ, thiết kế các đường rạch da, quầng vú dự kiến tạo mới, vùng da thừa cắt bỏ, điều chỉnh sự cân đối của hai bên vú. Vẽ khi bệnh nhân đứng, vẽ bằng bút không xóa.
- Chụp ảnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế khoang đặt túi trên ngực bệnh nhân.
- Thiết kế đường rạch da theo đường quầng vú, đường nách, rãnh dưới vú, đường rốn …

6.2. Bước 2: Rạch da theo đường đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Tạo đường hầm đi vào khoang.

- Bóc tách nhẹ nhàng tạo khoang dưới tuyến hoặc dưới cơ.
- Kiểm tra cầm máu

6.4. Bước 4: Đặt túi vào khoang.

- Kiểm tra xem túi đặt 2 bên có cân đối nhau không.

6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu 2 bên.

- Khâu đóng vết mổ.
- Băng chun cố định.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ, màu sắc phức hợp quầng núm vú, mép vết mổ,…
- Thay băng cách ngày.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Hoại tử phức hợp quầng núm vú: cắt lọc, làm sạch, thay băng
- Chảy máu: băng ép, mở lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng.
- Mất cảm giác: cần giải thích kĩ trước mổ và tiếp tục theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình-thẩm mỹ.

313. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT DA CHI THỂ BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Khuyết da chi thể là tình trạng mất tổ chức da và mô dưới da do chấn thương, bỏng, loét tỳ đè, phẫu thuật lấy bỏ tổ chức bệnh lý hoặc tai biến mạch máu. Khi tổn thương không thể khâu kín, tạo hình bằng vạt tại chỗ là lựa chọn phù hợp giúp che phủ tổn khuyết và phục hồi chức năng.
- Nguyên lý: Sử dụng mô lân cận vùng khuyết (da và mô dưới da) có cuống mạch nuôi dưỡng còn nguyên vẹn, xoay hoặc trượt để che phủ khuyết.
- Mục đích của kỹ thuật:

Che phủ tổn khuyết bằng mô tương đồng

Phục hồi chức năng bảo vệ và vận động chi thể

Đảm bảo thẩm mỹ, ngăn ngừa sẹo co kéo và biến chứng lâu dài

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da ở các vùng chi thể (cẳng tay, cánh tay, đùi, cẳng chân) không thể khâu kín trực tiếp.
- Sau cắt bỏ u phần mềm, chấn thương, tai nạn, bỏng sâu hoặc loét lâu ngày.
- Da và mô dưới da vùng lân cận đủ điều kiện để thiết kế vạt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tại vị trí phẫu thuật.
- Tổ chức da lân cận bị tổn thương mạch máu hoặc sẹo xơ, mất tính đàn hồi.
- Người bệnh có bệnh lý nặng chưa được kiểm soát: rối loạn đông máu, đái tháo đường không ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền làm chậm liền sẹo (đái tháo đường, suy dinh dưỡng, nghiện thuốc lá).
- Tổ chức vùng lấy vạt đã từng xạ trị, phẫu thuật nhiều lần.
- Tổn thương mạch máu hoặc dây thần kinh đi kèm có thể ảnh hưởng đến chức năng chi thể.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật chính: 01 người
- Bác sĩ phụ mổ: 02 người
- Điều dưỡng: 02 người

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê hoặc gây tê
- Kháng sinh dự phòng, thuốc co mạch, thuốc giảm đau, dịch truyền

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình chi thể
- Dao mổ, kéo, kẹp, chỉ khâu các loại
- Gạc, băng, máy hút dịch, dẫn lưu, đốt điện
- Dụng cụ cố định chi (nẹp, khung cố định ngoài nếu cần)

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và tại chỗ: xác định kích thước – vị trí khuyết da, độ sâu, mô lân cận
- Xét nghiệm thường quy: công thức máu, đông máu, sinh hóa, nước tiểu
- Chẩn đoán hình ảnh nếu cần: X-quang, siêu âm mạch, cộng hưởng từ
- Giải thích quy trình, ký cam kết phẫu thuật

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Phiếu gây mê, bảng kiểm an toàn phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Đúng tên, đúng tuổi, đúng vị trí tổn thương, đúng kỹ thuật
- Thực hiện bảng kiểm an toàn
- Tư thế người bệnh tùy vị trí chi thể

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: gây mê hoặc gây tê phù hợp

6.1. Bước 1: Sát khuẩn rộng, trải săng vô khuẩn

6.2. Bước 2: Đánh giá lại tổn khuyết, đo đạc kích thước và thiết kế vạt

6.3. Bước 3: Cắt lọc bờ vết thương (nếu cần), tạo vạt (vạt trượt, xoay, chữ Z, W…)

6.4. Bước 4: Di chuyển vạt che phủ tổn khuyết, kiểm tra tưới máu

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi theo từng lớp, đặt dẫn lưu nếu cần

6.6. Bước 6: Băng ép, cố định chi nếu cần. Ghi nhận tuần hoàn vạt, ghi hồ sơ, chuyển hồi sức

6.7. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Dấu hiệu sinh tồn, lượng dịch dẫn lưu, tuần hoàn vạt (màu sắc, nhiệt độ, sung huyết)

7.2. Tai biến trong khi thực hiện:
- Tổn thương cuống mạch nuôi vạt: xử trí bằng điều chỉnh thiết kế, chuyển sang ghép da nếu cần
- Chảy máu nhiều: cầm máu kỹ, đốt điện hoặc khâu lại

7.3. Tai biến sau mổ:
- Nhiễm trùng, tụ máu, phù nề vạt
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ: chăm sóc, ghép da lại, phẫu thuật vạt khác nếu cần

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo co kéo làm hạn chế vận động chi thể: Sửa sẹo thì sau.
- Mất cảm giác vạt, dị cảm, lồi lõm không đều: theo dõi và chỉnh sửa sau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery, Volume 4: Lower Extremity, Trunk and Burns. 4th ed. Elsevier, 2018.
2. Hallock GG. Local Flaps in Plastic and Reconstructive Surgery. Springer, 2017.
3. Blondeel PN, Morris SF, Hallock GG, Neligan PC. Perforator Flaps: Anatomy, Technique and Clinical Applications. 2nd ed. Quality Medical Publishing, 2013.
4. Mathes SJ, Nahai F. Clinical Atlas of Muscle and Musculocutaneous Flaps. Elsevier, 2006.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về Hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

314. PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN CHO KHUYẾT DA DƯƠNG VẬT LỚN HƠN 2 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Khuyết da dương vật là tình trạng mất một phần hoặc toàn bộ da che phủ thân dương vật do tai nạn, phẫu thuật loại bỏ mô bệnh lý, nhiễm trùng hoặc bỏng. Khi vùng khuyết lớn hơn 2 cm và không thể khâu kín, cần thực hiện ghép da tự thân để che phủ, bảo vệ tổ chức bên dưới, phục hồi chức năng sinh lý và đảm bảo thẩm mỹ.

Nguyên lý: Lấy một mảnh da mỏng hoặc trung bình từ vùng cho (đùi, mông, bụng...) và ghép lên vùng khuyết đã được chuẩn bị nền tốt. Mảnh ghép được cố định bằng khâu hoặc băng ép, phát triển nhờ quá trình thẩm thấu – kết dính – tái thông mạch.

Mục đích của kỹ thuật:

- Che phủ tổn khuyết da vùng dương vật.
- Phục hồi chức năng che phủ, bảo vệ, đảm bảo sinh lý sinh dục.
- Đảm bảo thẩm mỹ, phòng ngừa dính – cong – co kéo dương vật về sau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da dương vật có kích thước lớn hơn 2 cm không thể khâu kín.
- Sau cắt bỏ tổ chức hoại tử, nhiễm trùng, u lành tính, u ác tính tại da dương vật.
- Nền vết thương đã sạch, không còn nhiễm trùng cấp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng hoạt động vùng dương vật hoặc vùng cho da.
- Bệnh toàn thân nặng chưa kiểm soát (đái tháo đường mất bù, suy gan/thận nặng).
- Tổ chức nền ghép không đạt yêu cầu (ướt, rỉ dịch, có mô hoại tử).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có rối loạn đông máu, suy dinh dưỡng, hút thuốc lá kéo dài.
- Cần tư vấn kỹ về kỳ vọng thẩm mỹ và khả năng tái tạo chức năng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình hoặc niệu khoa: 01 chính, 01 phụ
- Điều dưỡng: 02 người

5.2. Thuốc

- Gây mê hoặc gây tê tủy sống
- Kháng sinh, giảm đau, dịch truyền, thuốc cầm máu

5.3. Thiết bị y tế

- Dao mổ, kéo, kẹp, bộ ghép da (dao ghép da, lưới ghép nếu có)
- Gạc mỡ, băng ép, chỉ khâu
- Dụng cụ lấy da và dụng cụ phẫu thuật thông thường

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá vùng tổn thương và vùng cho da
- Xét nghiệm: máu, đông máu, sinh hóa, HIV, viêm gan, nước tiểu
- Giải thích kỹ thuật, tiên lượng, ký cam kết

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Phiếu gây mê, bảng kiểm an toàn

5.6. Thời gian thực hiện: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Đúng người, đúng bên, đúng vị trí, đúng kỹ thuật

- Đặt người bệnh tư thế sản khoa hoặc nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn vùng tổn thương và vùng cho da. Trải săng vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch nền ghép bằng đốt điện, rửa oxy già và NaCl 0,9%.

6.3. Bước 3: Lấy mảnh da mỏng/trung bình từ vùng đùi – bụng – mông.

6.4. Bước 4: Đặt mảnh ghép lên vùng cần che phủ, khâu cố định hoặc dùng băng ép cố định.

6.5. Bước 5: Che phủ bằng gạc mỡ, băng ép nhẹ, đặt thông tiểu nếu cần.

6.6. Bước 6: Chuyển người bệnh về buồng hậu phẫu, theo dõi sát tuần hoàn mảnh ghép.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Màu sắc, độ dính, mùi, mức độ chảy dịch tại mảnh ghép
- Dấu hiệu nhiễm trùng hoặc bong ghép

7.2. Tai biến trong mổ:

- Chảy máu nhiều tại vùng lấy da hoặc vùng đặt ghép
- Rách mảnh da, xử trí bằng lấy lại mảnh khác

7.3. Tai biến sau mổ:

- Bong mảnh ghép, hoại tử do nhiễm trùng hoặc nền ướt: thay băng, cắt lọc lại, ghép lại nếu cần
- Tụ dịch dưới da ghép: tháo chỉ sớm, dẫn lưu
- Nhiễm trùng: kháng sinh, thay băng hàng ngày

7.4. Biến chứng muộn:

- Co kéo da, cong dương vật, mất cảm giác, sẹo xấu: chỉnh sửa thì hai nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neligan PC. Plastic Surgery, Volume 5: Urologic Reconstruction. 4th ed. Elsevier, 2018.

2. Jordan GH, McCammon KA. Surgery of the penis and urethra. In: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier, 2016.

3. Dinh TA, Smith TG. Reconstruction of the penis and scrotum. Urol Clin North Am. 2013;40(3):409–424.

4. Hallock GG. Skin grafts and local flaps. In: Plastic and Reconstructive Surgery. Springer, 2017.

5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về Hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

315. PHẪU THUẬT GHÉP DA TẠO HÌNH BAO QUY ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Bao quy đầu là lớp da che phủ quy đầu dương vật, có vai trò bảo vệ, giữ ẩm và góp phần vào cảm giác tình dục. Một số trường hợp mất bao quy đầu do chấn thương, phẫu thuật cắt bỏ vì bệnh lý hoặc dị tật bẩm sinh cần tạo hình lại để tái lập chức năng bảo vệ và cải thiện thẩm mỹ. Ghép da tự thân là một phương pháp hiệu quả để tạo hình bao quy đầu.

Nguyên lý: Dùng mảnh da mỏng hoặc trung bình từ vùng cho (thường là mặt trong đùi, bụng dưới hoặc bìu) ghép quanh quy đầu đã được chuẩn bị nền tốt. Mảnh ghép phát triển dựa vào quá trình thẩm thấu huyết tương, kết dính, và tái thông mạch.

Mục đích của kỹ thuật:

- Tái lập lớp da bao quanh quy đầu.
- Bảo vệ quy đầu khỏi kích thích cơ học, khô nứt.
- Cải thiện thẩm mỹ và chức năng sinh lý.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất toàn bộ hoặc phần lớn bao quy đầu do tai nạn, nhiễm trùng, phẫu thuật cắt bỏ, dị tật.
- Bệnh nhân có nhu cầu phục hồi thẩm mỹ, chức năng sau cắt bao quy đầu quá mức.
- Nền quy đầu đủ điều kiện để tiếp nhận mảnh ghép (không nhiễm trùng, không rỉ dịch).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng hoạt động tại vùng quy đầu hoặc vùng cho da.
- Nền quy đầu viêm loét, hoại tử hoặc chảy dịch nhiều.
- Người bệnh rối loạn đông máu chưa được điều trị ổn định, bệnh toàn thân nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính: đái tháo đường, suy dinh dưỡng, nghiện thuốc lá kéo dài.
- Tư vấn kỹ về kỳ vọng thẩm mỹ, khả năng hồi phục cảm giác, nguy cơ biến chứng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tiết niệu hoặc tạo hình: 01 chính, 01 phụ
- Điều dưỡng: 02 người

5.2. Thuốc

- Gây tê tủy sống hoặc gây mê
- Kháng sinh, thuốc co mạch, giảm đau, thuốc an thần nhẹ

5.3. Thiết bị y tế

- Dao mổ, kéo, kẹp, chỉ khâu các cỡ nhỏ
- Dụng cụ ghép da: dao lấy da, gạc mỡ, băng ép, panh da
- Thông tiểu Foley, vật liệu nâng đỡ da nếu cần

5.4. Người bệnh

- Đánh giá tình trạng quy đầu, kích thước vùng cần tái tạo, chọn vị trí cho da phù hợp
- Xét nghiệm máu, đông máu, sinh hóa, HIV, viêm gan B/C
- Giải thích kỹ quy trình, thời gian phục hồi, nguy cơ hoại tử – sẹo – mất cảm giác.
- Ký cam kết.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Phiếu gây mê, bảng kiểm an toàn

5.6. Thời gian thực hiện: 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ chuyên khoa vô khuẩn
5.8. Kiểm tra trước mổ:
- Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng kỹ thuật
- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT
Vô cảm: gây mê hoặc gây tê tủy sống
6.1. Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ và vùng cho da.
6.2. Bước 2: Chuẩn bị nền ghép tại quy đầu (làm sạch, đốt điện nhẹ nếu cần, giữ khô ráo).
6.3. Bước 3: Lấy mảnh da mỏng từ mặt trong đùi hoặc bụng dưới, kích thước phù hợp.
6.4. Bước 4: Tạo hình bao quanh quy đầu bằng cách bọc mảnh da quanh rãnh quy đầu, cố định bằng chỉ khâu.
6.5. Bước 5: Che phủ mảnh ghép bằng gạc mỡ, băng ép nhẹ nhàng quanh dương vật.
6.6. Bước 6: Đặt thông tiểu Foley nếu cần, theo dõi lượng nước tiểu.
6.7. Bước 7: Chuyển người bệnh về hậu phẫu, kê đơn thuốc và hướng dẫn chăm sóc.
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Sinh hiệu, cảm giác vùng ghép
- Màu sắc mảnh ghép, chảy dịch, mùi hôi

7.2. Tai biến trong mổ:
- Chảy máu, rách mảnh ghép, lộ mạch máu: xử trí bằng cầm máu, khâu lại

7.3. Tai biến sau mổ:
- Tụ dịch, hoại tử mảnh ghép: thay băng, chăm sóc vết thương, ghép lại nếu cần
- Viêm nhiễm vùng quy đầu: dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, giữ vệ sinh tốt

7.4. Biến chứng muộn:
- Co kéo, sẹo dính gây cong dương vật, đau khi cương: điều trị thì hai hoặc vật lý trị liệu
- Mất cảm giác, giảm thẩm mỹ: tư vấn điều chỉnh sau 6 tháng nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. Jordan GH, Schlossberg SM. Surgery of the Penis and Urethra. In: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier, 2016.
2. Dinh TA, Smith TG. Reconstruction of the penis and scrotum. Urol Clin North Am. 2013;40(3):409–424.
3. Hage JJ. Reconstructive surgery for circumcision damage. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006.
4. Hallock GG. Skin grafts and local flaps. In: Plastic and Reconstructive Surgery. Springer, 2017.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về Hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

316. PHẪU THUẬT GHÉP MẢNH DA DƯƠNG VẬT BỊ LỘT GĂNG BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Lột găng dương vật là tình trạng mất toàn bộ lớp da bao phủ thân dương vật, thường do chấn thương, tai nạn, bỏng, tai biến thủ thuật hoặc phẫu thuật không đúng kỹ thuật. Đây là tổn thương nghiêm trọng cần xử trí khẩn cấp để bảo tồn chức năng và hình thái dương vật. Ghép da bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp tối ưu giúp tái tạo lại lớp da che phủ có tưới máu đầy đủ và phục hồi gần như hoàn toàn chức năng sinh lý và thẩm mỹ

Nguyên lý: Sử dụng mảnh da có cuống mạch (vạt tự do vi phẫu) từ vùng cho thích hợp như cẳng tay, bẹn, đùi... để ghép lên thân dương vật, khâu nối vi phẫu các mạch máu nuôi mảnh ghép nhằm đảm bảo sống còn của tổ chức.

Mục đích của kỹ thuật:

- Phục hồi da che phủ thân dương vật trong các trường hợp mất hoàn toàn.
- Đảm bảo chức năng sinh dục và tiết niệu.
- Phục hồi thẩm mỹ và cảm giác sinh lý nếu có thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lột găng dương vật do chấn thương cơ học, bỏng nhiệt hoặc hóa chất.
- Cắt lọc tổ chức hoại tử vùng dương vật gây mất toàn bộ da che phủ.
- Mất da dương vật không thể khâu kín, không phù hợp với ghép da thường (da mỏng, mất nền).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng cấp vùng tổn thương hoặc toàn thân chưa kiểm soát.
- Bệnh lý nền nặng (đái tháo đường mất bù, suy gan thận, rối loạn đông máu...).
- Thiếu điều kiện thực hiện kỹ thuật vi phẫu (nhân lực, thiết bị, kinh nghiệm).

4. THẬN TRỌNG

- Tổn thương phối hợp với vỡ niệu đạo, dập tinh hoàn, cần đánh giá kỹ.
- Người bệnh có mạch máu nhỏ, hẹp, hoặc vùng nhận nhiều sẹo cũ ảnh hưởng nuôi ghép.
- Tư vấn người bệnh về khả năng phục hồi cảm giác, chức năng và nguy cơ hoại tử vạt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình – vi phẫu: 01 chính, 01 phụ
- Kíp gây mê, điều dưỡng chuyên vi phẫu

5.2. Thuốc

- Gây mê nội khí quản
- Kháng sinh phổ rộng, thuốc cầm máu, thuốc vận mạch, giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Kính hiển vi phẫu thuật
- Bộ dụng cụ vi phẫu: panh, kim, chỉ vi phẫu (Prolene 8/0, 9/0)
- Dụng cụ ghép vạt có cuống: dao điện, kéo, panh, kẹp vi mạch

5.4. Người bệnh

- Đánh giá toàn trạng, chẩn đoán chính xác mức độ mất da, tổn thương phối hợp
- Xét nghiệm: máu, đông máu, sinh hóa, nước tiểu, HIV, viêm gan
- Tư vấn kỹ về chỉ định, biến chứng, khả năng phục hồi. Ký cam kết điều trị

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa – tạo hình
- Hồ sơ hình ảnh, bảng kiểm an toàn, phiếu gây mê

5.6. Thời gian thực hiện: 4–6 giờ
5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật
5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:
- Đúng người – đúng tổn thương – đúng bên – đầy đủ xét nghiệm – sẵn sàng hậu phẫu
- Tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê nội khí quản
6.1. Bước 1: Sát khuẩn vùng tổn thương và vùng cho.
6.2. Bước 2: Cắt lọc sạch vùng dương vật, đánh giá tổ chức nền (mô cương, cân Buck...).
6.3. Bước 3: Lựa chọn vạt da có cuống (vạt quay từ cẳng tay, bẹn, đùi...), tạo hình và lấy vạt.
6.4. Bước 4: Chuyển vạt đến vùng dương vật, khâu nối vi phẫu các động mạch và tĩnh mạch nuôi vạt.
6.5. Bước 5: Cố định vạt lên nền dương vật, khâu tạo hình phù hợp, đảm bảo độ phủ – không xoắn vạt.
6.6. Bước 6: Kiểm tra tuần hoàn vạt (màu sắc, mao mạch, đổ máu tĩnh mạch), băng ép nhẹ, không quá chặt.
6.7. Bước 7: Chuyển người bệnh hậu phẫu chuyên biệt theo dõi vi phẫu liên tục 72 giờ đầu.
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Sinh hiệu, tuần hoàn vạt (màu, nhiệt, mao mạch), cảm giác đau
- Theo dõi dấu hiệu chèn ép vạt, tụ máu, thiểu dưỡng

7.2. Tai biến trong mổ:
- Tổn thương mạch nuôi, đứt tĩnh mạch, khó nối vi phẫu: đổi kỹ thuật hoặc hoãn thì sau

7.3. Tai biến sau mổ:
- Tắc mạch, hoại tử vạt: châm cứu giải áp, phẫu thuật lại nếu cần
- Tụ máu dưới vạt, rò dịch: mở dẫn lưu, thay băng thường xuyên

7.4. Biến chứng muộn:
- Sẹo co kéo làm cong dương vật, mất cảm giác đầu dương vật
- Rối loạn chức năng cương: phục hồi dần hoặc hỗ trợ bằng thuốc

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. Djordjevic ML. Penile reconstruction using radial forearm free flap. World J Urol. 2010.
2. Gilbert DA, Jordan GH. Phalloplasty: Techniques and Outcomes. Urol Clin North Am. 2019.
3. Monstrey S, et al. Penile reconstruction: an update. Plast Reconstr Surg. 2014.
4. Morrison SD, et al. Use of free flaps in genital reconstruction. Microsurgery. 2017.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

317. PHẪU THUẬT GHÉP TINH HOÀN ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Đứt rời tinh hoàn là tổn thương nghiêm trọng và hiếm gặp, thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động hoặc bạo lực. Nếu được xử trí kịp thời, có thể thực hiện ghép nối lại tinh hoàn bằng kỹ thuật vi phẫu nhằm khôi phục chức năng nội tiết và sinh sản.
- Nguyên lý: Phẫu thuật ghép tinh hoàn đứt rời là kỹ thuật vi phẫu nối lại mạch máu tinh hoàn (động mạch tinh, tĩnh mạch tinh), ống dẫn tinh và đôi khi là thần kinh bì bìu, giúp phục hồi tuần hoàn và chức năng mô tinh hoàn.
- Mục đích của kỹ thuật:

+ Bảo tồn cấu trúc và chức năng tinh hoàn sau chấn thương đứt rời.
+ Phục hồi nội tiết sinh dục, khả năng sinh tinh và hình thái cơ quan.
+ Giảm tác động tâm lý và tăng chất lượng sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tinh hoàn bị đứt rời hoàn toàn nhưng được bảo quản tốt và đưa đến trong vòng 6 giờ đầu.
- Bệnh nhân có nhu cầu bảo tồn chức năng nội tiết – sinh sản.
- Có đủ điều kiện vi phẫu (kính hiển vi, phẫu thuật viên vi phẫu).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thời gian thiếu máu > 8 giờ mà không được bảo quản lạnh đúng cách.
- Tinh hoàn bị dập nát nặng, không thể phục hồi cấu trúc.
- Bệnh lý toàn thân nặng hoặc rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân nhỏ tuổi, động mạch và tĩnh mạch nhỏ, dễ gây khó khăn trong nối mạch.
- Tinh hoàn bị đứt sát gốc thừng tinh hoặc kèm rách bìu rộng.
- Cần đánh giá toàn trạng bệnh nhân và tổn thương phối hợp trước khi tiến hành vi phẫu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình – vi phẫu có kinh nghiệm: 01 chính, 01 phụ
- Kíp gây mê, điều dưỡng hỗ trợ vi phẫu

5.2. Thuốc

- Gây mê nội khí quản
- Kháng sinh phổ rộng, thuốc giãn mạch, chống kết tập tiểu cầu, giảm đau

5.3. Thiết bị y tế

- Kính hiển vi phẫu thuật, máy vi đốt, bộ vi phẫu
- Kim – chỉ vi phẫu (Prolene 8/0 – 10/0)
- Dụng cụ phẫu tích, cố định, cầm máu tinh tế

5.4. Người bệnh

- Khám đánh giá toàn trạng, tổn thương sinh dục ngoài, chẩn đoán xác định
- Xét nghiệm: máu, đông máu, sinh hóa, huyết học, nước tiểu, HIV, viêm gan
- Chụp siêu âm Doppler vùng bìu nếu có điều kiện

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chấn thương – ngoại tiết niệu
- Phiếu gây mê, cam kết điều trị, bảng kiểm an toàn

5.6. Thời gian thực hiện: 6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.
5.8. Kiểm tra trước mổ:
- Đúng bệnh nhân – đúng bên – đúng tinh hoàn – đúng dụng cụ – đúng giờ vàng hồi sức
- Tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây mê nội khí quản
6.1. Bước 1: Sát khuẩn rộng vùng bìu và tinh hoàn đứt rời
6.2. Bước 2: Khám và làm sạch tinh hoàn đứt rời, xác định động mạch – tĩnh mạch – ống dẫn tinh.
6.3. Bước 3: Chuẩn bị vùng nhận (bìu): mở rộng, bộc lộ đầu thừng tinh.
6.4. Bước 4: Dưới kính hiển vi: nối vi phẫu động mạch tinh, tĩnh mạch tinh bằng Prolene 9/0 – 10/0.
6.5. Bước 5: Nối ống dẫn tinh nếu tổn thương không sát gốc (cần ống nong hỗ trợ).
6.6. Bước 6: Khâu phục hồi tổ chức quanh bìu, đặt dẫn lưu Penrose nếu cần.
6.7. Bước 7: Theo dõi tuần hoàn tinh hoàn sau mổ (màu sắc, căng, nhiệt, đau).
6.8. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:
- Sinh hiệu, đau vùng bìu, biểu hiện tuần hoàn của tinh hoàn nối lại (màu sắc, phù nề...)
- Siêu âm Doppler (nếu có) để đánh giá dòng chảy sau nối vi mạch

7.2. Tai biến trong mổ:
- Tắc mạch nối, chảy máu vi phẫu, tổn thương mô đệm: theo dõi, kiểm tra lại mạch nối

7.3. Tai biến sau mổ:
- Hoại tử tinh hoàn do tắc động mạch – tĩnh mạch: mổ lại hoặc cắt bỏ nếu hoại tử toàn phần
- Tụ máu – nhiễm trùng vùng bìu: dẫn lưu, kháng sinh

7.4. Biến chứng muộn:
- Tinh hoàn teo nhỏ dần do suy tuần hoàn mạn
- Mất khả năng sinh tinh hoặc suy giảm nội tiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tamai S. Twenty years' experience of limb replantation—review of 293 upper extremity replants. J Hand Surg Am. 1982.
2. Djordjevic ML. Reconstructive surgery in genital trauma. In: Textbook of Reconstructive Urology. Springer, 2017.
3. Cendron M, et al. Scrotal and testicular trauma. In: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier, 2016.
4. Morrison SD, et al. Microsurgical techniques in genital replantation. Microsurgery. 2019.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

318. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TINH HOÀN BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình tinh hoàn bằng vật liệu nhân tạo là kỹ thuật đặt túi tinh hoàn nhân tạo (testicular prosthesis) vào bìu nhằm phục hồi hình thể sau mất tinh hoàn do cắt bỏ, teo nhỏ hoặc bẩm sinh.
- Nguyên lý: Sử dụng một mô cấy dạng túi silicone hoặc gel sinh học có kích thước – hình dạng tương đương tinh hoàn thật, đặt vào bìu qua đường rạch nhỏ. Kỹ thuật đơn giản, nhanh chóng và chủ yếu nhằm phục hồi thẩm mỹ – tâm lý.
- Mục đích của kỹ thuật
  + Phục hồi hình dạng cơ quan sinh dục nam sau cắt bỏ tinh hoàn.
  + Giúp người bệnh cải thiện hình ảnh bản thân và tâm lý giới tính.
  + Có thể thực hiện độc lập hoặc phối hợp tái tạo dương vật, bìu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất tinh hoàn do chấn thương, phẫu thuật cắt bỏ (ung thư, viêm hoại tử).
- Tinh hoàn bẩm sinh không phát triển hoặc đã teo hoàn toàn.
- Người bệnh có nhu cầu phục hồi hình thể – tâm lý.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vùng bìu – tầng sinh môn.
- Bệnh lý đông máu chưa kiểm soát.
- Cơ địa dị ứng với vật liệu nhân tạo (hiếm).

4. THẬN TRỌNG

- Vùng bìu nhỏ, mô sẹo xơ cứng hoặc sau xạ trị: cần đánh giá nguy cơ chèn ép – tụ dịch.
- Không thực hiện ở trẻ nhỏ < 14 tuổi nếu chưa phát triển khung xương chậu – bìu.
- Tư vấn rõ đây là mô cấy thẩm mỹ, không có chức năng nội tiết hay sinh sản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ ngoại niệu – tạo hình có kinh nghiệm: 01 chính, 01 phụ
- Kíp gây tê/gây mê, điều dưỡng hỗ trợ

5.2. Thuốc

- Gây tê vùng hoặc gây mê ngắn
- Kháng sinh, giảm đau, thuốc cầm máu

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nhỏ
- Túi tinh hoàn nhân tạo (nhiều size)
- Dao điện, kéo, kẹp cầm máu, chỉ tự tiêu (Vicryl 3/0, 4/0)

5.4. Người bệnh

- Khám tổng quát, siêu âm bìu xác định tổn thương mất tinh hoàn
- Tư vấn rõ mục đích thẩm mỹ, không ảnh hưởng chức năng sinh dục
- Ký cam kết điều trị – đặt mô cấy nhân tạo

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án phẫu thuật – tạo hình
- Phiếu tư vấn mô cấy – hình ảnh

5.6. Thời gian thực hiện: 60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra trước mổ:

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê vùng hoặc mê ngắn

6.1. Bước 1:sát khuẩn – trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da bìu đường ngang nhỏ 2–3 cm tại vị trí dự kiến đặt túi.

6.3. Bước 3: Bóc tách khoang dưới da bìu tạo khoang chứa túi – tránh thủng da.

6.4. Bước 4: Chọn túi tinh hoàn nhân tạo đúng kích thước, sát khuẩn túi.

6.5. Bước 5: Đặt túi vào khoang, điều chỉnh vị trí cân đối, tránh xoắn vặn.

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi các lớp bằng chỉ tiêu – không dẫn lưu.

6.7. Bước 7: Băng ép nhẹ vùng bìu, theo dõi sau mổ tại chỗ trong 24h đầu.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Đau, sưng vùng bìu, tụ máu – tụ dịch dưới da
- Nhiễm trùng, phản ứng cơ địa quanh túi mô cấy

7.2. Tai biến trong mổ:

- Thủng da – lộ túi: khâu tăng cường hoặc đổi vị trí rạch
- Chảy máu khoang túi

7.3. Tai biến sau mổ:

- Nhiễm trùng: cần tháo bỏ mô cấy nếu có dấu hiệu hoại tử mô quanh
- Lệch vị trí túi hoặc biến dạng

7.4. Biến chứng muộn:

- Xơ hóa quanh túi (capsular contracture), thay đổi hình dạng bìu
- Cần phẫu thuật lại nếu gây đau kéo dài hoặc biến dạng rõ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Monstrey S, et al. Testicular prosthesis placement: Indications and outcomes. Plast Reconstr Surg. 2015.
2. Hines M, et al. Psychological outcomes of testicular implant in patients with unilateral orchiectomy. Urol Ann. 2013.
3. Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Chapter: Genital Reconstruction.
4. Djordjevic ML. Aesthetic genital surgery in urology. In: Textbook of Reconstructive Urology. Springer, 2017.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về hướng dẫn thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại.

319. PHẪU THUẬT ĐẶT BỘ PHẬN GIẢ (PROSTHESIS) CHỮA LIỆT DƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (penile prosthesis) là phương pháp điều trị rối loạn cương dương không đáp ứng với điều trị nội khoa bằng cách cấy ghép thiết bị giúp dương vật cương cứng khi cần thiết.
- Nguyên lý: Đặt một thiết bị có cấu trúc hình trụ vào trong hai thể hang của dương vật nhằm tạo hình dạng cương cứng. Có hai loại: loại bán cứng (semi-rigid) và loại bơm bơm được (inflatable).
- Mục đích của kỹ thuật:
  + Khôi phục khả năng giao hợp cho bệnh nhân liệt dương nặng.
  + Giúp cải thiện tâm lý, chất lượng sống và quan hệ tình dục.
  + Giữ được hình dạng sinh lý và cảm giác tự nhiên khi sử dụng loại bơm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn cương dương không đáp ứng với thuốc uống và tiêm thể hang.
- Rối loạn cương sau phẫu thuật vùng chậu hoặc sau chấn thương tủy sống.
- Người bệnh có mong muốn cấy ghép sau tư vấn đầy đủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng tiết niệu hoặc vùng tầng sinh môn đang tiến triển.
- Bệnh nhân không đủ khả năng chăm sóc hậu phẫu.
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.
- Thiếu mô thể hang do xơ hóa nặng, hẹp do viêm Peyronie nặng (tương đối).

4. THẬN TRỌNG

- Rối loạn tâm thần không ổn định hoặc rối loạn cảm xúc.
- Bệnh nhân có kỳ vọng không thực tế về chức năng của prosthesis.
- Tiền sử nhiều lần phẫu thuật vùng chậu hoặc bìu có thể làm sai lệch giải phẫu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phẫu thuật tiết niệu – sinh dục có kinh nghiệm cấy ghép.
- Kíp gây mê và điều dưỡng hỗ trợ.

5.2. Thuốc

- Gây mê toàn thân hoặc tủy sống.
- Kháng sinh dự phòng, giảm đau, thuốc chống phù nề.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ cấy ghép thể hang nhân tạo.
- Bộ prosthesis (bán cứng hoặc bơm): AMS, Coloplast...
- Dao điện, chỉ Vicryl và Prolene.

5.4. Người bệnh

- Khám, đánh giá nguyên nhân liệt dương.
- Siêu âm doppler dương vật, MRI vùng chậu nếu cần.
- Tư vấn kỹ: mục tiêu thẩm mỹ – chức năng, có thể mất cảm giác khi gập gù.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án phẫu thuật ngoại niệu.
- Cam kết sử dụng vật liệu nhân tạo.

5.6. Thời gian thực hiện: 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh: đúng người – đúng loại – đúng size – đúng vị trí cấy ghép
Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT
Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống
6.1. Bước 1: Sát khuẩn trải khăn vô khuẩn.
6.2. Bước 2: Rạch da tại gốc dương vật (đường giữa dưới bìu hoặc đường trên mu).
6.3. Bước 3: Tách hai thể hang, nong thể hang và đo kích thước phù hợp.
6.4. Bước 4: Đặt các trụ prothesis vào thể hang, kiểm tra vị trí.
6.5. Bước 5: Nếu là loại bơm: đặt bơm vào bìu, đặt túi nước vào ổ bụng dưới cơ.
6.6. Bước 6: Khâu phục hồi các lớp, đặt dẫn lưu nếu cần.
6.7. Bước 7: Băng ép vùng dương vật – bìu, theo dõi sau mổ.
6.8 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi:
- Sinh hiệu, đau vùng sinh dục.
- Nhiễm trùng mô cấy, lộ vật liệu nhân tạo.

7.2. Tai biến trong mổ:
- Rách thể hang, thủng niệu đạo.
- Sai vị trí đặt trụ – lệch hướng.

7.3. Tai biến sau mổ:
- Tụ máu, phù nề kéo dài, nhiễm trùng mô ghép.
- Phản ứng viêm mô quanh prosthesis (dị ứng, xơ hóa).

7.4. Biến chứng muộn:
- Gãy trụ, xì van (với loại bơm), cần mổ lại.
- Di lệch trụ gây đau, cong dương vật hoặc lộ mô cấy.
- Nhiễm trùng muộn buộc tháo bỏ toàn bộ bộ phận giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1. Montague DK, et al. Penile prosthesis implantation: Practice guidelines. J Urol. 2007.
2. Wilson SK, et al. Advances in penile prosthesis implantation. Urol Clin North Am. 2011.
3. Levine LA. Penile prosthesis surgery. In: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier.
4. Djordjevic ML. Surgical treatment of erectile dysfunction. In: Textbook of Reconstructive Urology. Springer, 2017.
5. Bộ Y tế. Thông tư 35/2013/TT-BYT về quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa.

320. PHẪU THUẬT NỐI BÀN TAY ĐỨT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật nối bàn tay đứt rời là sử dụng vi phẫu thuật để khôi phục lại sự liên tục của chi thể sau chấn thương đứt rời ở mức bàn tay, bằng cách nối lại xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh và da.
- Nguyên lý: Bảo quản phần chi thể đứt rời đúng cách, hạn chế nguy cơ hoại tử hoặc bỏng lạnh trước mổ. Khôi phục tuần hoàn bằng nối mạch máu dưới kính hiển vi để tái cấp máu cho phần chi thể đứt rời. Phẫu thuật tiến hành theo đúng trình tự: cắt lọc, xử lý tổ chức dập nát → kết hợp xương → nối gân, cơ → nối động mạch, tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn → nối thần kinh → khâu đóng da. Sau phẫu thuật cần kết hợp tập phục hồi chức năng tích cực.
- Mục đích: Giữ được phần chi thể đứt rời, phục hồi chức năng vận động và cảm giác của chi thể, cải thiện thẩm mỹ, bảo tồn tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương đứt rời bàn tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh, căn cứ vào:
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 4 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.3. Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: tim mạch, tiểu đường đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Bảo quản phần bàn tay đứt rời trong nước đá đúng quy cách:

Đối với phần chi bị đứt lìa hoàn toàn:

+ Cầm nắm nhẹ nhàng và rửa sạch phần chi bị đứt lìa bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc nước sạch. Tuyệt đối không được dùng xà phòng hoặc hóa chất để rửa.

+ Làm ẩm gạc vô khuẩn nước muối sinh lý vô khuẩn rồi bọc kín phần chị bị đứt. Chú ý không được bọc quá dày. Mục đích của việc quấn gạc quanh phần chi bị đứt nhằm tránh để chi tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.
+ Đặt phần chi bị đứt đã được quấn gạc ẩm vô khuẩn vào một túi nilon sạch, cột kín lại để nước không thấm vào.
+ Đặt túi nilon vào một thùng đá lạnh, chậu nước đá hay đơn giản nhất là một túi có chứa đá lạnh. Mục đích của việc bảo quản chị bị đứt lìa trong môi trường lạnh là để làm giảm quá trình chuyển hóa của mô cũng như làm chậm quá trình hoại tử. Tuy nhiên, nếu bảo quản ở nhiệt độ quá lạnh sẽ khiến cho mô chết đi, không thể phục hồi sự sống cho chi bị đứt. Vì vậy tuyệt đối không để phần chi bị đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh và cần vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.
+ Đối với phần chi bị đứt lìa không hoàn toàn:
+ Nếu phần chi chưa hoàn toàn đứt lìa mà vẫn còn dính lại một phần trên da, kể cả chi gần như đứt hoàn toàn thì người sơ cứu cũng không nên cắt rời.
+ Nhẹ nhàng rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, đặt chi ở tư thế sinh lý.
+ Dùng băng ép hoặc gạc vô khuẩn băng kín vết thương lại rồi đặt túi đá ở bên cạnh để giữ nhiệt nhưng tránh đặt trực tiếp đá lạnh lên vết thương.
+ Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đủ khả năng thực hiện phẫu thuật vi phẫu ghép chi thể bị đứt lìa.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định của Bộ Y tế

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 10 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

Nhiều kíp phẫu thuật

6.1 Bước 1. Kíp 1:

- Làm sạch phần bàn tay đứt rời
- Tìm các mạch máu và thần kinh.

6.2 Bước 2: Kíp 2:

- Làm sạch phần mỏm cụt
- Phẫu tích tìm gân gấp - duỗi, mạch máu - thần kinh

6.3 Bước 3: Nối bàn tay:

- Kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương
- Nối gân
- Nối mạch máu và thần kinh vi phẫu
- Khâu da

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi bàn tay sau nối: Theo dõi 60 phút/lần trong 48 giờ đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ.
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.
- Theo dõi vận động, cảm giác bàn tay.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tắc mạch bàn tay: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra.
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP. Digit and hand replantation. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7. doi: 10.1007/s00402-009-1021-7. Epub 2009 Dec 9. PMID: 20012069.
7. Ono S, Chung KC. Efficiency in Digital and Hand Replantation. Clin Plast Surg. 2019 Jul;46(3):359-370. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.002. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31103081; PMCID: PMC6527348.
8. Bumbasirević MZ, Vucković CD, Vucetić C, Manojlović R, Andjelkovic SZ, Palibrk TD, Milutinović SM, Raspopović ED. Replantation of upper extremity, hand and digits. Acta Chir Iugosl. 2013;60(2):23-7. doi: 10.2298/aci1302023b. PMID: 24298734.

321. PHẪU THUẬT NỐI NGÓN TAY CÁI ĐỨT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật nối ngón tay cái đứt rời là sử dụng vi phẫu thuật để khôi phục lại sự liên tục của chi thể sau chấn thương đứt rời của ngón tay cái, bằng cách nối lại xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh và da.
- Nguyên lý: Bảo quản phần chi thể đứt rời đúng cách, hạn chế nguy cơ hoại tử hoặc bỏng lạnh trước mổ. Khôi phục tuần hoàn bằng nối mạch máu dưới kính hiển vi để tái cấp máu cho phần chi thể đứt rời. Phẫu thuật tiến hành theo đúng trình tự: cắt lọc, xử lý tổ chức dập nát → kết hợp xương → nối gân, cơ → nối động mạch, tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn → nối thần kinh → khâu đóng da. Sau phẫu thuật cần kết hợp tập phục hồi chức năng tích cực.
- Mục đích: Giữ được phần chi thể đứt rời, phục hồi chức năng vận động và cảm giác của chi thể, cải thiện thẩm mỹ, bảo tồn tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương đứt rời ngón tay cái.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối,

4. THẬN TRỌNG

Phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh, căn cứ vào:
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

5.CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.3. Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: tim mạch, tiểu đường đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Bảo quản phần ngón tay cái đứt rời trong nước đá đúng quy cách:

Đối với phần chi bị đứt lìa hoàn toàn:

+ Cầm nắm nhẹ nhàng và rửa sạch phần chi bị đứt lìa bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc nước sạch. Tuyệt đối không được dùng xà phòng hoặc hóa chất để rửa.

+ Làm ẩm gạc vô khuẩn nước muối sinh lý vô khuẩn rồi bọc kín phần chị bị đứt. Chú ý không được bọc quá dày. Mục đích của việc quấn gạc quanh phần chi bị đứt nhằm tránh để chi tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.
+ Đặt phần chi bị đứt đã được quấn gạc ẩm vô khuẩn vào một túi nilon sạch, cột kín lại để nước không thấm vào.
+ Đặt túi nilon vào một thùng đá lạnh, chậu nước đá hay đơn giản nhất là một túi có chứa đá lạnh. Mục đích của việc bảo quản chị bị đứt lìa trong môi trường lạnh là để làm giảm quá trình chuyển hóa của mô cũng như làm chậm quá trình hoại tử. Tuy nhiên, nếu bảo quản ở nhiệt độ quá lạnh sẽ khiến cho mô chết đi, không thể phục hồi sự sống cho chi bị đứt. Vì vậy tuyệt đối không để phần chi bị đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh và cần vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.

Đối với phần chi bị đứt lìa không hoàn toàn:

+ Nếu phần chi chưa hoàn toàn đứt lìa mà vẫn còn dính lại một phần trên da, kể cả chi gần như đứt hoàn toàn thì người sơ cứu cũng không nên cắt rời.
+ Nhẹ nhàng rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, đặt chi ở tư thế sinh lý.
+ Dùng băng ép hoặc gạc vô khuẩn băng kín vết thương lại rồi đặt túi đá ở bên cạnh để giữ nhiệt nhưng tránh đặt trực tiếp đá lạnh lên vết thương.
+ Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đủ khả năng thực hiện phẫu thuật vi phẫu ghép chi thể bị đứt lìa.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định của Bộ Y tế

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

Nhiều kíp phẫu thuật.

6.1 Bước 1: Kíp 1:

- Làm sạch phần ngón tay cái đứt rời
- Tìm các mạch máu và thần kinh.

6.2 Bước 2: **Kíp 2:**

- Làm sạch phần mỏm cụt.
- Phẫu tích tìm gân gấp - duỗi, mạch máu - thần kinh

6.3 Bước 3: Nối ngón tay cái:

- Kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương
- Nối gân
- Nối mạch máu và thần kinh vi phẫu
- Khâu da

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi ngón tay sau nối: Theo dõi 60 phút/lần trong 48 giờ đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ.
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.
- Theo dõi vận động, cảm giác ngón tay.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tắc mạch ngón tay: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra.
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP. Digit and hand replantation. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7. doi: 10.1007/s00402-009-1021-7. Epub 2009 Dec 9. PMID: 20012069.
7. Ono S, Chung KC. Efficiency in Digital and Hand Replantation. Clin Plast Surg. 2019 Jul;46(3):359-370. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.002. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31103081; PMCID: PMC6527348.
8. Bumbasirević MZ, Vucković CD, Vucetić C, Manojlović R, Andjelkovic SZ, Palibrk TD, Milutinović SM, Raspopović ED. Replantation of upper extremity, hand and digits. Acta Chir Iugosl. 2013;60(2):23-7. doi: 10.2298/aci1302023b. PMID: 24298734.

322. PHẪU THUẬT NỐI NGÓN TAY DÀI ĐỨT RỜI [1 NGÓN]

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật nối ngón tay dài đứt rời là sử dụng vi phẫu thuật để khôi phục lại sự liên tục của chi thể sau chấn thương đứt rời của ngón tay dài (một trong các ngón từ II đến V), bằng cách nối lại xương, gân cơ, mạch máu, thần kinh và da.
- Nguyên lý: Bảo quản phần chi thể đứt rời đúng cách, hạn chế nguy cơ hoại tử hoặc bỏng lạnh trước mổ. Khôi phục tuần hoàn bằng nối mạch máu dưới kính hiển vi để tái cấp máu cho phần chi thể đứt rời. Phẫu thuật tiến hành theo đúng trình tự: cắt lọc, xử lý tổ chức dập nát → kết hợp xương → nối gân, cơ → nối động mạch, tĩnh mạch để tái lập tuần hoàn → nối thần kinh → khâu đóng da. Sau phẫu thuật cần kết hợp tập phục hồi chức năng tích cực.
- Mục đích: Giữ được phần chi thể đứt rời, phục hồi chức năng vận động và cảm giác của chi thể, cải thiện thẩm mỹ, bảo tồn tối đa chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Đứt rời một ngón tay dài (một trong số các ngón tay từ II đến V).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối,

4. THẬN TRỌNG

Phụ thuộc vào các yếu tố lựa chọn người bệnh, căn cứ vào:
- Độ tuổi
- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.
- Sử dụng các chất kích thích, hút thuốc.
- Mong muốn của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật.
- Bệnh nhân có bệnh tâm thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thiết bị y tế

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.
- Bông băng, gạc
- Kính vi phẫu

5.3. Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu, bao gồm:
- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: tim mạch, tiểu đường đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Bảo quản phần ngón tay đứt rời trong nước đá đúng quy cách:

Đối với phần chi bị đứt lìa hoàn toàn:

+ Cầm nắm nhẹ nhàng và rửa sạch phần chi bị đứt lìa bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc nước sạch. Tuyệt đối không được dùng xà phòng hoặc hóa chất để rửa.

+ Làm ẩm gạc vô khuẩn nước muối sinh lý vô khuẩn rồi bọc kín phần chị bị đứt. Chú ý không được bọc quá dày. Mục đích của việc quấn gạc quanh phần chi bị đứt nhằm tránh để chi tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh.
+ Đặt phần chi bị đứt đã được quấn gạc ẩm vô khuẩn vào một túi nilon sạch, cột kín lại để nước không thấm vào.
+ Đặt túi nilon vào một thùng đá lạnh, chậu nước đá hay đơn giản nhất là một túi có chứa đá lạnh. Mục đích của việc bảo quản chị bị đứt lìa trong môi trường lạnh là để làm giảm quá trình chuyển hóa của mô cũng như làm chậm quá trình hoại tử. Tuy nhiên, nếu bảo quản ở nhiệt độ quá lạnh sẽ khiến cho mô chết đi, không thể phục hồi sự sống cho chi bị đứt. Vì vậy tuyệt đối không để phần chi bị đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh và cần vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.

Đối với phần chi bị đứt lìa không hoàn toàn:

+ Nếu phần chi chưa hoàn toàn đứt lìa mà vẫn còn dính lại một phần trên da, kể cả chi gần như đứt hoàn toàn thì người sơ cứu cũng không nên cắt rời.
+ Nhẹ nhàng rửa sạch bằng nước muối sinh lý vô khuẩn, đặt chi ở tư thế sinh lý.
+ Dùng băng ép hoặc gạc vô khuẩn băng kín vết thương lại rồi đặt túi đá ở bên cạnh để giữ nhiệt nhưng tránh đặt trực tiếp đá lạnh lên vết thương.
+ Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đủ khả năng thực hiện phẫu thuật vi phẫu ghép chi thể bị đứt lìa.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định của Bộ Y tế

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 8 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

Nhiều kíp phẫu thuật.

6.1 Bước 1: Kíp 1:

- Làm sạch phần ngón tay đứt rời
- Tìm các mạch máu và thần kinh.

6.2 Bước 2: Kíp 2:

- Làm sạch phần mỏm cụt
- Phẫu tích tìm gân gấp - duỗi, mạch máu - thần kinh

6.3 Bước 3: Nối ngón tay:

- Kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương
- Nối gân
- Nối mạch máu và thần kinh vi phẫu
- Khâu da

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi ngón tay sau nối: Theo dõi 60 phút/lần trong 48 giờ đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ.
- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05 – 07 ngày sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.
- Theo dõi vận động, cảm giác ngón tay.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tắc mạch ngón tay: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra.
- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin, truyền máu nếu cần
- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP. Digit and hand replantation. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7. doi: 10.1007/s00402-009-1021-7. Epub 2009 Dec 9. PMID: 20012069.
7. Ono S, Chung KC. Efficiency in Digital and Hand Replantation. Clin Plast Surg. 2019 Jul;46(3):359-370. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.002. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31103081; PMCID: PMC6527348.
8. Bumbasirević MZ, Vucković CD, Vucetić C, Manojlović R, Andjelkovic SZ, Palibrk TD, Milutinović SM, Raspopović ED. Replantation of upper extremity, hand and digits. Acta Chir Iugosl. 2013;60(2):23-7. doi: 10.2298/aci1302023b. PMID: 24298734.

323. PHẪU THUẬT GHÉP DA CHO DÍNH KẼ NGÓN

1. ĐỊNH NGHĨA

- Định nghĩa: Dị tật dính kẽ ngón là một dị tật bẩm sinh trong đó trẻ sinh ra có từ 2 ngón tay hoặc ngón chân trở lên bị dính liền với nhau. Phẫu thuật ghép da cho dính kẽ ngón là phẫu thuật kết hợp tách dính kẽ ngón và sử dụng da ghép tự thân để che phủ các phần thiếu da sau khi tách ngón nhằm tạo hình lại kẽ ngón tay bình thường.
- Nguyên lý: Tách rời các ngón bị dính, tạo hình lại kẽ ngón tự nhiên, che phủ các diện tích bị thiếu da sau khi tách ngón bằng các mảnh da ghép tự thân, thưởng sử dụng ghép da mỏng. Thực hiện tốt các kỹ thuật ghép da như lấy diện tích da ghép phù hợp, cố định da ghép tốt, phối hợp phục hồi chức năng sau mổ tránh nguy cơ hình thành sẹo co.
- Mục đích: Phục hồi thẩm mỹ và chức năng kẽ ngón tay, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Giúp ngón tay có thể cử động độc lập, không gây ảnh hưởng đến các cử động tinh tế của bàn tay.

2. CHỈ ĐỊNH

Dính ngón tay bẩm sinh hoặc seo dính ngón.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật, người bệnh không hợp tác phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.3. Thiết bị y tế

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, gạc mỡ kháng sinh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ lấy da ghép.
- Garo hơi.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật.

5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Đúng người – đúng bên – đúng kích thước túi – dụng cụ – kháng sinh dự phòng
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay đặt trên bàn phẫu thuật bàn tay

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Mê toàn thân

6.1 Bước 1: Sát khuẩn, trải toan. Garo gốc chi trên bên tay cần phẫu thuật.

6.2 Bước 2: Thiết kế đường rạch da trên vùng dính kẽ ngón theo đường zig zag xen kẽ vạt da mặt lưng để tạo hình kẽ ngón tay.

6.3 Bước 3: Rạch da theo đường vẽ, phẫu tích tách rời tổ chức phần mềm của hai ngón tay, bóc tách vạt da mặt lưng bàn tay để tạo hình kẽ ngón.

6.4 Bước 4: Khâu da theo hình chữ Z đan xen.

6.5 Bước 5: Với phần thiếu da bên ngón không đóng được da trực tiếp thì ghép da dày toàn bộ.

6.6 Bước 6: Da ghép thường lấy ở bẹn hoặc mặt sau cánh tay, có thể đục lỗ để thoát dịch nếu cần.

6.7 Bước 7: Đặt da ghép lên vùng tổn khuyết, cắt tỉa kích thước phù hợp, khâu cố định da ghép, khâu gối gạc trên da ghép

6.8 Bước 8: Băng vô khuẩn, xả garo, kiểm tra tưới máu đầu ngón tay.

6.9. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu
- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra
- Gây mê, hồi sức.
- Nhiễm trùng lan tỏa.
- Hoại tử ngón tay.
- Hoại tử da ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rubin, J. P., & Neligan, P. C. (2017). Plastic Surgery: Volume 2: Aesthetic Surgery. Elsevier Health Sciences.
2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Nguyễn Huy Phan (1999), Kỹ thuật vi phẫu mạch máu thần kinh, thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
6. Woo SJ, Park KH, Woo SH, Nam HJ. Correction of Congenital Syndactyly of the Hand with Minimal Full-Thickness Skin Graft from the Weight-Bearing Midline Plantar Area. Plast Reconstr Surg. 2025 Jan 1;155(1):96e-108e. doi: 10.1097/PRS.0000000000011484. Epub 2024 Apr 23. PMID: 38652871.
7. Cavadore N, Hamel A, Duteille F. Syndactyly release with full-thickness skin graft harvested from the wrist: About 24 webspaces. Ann Chir Plast Esthet. 2025

Jan;70(1):49-55. doi: 10.1016/j.anplas.2024.10.002. Epub 2024 Nov 9. PMID: 39523193.
8. Sullivan, Matthew A. et al. A Systematic Review and Comparison of Outcomes Following Simple Syndactyly Reconstruction With Skin Grafts or a Dorsal Metacarpal Advancement Flap. Journal of Hand Surgery, Volume 42, Issue 1, 34 - 40.e6

324. TREO CUNG MÀY BẰNG CHỈ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Treo cung mày bằng chỉ là một thủ thuật tạo hình thẩm mỹ trong đó bác sĩ sử dụng một loại chỉ chuyên dụng (chỉ tự tiêu có gai) luồn dưới da vùng trán để kéo nâng và cố định cung mày lên vị trí cao hơn, giúp cải thiện tình trạng sa trễ cung mày, sụp mi trên hoặc dáng cung mày kém thẩm mỹ.
- Nguyên lý: Luồn chỉ tự tiêu có gai chuyên dụng dưới da vùng trán theo đường thiết kế định trước để tạo lực kéo nâng cung mày và cố định cung mày vào cân cơ bên trên (thường là màng xương vùng trán) giúp điều chỉnh hướng và độ cao của cung mày phù hợp với khuôn mặt, làm mở rộng và trẻ hoá đôi mắt. Bản thân loại chỉ chuyên dụng này cũng có tác dụng kích thích tăng sinh collagen giúp cải thiện độ săn chắn của da vùng trán.
- Mục đích: Đáp ứng nhu cầu thẩm mỹ trẻ hoá vùng mắt của người bệnh. Gián tiếp cải thiện tình trạng sa trễ mi trên (nếu có). Là một lựa chọn thay thế ít xâm lấn hơn so với phẫu thuật treo cung mày cổ điển. Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Sa trễ cung mày mức độ nhẹ đến trung bình hoặc bệnh nhân không có sa trễ nhưng có nhu cầu can thiệp thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép can thiệp thủ thuật, người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu có gai.

5.3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng thủ thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thủ thuật, do gây tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp thủ thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại thủ thuật, đúng vị trí thực hiện thủ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1 giờ

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

5.7 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
Đặt tư thế Người bệnh nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT
Vô cảm: gây tê tại chỗ/gây mê toàn thân
6.1 Bước 1: Sát khuẩn, trải toan.
6.2 Bước 2: Thiết kế đường đặt chỉ treo cung mày hình chữ V ngược gồm 2 đường từ đường chân tóc lần lượt đến điểm cao nhất cung mày và đuôi mày.
6.3 Bước 3: Tiêm dung dịch gây tê tại chỗ dưới da ở trong và xung quanh đường thiết kế.
6.4 Bước 4: Luồn chỉ theo đường thiết kế bắt đầu từ điểm trên đường chân tóc đến lần lượt điểm cao nhất của cung mày và đuôi mày, chú ý chỉ nằm ở lớp bên trên màng xương, đến gần điểm ra da thì đi vào lớp màng xương và cuối cùng đưa đầu chỉ ra ngoài da cung mày.
6.5 Bước 5: Từ điểm luồn chỉ vào ở đường chân tóc, điều chỉnh độ dài và độ căng của chỉ đến khi đạt hiệu quả treo cung mày mong muốn, cắt bỏ chỉ thừa ngoài da ở đường chân tóc và cung mày.
6.6 Bước 6: Băng vô khuẩn vị trí chỉ đi vào và ra khỏi da.
6.7 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra
- Chảy máu: hiếm gặp gây tụ máu da mi. Xử trí: băng ép hoặc cầm máu lại trên phòng mổ…
- Nhiễm trùng: chảy dịch vết mổ, người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Đánh giá lại về hiệu quả thẩm mỹ sau thủ thuật 6 tháng, 12 tháng. Có thể can thiệp lại nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.
6. Santorelli A, Cirillo P, Fundarò SP, Cavallini M, Salti G, Avvedimento S. Eyebrow lifting with barbed threads: A simple, safe, and effective ambulatory procedure. J Cosmet Dermatol. 2023 Jan;22(1):140-145. doi: 10.1111/jocd.15006. Epub 2022 May 16. PMID: 35441792.
7. Knize DM. Anatomic concepts for brow lift procedures. Plast Reconstr Surg. 2009 Dec;124(6):2118-2126. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181bd0726. PMID: 19952669.

325. PHẪU THUẬT ĐỘN CÁC VẬT LIỆU SINH HỌC ĐIỀU TRỊ MÁ HÓP

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Má hóp là tình trạng thiếu thể tích mô mềm vùng má, gây hõm, làm gương mặt hốc hác, già nua. Phẫu thuật độn vật liệu sinh học nhằm tăng thể tích vùng má, khôi phục sự đầy đặn và cân đối.

Nguyên lý: Sử dụng các vật liệu sinh học (mỡ tự thân, cân, sụn, mô ghép đồng loại đã xử lý, hoặc vật liệu sinh học tổng hợp như collagen, HA cross-linked, ePTFE sinh học) đưa vào khoang dưới da hoặc dưới cơ để làm đầy vùng má hõm.

Mục đích:

- Tăng thể tích vùng má.
- Khôi phục đường nét hài hòa khuôn mặt.
- Cải thiện thẩm mỹ, trẻ hóa gương mặt.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người có má hóp bẩm sinh hoặc do tuổi tác.
- Teo mô mềm sau chấn thương, phẫu thuật, bệnh lý.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, trẻ hóa gương mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng cấp vùng mặt.
- Người có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu sinh học.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Vật liệu sinh học có nguy cơ tiêu dần hoặc tái hấp thu (mỡ tự thân).
- Nguy cơ lệch, di lệch hoặc phản ứng viêm với một số loại vật liệu.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình má
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Có thể qua đường trong niêm mạc miệng, rãnh mũi – má hoặc vết rạch nhỏ ngoài da vùng kín đáo.

Bóc tách dưới da hoặc dưới cơ vùng má hóp.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị khoang vừa đủ để tránh di lệch vật liệu.

Đặt mô ghép hoặc tiêm mỡ tự thân vào khoang.

Sắp xếp cân đối hai bên má, chỉnh hình bề mặt đều.

6.3. Bước 3: Khâu phục hồi niêm mạc hoặc da bằng chỉ tiêu.

6.4. Bước 4: Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Bước 5: Kiểm tra cân đối hai bên.

Băng ép nhẹ vùng má.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ/tiêm: chảy máu, phù nề, nhiễm trùng.
- Độ cân đối hai bên má.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu kỹ.
- Tổn thương thần kinh mặt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, tháo bỏ vật liệu khi cần.
- Tụ dịch, tụ máu: dẫn lưu.
- Di lệch vật liệu: chỉnh sửa lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu mỡ tự thân, mất thể tích.
- Đào thải vật liệu nhân tạo.
- Mất cân đối hai bên má.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guerrerosantos J. Long-term outcome of fat grafting for correction of depressed facial scars. Plast Reconstr Surg. 1985.
- Coleman SR. Structural fat grafting. Clin Plast Surg. 2006.
- Yaremchuk MJ. Alloplastic facial implants: current status. Plast Reconstr Surg. 2001.
- Matarasso A. Injectable and implantable biomaterials for soft tissue augmentation. Clin Plast Surg. 1993.

326. PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO KẾT HỢP SỤN TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật can thiệp vào cấu trúc khung nâng đỡ của mũi, sử dụng các chất liệu độn nhân tạo kết hợp với sụn tự thân (sụn sườn và/hoặc sụn vành tai và/hoặc sụn vách ngăn) để dựng cấu trúc khung nâng đỡ mũi và sống mũi.
- Nguyên lý: Sử dụng chất liệu độn nhân tạo kết hợp với sụn tự thân để dựng khung nâng đỡ mũi và làm sống mũi.
- Mục đích của kỹ thuật:

Dựng khung nâng đỡ đầu mũi mới cao hơn

+ Gia tăng sức chống đỡ trụ mũi, vách mũi
+ Nâng cao sống mũi
+ Tạo hình dáng mũi mới cân đối với khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Thấp sống mũi do nguyên nhân bẩm sinh, chấn thương…
- Mũi lệch, vẹo, biến dạng sau chấn thương
- Thấp đầu mũi, biến dạng cánh mũi sau phẫu thuật đóng khe hở môi 1 bên hoặc 2 bên
- Sửa lại mũi biến dạng do các can thiệp nâng mũi trước đó

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần, vùng tổn khuyết viêm nhiễm nặng
- Viêm, nhiễm trùng nặng vùng tổn thương
- Bệnh nhân < 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người, 6 người với trường hợp sử dụng sụn sườn
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin, ...)
- Nước cất
- Kháng sinh lọ ngâm sụn, bơm rửa khoang mũi

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân,
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Các chất độn mũi nhân tạo
- Nẹp nhựa mũi
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ lấy sụn sườn và/hoặc bộ dụng cụ lấy sụn vách ngăn và/hoặc bộ dụng cụ lấy sụn vành tai.
- Bộ dụng cụ xử lý sụn (ép sụn, cắt xẻ sụn, thớt)

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật mũi trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi, chiều dài sống mũi, độ nhô đầu mũi, góc mũi-trán, góc mũi- môi, độ vững trụ mũi, vách mũi, biến dạng sống mũi
- Khám vị trí lấy sụn: sẹo mổ cũ, biến dạng, dự kiến vị trí lấy sụn
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực.
- Chụp CLVT lồng ngực, CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí lấy sụn sườn, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 - 240 phút (3 – 4 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản, đặt ống giữa miệng hàm dưới.

6.1. Bước 1: Thiết kế vùng đặt chất độn trên sống mũi.

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ.

6.3. Bước 3: Đường rạch trong niêm mạc hốc mũi hoặc chân trụ mũi đi sang cánh mũi hai bên.

Bóc tách vùng đặt chất độn: Dùng kéo phẫu tích và lóc màng xương tạo khoang đặt chất liệu và sụn giữa xương mũi và màng xương.

Bóc tách, lấy sụn vách ngăn (nếu sử dụng sụn vách ngăn)

6.4. Bước 4: Rạch da sau tai hoặc trên cung sườn ở ngực dưới (nếu sử dụng sụn sườn hoặc sụn vách ngăn)

Lấy sụn tai hoặc sụn sườn tự thân.

Cầm máu kĩ.

6.5. Bước 5: Dùng các chất liệu độn tự thân hoặc silicon, nhựa dẻo.

Đẽo gọt chất độn và sụn tự thân theo nhu cầu tạo hình.

6.6. Bước 6: Cố định chất độn.

6.7. Bước 7: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tự tiêu, khâu chân trụ mũi bằng chỉ Nylon. Nẹp cố định mũi bằng băng dính và nẹp nhựa.

Đặt vật liệu cầm máu 2 bên mũi nếu cần (Merocel, gạc meche…).

* Lưu ý: Với trường hợp sử dụng sụn sườn thực hiện song song 2 kíp phẫu thuật: Kíp 1: Lấy sụn sườn và xử lý sụn sườn, kíp 2: bóc tách khoang mũi và tạo hình mũi bằng vật liệu nhân tạo và sụn sườn.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2, hô hấp, tình trạng lồng ngực, dẫn lưu ngực trong 48 giờ, thay băng rút dẫn lưu ngực sau 48 giờ (với trường hợp sử dụng sụn sườn).
- Theo dõi chảy máu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua vết mổ mũi. Xử trí cầm máu, nhét meche thuốc co mạch (adrenalin, ...), thay vật liệu cầ mmasu mũi, thuốc ổn định cục máu đông.
- Chảy máu tại vị trí lấy sụn. Xử trí cầm máu, băng ép sau mổ.
- Thủng màng phổi (với trường hợp lấy sụn sườn): Cầm máu kỹ, khâu phục hồi màng phổi, đặt dẫn lưu, khâu đóng kín vết mổ 2 lớp.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.
- Tụ máu tại vị trí lấy sụn. Xử trí: Băng ép hốc mổ, chọc hút dịch nếu có, có thể mở lại hốc mổ cầm máu.
- Viêm/áp xe sụn vành tai (Với trường hợp sử dụng sụn vành tai): Vành tai sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, chích rạch dẫn lưu áp xe nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Lệch sống mũi sớm sau tháo nẹp: Xử trí nắn chỉnh và đặt lại nẹp.
- Chậm liền vết mổ: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát: xử lý tùy theo tổn thương.
- Lộ chất độn. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, có thể khâu lại vị trí lộ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Lệch vẹo sống mũi, trụ mũi. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.

- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại chất độn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y Học; 225-230.
- Neligan PC. Plastic Surgery Volume 1, Principles, Elsevier Sauder 2013.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
- Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

327. PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật can thiệp vào cấu trúc khung nâng đỡ của mũi, sử dụng các chất liệu độn nhân tạo để dựng cấu trúc khung nâng đỡ mũi và sống mũi.
- Nguyên lý: Sử dụng chất liệu độn nhân tạo để dựng khung nâng đỡ mũi và làm sống mũi.
- Mục đích của kỹ thuật:

Dựng khung nâng đỡ đầu mũi mới cao hơn

+ Gia tăng sức chống đỡ trụ mũi, vách mũi
+ Nâng cao sống mũi
+ Tạo hình dáng mũi mới cân đối với khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Thấp sống mũi do nguyên nhân bẩm sinh, chấn thương…
- Mũi lệch, vẹo, biến dạng sau chấn thương
- Thấp đầu mũi, biến dạng cánh mũi sau phẫu thuật đóng khe hở môi 1 bên hoặc 2 bên
- Sửa lại mũi biến dạng do các can thiệp nâng mũi trước đó

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần, vùng tổn khuyết viêm nhiễm nặng
- Viêm, nhiễm trùng nặng vùng tổn thương
- Bệnh nhân < 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin, ...)
- Nước cất
- Kháng sinh bơm rửa khoang mũi

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật

- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Các chất độn mũi nhân tạo
- Nẹp nhựa mũi
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật mũi trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi, chiều dài sống mũi, độ nhô đầu mũi, góc mũi-trán, góc mũi- môi, độ vững trụ mũi, vách mũi, biến dạng sống mũi
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực.
- Chụp CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 - 240 phút (2 – 4 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản, đặt ống giữa miệng hàm dưới.

6.1. Bước 1: Thiết kế vùng đặt chất độn trên sống mũi.

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ.

Đường rạch trong niêm mạc hốc mũi hoặc chân trụ mũi đi sang cánh mũi hai bên.

6.3. Bước 3: Bóc tách vùng đặt chất độn: Dùng kéo phẫu tích và lóc màng xương tạo khoang đặt chất liệu và sụn giữa xương mũi và màng xương.

Cầm máu kĩ.

6.4. Bước 4: Dùng các chất liệu độn: silicon, nhựa dẻo.

Đẽo gọt chất độn theo nhu cầu tạo hình.

6.5. Bước 5: Cố định chất độn.

6.6. Bước 6: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tự tiêu, khâu chân trụ mũi bằng chỉ Nylon.

Nẹp cố định mũi bằng băng dính và nẹp nhựa.

Đặt vật liệu cầm máu 2 bên mũi nếu cần (Merocel, gạc meche…).

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2, hô hấp.
- Theo dõi chảy máu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua vết mổ mũi. Xử trí cầm máu, nhét meche thuốc co mạch (adrenalin, ...), thay merocel mũi, thuốc ổn định cục máu đông.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.
- Lệch sống mũi sớm sau tháo nẹp: Xử trí nắn chỉnh và đặt lại nẹp.
- Chậm liền vết mổ: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát: xử lý tùy theo tổn thương.
- Lộ chất độn. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, có thể khâu lại vị trí lộ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Lệch vẹo sống mũi, trụ mũi. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại chất độn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- .Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", NXB Y Học; 225-230.
- Neligan PC. Plastic Surgery Volume 1, Principles, Elsevier Sauder 2013.
- FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
- Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
- Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

328. PHẪU THUẬT ĐỘN GÒ MÁ

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Phẫu thuật độn gò má là thủ thuật thẩm mỹ nhằm làm tăng chiều cao và độ nhô của gò má bằng vật liệu nhân tạo (silicone, Medpor, ePTFE) hoặc ghép mô tự thân (mỡ, xương, sụn), giúp gương mặt cân đối, hài hòa hơn.

Nguyên lý: Tạo khoang dưới màng xương vùng gò má qua đường mổ trong miệng hoặc ngoài da, đưa vật liệu ghép/implant vào, sau đó cố định chắc chắn, khâu đóng vết mổ thẩm mỹ.

Mục đích:

- Tăng độ nhô gò má, cải thiện đường nét khuôn mặt.
- Cân đối hai bên gò má.
- Cải thiện thẩm mỹ, sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người có gò má thấp, thiếu độ nhô.
- Mất cân xứng hai bên gò má.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ cải thiện hình thể gương mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng vùng miệng, má.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo.
- Da và mô mềm quá mỏng, nguy cơ lộ implant.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Implant có thể gây di lệch, nhiễm trùng hoặc đào thải.
- Đường mổ trong miệng có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn ngoài da.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng gò má
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá hình thái gò má bằng thăm khám, chụp X-quang, CT scan.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đường mổ trong miệng: niêm mạc tiền đình hàm trên, ngang mức răng nanh – răng hàm nhỏ.

Hoặc đường mổ ngoài da: tại nếp da vùng mi dưới (ít dùng).

6.2. Bước 2: Bóc tách dưới màng xương vùng gò má.

Tạo khoang vừa đủ để đặt implant, tránh làm rộng quá gây di lệch.

6.3. Bước 3: Đặt implant nhân tạo hoặc ghép mô tự thân vào khoang.

Điều chỉnh vị trí cân đối, cố định implant bằng vít nhỏ (nếu cần).

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi niêm mạc hoặc da.

Đặt dẫn lưu nếu cần.

Kiểm tra cân đối gò má hai bên.

6.5. Bước 5: Băng ép nhẹ vùng má.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Vết mổ: tình trạng chảy máu, phù nề.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ.

Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.

- Chảy máu trong mổ: do mạch máu vùng bóc tách.

Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, chảy máu sau mổ: biểu hiện sưng nề vùng gò má.

Xử trí: băng ép, chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra cầm máu.

- Phù nề vùng gò má: thường gặp.

Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, kê cao đầu.

- Nhiễm trùng: vết mổ đỏ, sưng, chảy dịch.

Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo): ảnh hưởng thẩm mỹ.

Xử trí: chăm sóc sẹo, điều trị nội khoa, phẫu thuật tạo hình khi ổn định.

- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu: gò má lệch, không cân xứng, vật liệu lộ.

Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Yaremchuk MJ. Alloplastic facial implants: current status. Plast Reconstr Surg. 2001.
- Matarasso A, Elias AC. Alloplastic augmentation of the facial skeleton. Plast Reconstr Surg. 1996.
- Rubin JP, Yaremchuk MJ. Midface augmentation with alloplastic implants. Aesthetic Surg J. 1999.
- Ortiz-Monasterio F, Olmedo A. Augmentation malarplasty: experience with 500 cases. Plast Reconstr Surg. 1981.

329. PHẪU THUẬT ĐỘN CẰM BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Phẫu thuật độn cằm bằng vật liệu nhân tạo (silicone, ePTFE, Medpor…) là thủ thuật thẩm mỹ nhằm cải thiện hình dáng, độ nhô và sự cân đối của cằm so với khuôn mặt.

Nguyên lý: Đặt một miếng độn nhân tạo vào phía trước xương cằm qua đường rạch trong miệng hoặc ngoài da dưới cằm, cố định chắc chắn để tạo hình dáng mong muốn.

Mục đích:

- Tăng độ nhô cằm, cải thiện góc mũi – môi – cằm và góc cổ – cằm.
- Tạo gương mặt cân đối, hài hòa.
- Cải thiện thẩm mỹ, sự tự tin của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh có cằm lẹm, ngắn, kém phát triển.
- Người mong muốn cải thiện hình thể khuôn mặt bằng phương pháp phẫu thuật đơn giản, ít xâm lấn.
- Người bệnh không muốn hoặc không thể phẫu thuật cắt trượt xương cằm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng cấp vùng cằm, khoang miệng.
- Người có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo.
- Người có da và mô mềm vùng cằm quá mỏng → nguy cơ lộ, di lệch vật liệu.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Vật liệu nhân tạo có thể gây di lệch, nhiễm trùng, đào thải.
- Đường mổ trong miệng dễ nhiễm khuẩn hơn đường mổ ngoài da.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng trán
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa hàm mặt.
- Chụp X-quang sọ nghiêng, CT scan khi cần để đánh giá hình thái cằm.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đường rạch trong miệng: ở niêm mạc tiền đình môi dưới, tránh ống tuyến nước bọt.

Hoặc đường rạch ngoài da: dưới cằm, sẹo kín đáo.

6.2. Bước 2: Bóc tách dưới màng xương vùng cằm.

Khoang vừa đủ kích thước để đặt implant, tránh quá rộng.

6.3. Bước 3: Đặt implant nhân tạo vào vị trí đã chuẩn bị.

Điều chỉnh cân đối hai bên, cố định nếu cần (bằng vít nhỏ).

Đặt dẫn lưu nhỏ nếu cần.

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi theo lớp, dùng chỉ tiêu cho niêm mạc.

6.5. Bước 5: Băng ép nhẹ vùng cằm.

Kiểm tra cân đối, độ nhô của cằm.

Vệ sinh khoang miệng, sát khuẩn da.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu, cân đối vùng cằm.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ.

Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.

- Chảy máu trong mổ: từ mạch máu vùng bóc tách.

Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, chảy máu sau mổ: biểu hiện sưng, căng vùng cằm.

Xử trí: băng ép, chọc hút dịch, mở kiểm tra và cầm máu.

- Phù nề vùng cằm: thường gặp.

Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, kê cao đầu giường.

- Nhiễm trùng: vết mổ đỏ, sưng, chảy dịch.

Xử trí: thay băng, cấy dịch, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.

- Lệch chất độn: cằm mất cân đối.

Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại khi cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Bao xơ quanh chất độn: gây cứng, biến dạng.

Xử trí: bóc bao xơ, thay vật liệu.

- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo): ảnh hưởng thẩm mỹ.

  Xử trí: chăm sóc sẹo, điều trị nội khoa, tạo hình sẹo khi ổn định.

- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu: cằm lệch, không cân xứng, vật liệu lộ.

Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Robinson M, Shuken R. Chin augmentation with silicone implants. Plast Reconstr Surg, 1969.
- Guyuron B. Chin augmentation. Clin Plast Surg, 1991.
- Matarasso A, Elias AC. Alloplastic augmentation of the facial skeleton. Plast Reconstr Surg, 1996.
- Yaremchuk MJ. Alloplastic facial implants: current status. Plast Reconstr Surg, 2001.

330. PHẪU THUẬT THU GỌN MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Phẫu thuật thu gọn môi là thủ thuật thẩm mỹ nhằm giảm bớt kích thước môi trên hoặc môi dưới khi quá dày, mất cân đối, ảnh hưởng đến thẩm mỹ hoặc chức năng phát âm, ăn uống.

Nguyên lý: Cắt bỏ một phần tổ chức niêm mạc và mô dưới niêm mạc của môi theo đường rạch được thiết kế, sau đó khâu phục hồi giải phẫu môi, đảm bảo độ cân đối và chức năng.

Mục đích:

- Giảm độ dày môi, tạo hình dáng môi hài hòa với khuôn mặt.
- Cải thiện thẩm mỹ nụ cười, phát âm và chức năng khép kín môi.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Môi dày bẩm sinh, mất cân đối so với khuôn mặt.
- Môi phì đại sau chấn thương, sẹo hoặc bệnh lý.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ cải thiện dáng môi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng cấp vùng môi, khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Người có kỳ vọng thẩm mỹ không phù hợp.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Phẫu thuật nhiều lần trên môi có thể gây sẹo xơ, biến dạng.
- Đánh giá kỹ khớp cắn và chức năng khép môi trước mổ.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…

- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá độ dày môi, hình dáng môi, khớp cắn.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường rạch hình elip ở mặt trong niêm mạc môi theo thiết kế (môi trên hoặc môi dưới).

6.2. Bước 2: Cắt bỏ niêm mạc và mô dưới niêm mạc theo diện đã vẽ.
Bảo tồn cơ vòng môi.

6.3. Bước 3: Khâu lớp niêm mạc với chỉ tiêu theo chiều ngang môi.
Đảm bảo bờ môi cân đối, tự nhiên.

6.4. Bước 4: Cầm máu, làm sạch khoang miệng.

6.5. Bước 5: Kiểm tra hình dáng môi sau khâu.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng chảy máu, phù nề sau mổ.

- Vận động môi, phát âm.
- Nhiễm trùng vết mổ.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu bằng khâu ép hoặc đốt điện.
- Tổn thương cơ vòng môi: khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: vệ sinh miệng bằng dung dịch sát khuẩn, dùng kháng sinh.
- Tụ máu, phù nề nhiều: dẫn lưu hoặc chọc hút.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xơ, biến dạng môi.
- Không cân đối giữa môi trên và môi dưới.
- Giảm cảm giác môi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guerrero-Santos J, Altamirano JT. Correction of hypertrophic lips. Plast Reconstr Surg. 1967.
- Tellioglu AT, Tekdemir I. Surgical approaches to lip reduction: anatomic study and clinical application. Aesthetic Plast Surg. 2002.
- Matarasso A. Contemporary techniques for lip surgery. Clin Plast Surg. 1993.
- Sherris DA, Kern EB. Plastic and reconstructive surgery of the lips. Arch Facial Plast Surg. 2000

331. PHẪU THUẬT LÀM DÀY MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Phẫu thuật làm dày môi là thủ thuật thẩm mỹ nhằm tăng độ dày, tạo hình dáng môi đầy đặn, cân đối bằng cách ghép tổ chức (mỡ, mô liên kết, cân, sụn) hoặc đặt vật liệu nhân tạo.

Nguyên lý: Tạo đường hầm trong môi, đưa mô ghép hoặc vật liệu vào, sau đó khâu cố định nhằm tăng thể tích, làm dày môi mà vẫn đảm bảo độ mềm mại và vận động sinh lý.

Mục đích:

- Tăng thể tích môi, cải thiện thẩm mỹ.
- Tạo dáng môi đầy đặn, cân đối với khuôn mặt.
- Duy trì chức năng đóng mở và phát âm tự nhiên.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Môi mỏng bẩm sinh.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, mong muốn làm đầy môi.
- Sẹo co kéo hoặc mất thể tích môi sau chấn thương/phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng cấp vùng môi, khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu định ghép.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Vật liệu ghép nhân tạo có thể gây đào thải hoặc nhiễm trùng.
- Lựa chọn phương pháp (mỡ tự thân, cân, sụn, vật liệu nhân tạo) phải phù hợp với từng người bệnh.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng môi
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đặt chất liệu độn:

- Đường rạch ở ranh giới giữa môi khô và môi ướt.
- Tạo khoang đặt chất liệu độn: sử dụng troca qua đường rạch da chuẩn bị cho đặt chất liệu. Người phụ nâng góc miệng bừng móc da. Môi được giữ chặt và kéo dài, kéo sang phía đối diện để phẫu thuật được dễ dàng. Khoang rộng khoảng 1,0 cm nằm trong mặt phẳng dưới niêm mạc sâu ngay trên cơ vòng môi và ở vị trí môi ướt. Alloderm ghép yêu cầu khoang lớn hơn.
- Đặt chất liệu: Kẹp có răng chuyên dụng được đưa vào qua vết mổ. Bác sĩ phẫu thuật đang giữ môi ổn định bằng ngón tay cái và chất liệu cấy ghép được kéo vào đường hầm. Chất liệu nên được thiết kế đủ dài để cả hai đầu của cấy ghép vẫn ở bên ngoài vị trí vết mổ khi hoàn thành. Sau đó chất liệu cấy ghép được cắt tỉa. Khoang đặt phải được làm đủ chặt để ngăn chặn chất liệu di chuyển.
- Các vết mổ niêm mạc được đóng trong các lớp với 5-0 Vicryl.

6.2. Bước 2: Tiêm chất làm đầy (Filler): tiêm chất làm đầy làm tăng thể tích vị trí môi cần tiêm.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, phù nề vùng môi.
- Người bệnh được khuyên:
- Chườm lạnh trong 2 ngày đầu.
- Hạn chế vận động môi (huýt sáo, cười rộng, hôn…) trong 1 tháng.
- Hạn chế tiếp xúc thực phẩm trực tiếp tại vị trí vết mổ.
- Dùng kháng sinh dự phòng trong 1 tuần sau mổ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ.

Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.

- Chảy máu trong mổ: do tổn thương mạch máu.

Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, chảy máu sau mổ: môi sưng, căng.

Xử trí: chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra cầm máu.

- Phù nề: thường gặp.

Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề.

- Nhiễm trùng: môi đỏ, sưng, chảy dịch.

Xử trí: thay băng, kháng sinh, chăm sóc vết thương.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo).

Xử trí: chăm sóc sẹo, phẫu thuật tạo hình khi cần.

- Kết quả thẩm mỹ không đạt: môi lệch, bất cân xứng, chất liệu lộ.

Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guerrerosantos J. Augmentation cheiloplasty with dermis-fat grafts. Plast Reconstr Surg. 1985.
- Goldwyn RM. Lip augmentation: Surgical alternatives and results. Plast Reconstr Surg. 1991.
- Sherris DA, Kern EB. The versatile use of autogenous tissue for lip augmentation. Arch Facial Plast Surg. 2000.
- Matarasso A. Contemporary techniques for lip augmentation. Clin Plast Surg. 1993.

332. PHẪU THUẬT KÉO DÀI MÔI TRÊN TRONG HỞ LỢI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Hở lợi (gummy smile) là tình trạng khi cười, phần lợi bộc lộ nhiều (> 2–3 mm), ảnh hưởng thẩm mỹ nụ cười. Một trong những nguyên nhân là do môi trên ngắn hoặc vận động môi quá mạnh. Phẫu thuật kéo dài môi trên nhằm giảm sự bộc lộ lợi bằng cách điều chỉnh chiều dài và vị trí bám của môi trên.

Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình bằng cách cắt bỏ một phần niêm mạc – mô dưới niêm mạc ở vùng tiền đình môi trên, kéo dài môi và hạn chế sự nâng quá mức khi cười.

Mục đích:

- Giảm tình trạng hở lợi khi cười.
- Tạo thẩm mỹ nụ cười tự nhiên, hài hòa.
- Duy trì chức năng vận động môi trên.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh hở lợi do môi trên ngắn hoặc vận động môi quá mức.
- Người bệnh mong muốn cải thiện thẩm mỹ nụ cười.
- Không có chống chỉ định toàn thân hay tại chỗ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng cấp vùng miệng, lợi, môi.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây tê/gây mê.
- Hở lợi do nguyên nhân xương (quá phát xương hàm trên) → chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương hàm thay thế.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tim mạch, rối loạn đông máu).
- Kết hợp nhiều yếu tố gây hở lợi (xương – lợi – môi) → cần hội chẩn chuyên khoa.
- Đánh giá kỹ nguy cơ tái phát hoặc sẹo co kéo.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa răng hàm mặt.
- Đánh giá mức độ hở lợi, chiều dài môi, độ di động môi.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu vùng niêm mạc cần cắt bỏ ở tiền đình môi trên (thường hình elip).

6.2. Bước 2: Gây tê thấm toàn bộ vùng phẫu trường.

6.3. Bước 3: Cắt bỏ dải niêm mạc và mô dưới niêm mạc theo thiết kế.

6.4. Bước 4: Bộc lộ mô liên kết dưới để kéo dài môi.

6.5. Bước 5: Khâu niêm mạc môi với niêm mạc lợi để làm ngắn tiền đình, kéo dài môi. Sử dụng chỉ tự tiêu, khâu lớp niêm mạc liên tục hoặc rời.

6.6. Bước 6: Cầm máu kỹ, vệ sinh sạch khoang miệng.

Hướng dẫn bệnh nhân chăm sóc sau mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng chảy máu vết mổ.
- Phù nề, đau sau mổ.
- Vận động môi khi nói, cười.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu bằng khâu ép hoặc đốt điện.
- Tổn thương ống tuyến nước bọt phụ: xử trí bảo tồn.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh, vệ sinh miệng bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tụ máu, phù nề nhiều: dẫn lưu hoặc chọc hút.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, dính → gây biến dạng môi.
- Tái phát hở lợi nếu nguyên nhân kết hợp (xương – lợi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Miskinyar SA. A new method for correcting gummy smile. Plast Reconstr Surg. 1983.
- Litton C, Fournier P. Simple surgical correction of the gummy smile. Plast Reconstr Surg. 1979.
- Humayun N, et al. Management of excessive gingival display in gummy smile: a review. J Pak Med Assoc, 2010.
- Spiegel JH. Facial plastic surgery of the lips. Otolaryngol Clin North Am, 2007.

333. HÚT MỠ VÙNG DƯỚI CẰM

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Hút mỡ vùng dưới cằm (double chin) là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mỡ thừa tích tụ tại cằm và đường viền hàm dưới, giúp gương mặt thon gọn và cải thiện góc cổ – cằm.

Nguyên lý: Sử dụng cannula nhỏ nối với máy hút mỡ chuyên dụng, đưa vào lớp mỡ dưới da để phá vỡ và hút mỡ, đồng thời giữ nguyên cấu trúc mạch máu, thần kinh và da.

Mục đích:

- Loại bỏ mỡ thừa dưới cằm.
- Tạo góc cổ – cằm rõ ràng.
- Cải thiện thẩm mỹ và sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người có mỡ thừa tích tụ dưới cằm, tạo thành "cằm đôi".
- Người có cân nặng ổn định nhưng mỡ tập trung vùng cằm.
- Người có nhu cầu thẩm mỹ, cải thiện dáng mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng da, mô mềm vùng dưới cằm.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu).
- Người béo phì toàn thân, kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Da dưới cằm chùng nhiều → có thể cần kết hợp phẫu thuật tạo hình cổ – căng da.
- Hút mỡ quá nhiều có nguy cơ gây lồi lõm, không cân đối.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent (lidocain, adrenalin).

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula nhỏ, phù hợp vùng mặt – cổ.
- Dao điện/bipolar cầm máu.
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Băng ép dưới cằm sau mổ.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá độ dày mỡ, độ đàn hồi da dưới cằm.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, cổ hơi ngửa, đầu cố định

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thấm dung dịch tumescent đều vùng dưới cằm.

Chờ 10–15 phút để đạt tác dụng tê và co mạch.

6.2. Bước 2: Rạch da nhỏ (0,3–0,5 cm) ở nếp dưới cằm hoặc sau dái tai.

Đưa cannula nhỏ vào lớp mỡ, hút đều nhiều hướng.

Tránh tổn thương thần kinh cằm và tuyến nước bọt.

6.3. Bước 3: Kiểm tra sự cân đối, độ đều bề mặt dưới cằm.

Cầm máu, khâu vết rạch bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

6.4. Bước 4: Băng ép vùng cằm – cổ bằng băng ép chuyên dụng.

Hướng dẫn người bệnh đeo gen ép 2–4 tuần.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng đau, sưng nề, bầm tím vùng dưới cằm.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu.
- Tổn thương thần kinh cằm, tuyến dưới hàm.
- Tai biến gây mê: xử trí hồi sức.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân.
- Tụ dịch, tụ máu: chọc hút/dẫn lưu.
- Hoại tử da (hiếm gặp).

7.4. Biến chứng muộn

- Lồi lõm, bất cân đối vùng dưới cằm.
- Da chùng nhão, có thể cần phẫu thuật tạo hình cổ.
- Sẹo xấu tại vị trí rạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.
- Matarasso A. Suction-assisted lipectomy of the face and neck. Clin Plast Surg, 1989.

334. HÚT MỠ VÙNG DƯỚI HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Định nghĩa: Hút mỡ vùng dưới hàm (cằm đôi, nọng cằm) là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mỡ thừa tích tụ ở vùng dưới cằm và dọc đường viền hàm dưới, giúp gương mặt thon gọn, cải thiện góc cổ – cằm.
- Nguyên lý: Dùng cannula nhỏ nối với máy hút mỡ chuyên dụng, đưa vào lớp mỡ dưới da vùng dưới hàm để phá vỡ và hút bỏ mỡ thừa, giữ nguyên cấu trúc mạch máu, thần kinh và da.
- Mục đích:
  + Loại bỏ mỡ thừa vùng dưới hàm.
  + Tạo đường viền cổ – cằm rõ ràng.
  + Cải thiện thẩm mỹ gương mặt.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người có mỡ thừa tích tụ vùng dưới cằm, nọng cằm.
- Người có cân nặng ổn định nhưng có cằm đôi.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, cải thiện đường viền hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng da, mô mềm vùng dưới hàm.
- Người có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy gan, suy thận, rối loạn đông máu).
- Người béo phì toàn thân, kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Da chùng nhiều → có thể cần phẫu thuật tạo hình cổ – cằm kết hợp.
- Khối lượng mỡ hút nhiều → nguy cơ tụ dịch, mất cân đối.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent (lidocain, adrenalin).

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula nhỏ, phù hợp vùng mặt – cổ.
- Dao điện/bipolar cầm máu.
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Băng ép vùng cằm – cổ sau hút mỡ.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân và chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá độ dày lớp mỡ, độ đàn hồi da vùng dưới hàm.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, cổ hơi ngửa, đầu cố định

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thấm dung dịch tumescent đều vùng dưới hàm.

6.2. Bước 2: Đợi 10–15 phút cho tác dụng tê và co mạch.

6.3. Bước 3: Rạch da nhỏ (0,3–0,5 cm) ở nếp dưới cằm hoặc sau dái tai.

6.4. Bước 4: Đưa cannula nhỏ vào lớp mỡ, hút đều nhiều hướng.

6.5. Bước 5: Đảm bảo hút cân đối, tránh tổn thương thần kinh mặt, tuyến nước bọt.

6.6. Bước 6: Kiểm tra độ đều bề mặt vùng dưới hàm.

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu đóng vết rạch bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

6.8. Bước 8: Băng ép vùng cằm – cổ bằng băng ép chuyên dụng.

6.9. Bước 9: Hướng dẫn bệnh nhân đeo gen ép 2–4 tuần.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Mức độ đau, sưng nề vùng dưới hàm.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu.
- Tổn thương thần kinh cằm hoặc tuyến dưới hàm.
- Tai biến gây mê: xử trí hồi sức.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân.
- Tụ dịch, tụ máu: chọc hút/dẫn lưu.
- Hoại tử da vùng dưới cằm (hiếm).

7.4. Biến chứng muộn

- Lồi lõm, không đều dưới cằm.
- Da chùng nhão, có thể cần phẫu thuật tạo hình cổ.
- Sẹo xấu tại vị trí rạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.
- Matarasso A. Suction-assisted lipectomy of the face and neck. Clin Plast Surg, 1989.

335. HÚT MỠ VÙNG MÁ

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Hút mỡ vùng má là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mỡ thừa tích tụ tại vùng má ngoài hoặc má trong, giúp gương mặt thon gọn, hài hòa hơn.

Nguyên lý: Sử dụng cannula chuyên dụng, nối với máy hút mỡ, đưa vào lớp mỡ dưới da qua các đường rạch nhỏ trong niêm mạc miệng hoặc vị trí kín đáo ngoài da, phá vỡ và loại bỏ mỡ thừa mà không ảnh hưởng nhiều đến thần kinh, mạch máu.

Mục đích:

- Loại bỏ mỡ thừa vùng má.
- Tạo đường nét khuôn mặt thon gọn, cân đối.
- Nâng cao tính thẩm mỹ, sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người có tích tụ mỡ vùng má, gương mặt tròn, to.
- Người có cân nặng ổn định nhưng mỡ tập trung nhiều ở vùng má.
- Người có nhu cầu thẩm mỹ, mong muốn gương mặt thanh thoát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng da hoặc niêm mạc vùng má.
- Bệnh toàn thân nặng (suy tim, suy thận, rối loạn đông máu).
- Béo phì toàn thân, kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Thần kinh mặt đi qua vùng má → cần thao tác chính xác để tránh tổn thương.
- Da chùng nhão nhiều → có thể cần kết hợp phẫu thuật căng da.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent (lidocain, adrenalin).

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula nhỏ, phù hợp cho vùng mặt.
- Dao điện/bipolar cầm máu.
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân, khám chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá độ dày lớp mỡ vùng má, tình trạng da.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thấm dung dịch tumescent vào vùng má.

Đợi 10–15 phút để đạt tác dụng tê và co mạch.

6.2. Bước 2: Rạch da nhỏ (0,3–0,5 cm) ở vị trí kín (trong niêm mạc miệng hoặc sau dái tai).

Đưa cannula nhỏ vào lớp mỡ dưới da, hút mỡ nhẹ nhàng theo nhiều hướng.

Đảm bảo hút cân đối hai bên, tránh tổn thương thần kinh mặt.

6.3. Bước 3: Kiểm tra độ đều bề mặt vùng má.

6.4. Bước 4: Cầm máu, khâu đóng vết rạch bằng chỉ nhỏ.

6.5. Bước 5: Băng ép nhẹ vùng má bằng băng ép chuyên dụng.

Hướng dẫn người bệnh đeo gen ép vùng mặt 2–4 tuần.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Tình trạng chảy máu, phù nề vùng má.
- Vận động cơ mặt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, sốc phản vệ.

Xử trí: hồi sức, chống sốc, xử trí cấp cứu theo quy trình.

- Chảy máu trong mổ: do tổn thương mạch máu.

Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: gây sưng, căng vùng má.

Xử trí: băng ép, chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra.

- Nhiễm trùng: vùng má đỏ, sưng, chảy dịch.

Xử trí: thay băng, kháng sinh, chăm sóc vết mổ.

- Tắc mạch do mỡ, hút không đều: gây biến dạng hoặc nguy hiểm toàn thân.

Xử trí: điều trị nội khoa, xử trí cấp cứu theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn

- Mất cân đối do hút không đều.

Xử trí: chỉnh sửa phẫu thuật sau khi ổn định.

- Sẹo xấu tại vị trí rạch.

Xử trí: chăm sóc sẹo, phẫu thuật tạo hình nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.
- Matarasso A. Suction-assisted lipectomy of the face and neck. Clin Plast Surg, 1989.

336. HÚT MỠ VÙNG CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Định nghĩa: Hút mỡ vùng cánh tay là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mỡ thừa ở mặt trong và mặt sau cánh tay, cải thiện dáng tay gọn gàng, săn chắc.
- Nguyên lý: Dùng cannula nối với máy hút mỡ chuyên dụng, đưa vào lớp mỡ dưới da để phá vỡ và hút mỡ thừa, đồng thời hạn chế tổn thương mạch máu, thần kinh và da.
- Mục đích:
  + Giảm mỡ thừa vùng cánh tay.
  + Làm thon gọn, hài hòa hình thể.
  + Cải thiện sự tự tin, thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Mỡ thừa tích tụ ở vùng cánh tay, khó cải thiện bằng tập luyện/ăn kiêng.
- Người bệnh có cân nặng ổn định, da đàn hồi tốt.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng da vùng cánh tay.
- Bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu).
- Béo phì toàn thân, kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ có thai, cho con bú..

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Da vùng cánh tay quá chùng nhão → có thể cần phẫu thuật cắt da thừa sau hút mỡ.
- Khối lượng mỡ hút nhiều → nguy cơ rối loạn dịch, điện giải.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent (lidocain, adrenalin).

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula kích thước nhỏ, phù hợp vùng cánh tay.
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Băng ép hoặc gen nịt tay sau hút mỡ.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân, đánh giá lượng mỡ thừa vùng cánh tay.
- Đánh dấu vùng hút mỡ khi bệnh nhân đứng, giơ tay.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, dạng tay 90 độ, cố định tay

6. TIẾN HÀNH QTKT:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thấm dung dịch tumescent vào vùng mỡ cánh tay

6.2. Bước 2: Đợi 10–15 phút cho tác dụng tê và co mạch

6.3. Bước 3: Rạch da nhỏ (0,5–1 cm) tại vị trí kín (hố nách, rãnh khuỷu tay).

6.4. Bước 4: Đưa cannula vào lớp mỡ, hút mỡ đều theo nhiều hướng.

6.5. Bước 5: Đảm bảo cân đối hai tay, tránh hút quá sát da.

6.6. Bước 6: Kiểm tra sự cân đối, độ đều bề mặt.

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu vết rạch nhỏ bằng chỉ thẩm mỹ.

6.8. Bước 8: Băng ép hoặc sử dụng gen nịt cánh tay.

6.9. Bước 9: Hướng dẫn duy trì ép 4–6 tuần.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp, công thức máu.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, phù nề, màu sắc da vùng cánh tay.
- Theo dõi vận động chi trên.
- Theo dõi lượng và tính chất dịch dẫn lưu (nếu có).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ.
  Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.
- Chảy máu trong mổ: do tổn thương mạch máu.
  Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu buộc mạch, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: biểu hiện sưng, căng vùng cánh tay.

Xử trí: băng ép, chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra.

- Phù nề vùng cánh tay: thường gặp.

Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, kê cao tay.

- Nhiễm trùng: vùng mổ đỏ, sưng, chảy dịch.

Xử trí: thay băng, kháng sinh theo kháng sinh đồ, chăm sóc vết thương.

- Tắc mạch do mỡ, hút không đều: gây biến dạng hoặc nguy hiểm toàn thân.

Xử trí: điều trị nội khoa, xử trí cấp cứu theo tổn thương.

7.4. Biến chứng muộn

- Mất cân đối do hút không đều.

Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa sau khi ổn định.

- Sẹo xấu tại vị trí rạch (sẹo lồi, phì đại, co kéo).

Xử trí: chăm sóc sẹo, điều trị nội khoa, phẫu thuật tạo hình khi cần.

- Giảm cảm giác da vùng cánh tay.

Xử trí: theo dõi, đa số tự hồi phục, can thiệp khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.
- ASPRS. Practice Advisory on Liposuction. American Society of Plastic Surgeons, 2009.

337. HÚT MỠ VÙNG CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Hút mỡ vùng chân là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mỡ thừa tích tụ ở cẳng chân, bắp chân hoặc quanh đầu gối, giúp cải thiện dáng chân thon gọn, cân đối.

Nguyên lý: Sử dụng cannula nối với máy hút mỡ chuyên dụng, đưa vào lớp mỡ dưới da, phá vỡ và loại bỏ mô mỡ, đồng thời hạn chế tối đa tổn thương mạch máu, thần kinh và da.

Mục đích:

- Giảm mỡ thừa vùng chân.
- Tạo dáng chân thon gọn, cân đối.
- Nâng cao tính thẩm mỹ, sự tự tin của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tích tụ mỡ thừa tại bắp chân, cẳng chân, quanh gối.
- Người có cân nặng ổn định nhưng mất cân đối vùng chân.
- Người có nhu cầu thẩm mỹ, cải thiện hình thể.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng da vùng chân.
- Người có bệnh toàn thân nặng (suy tim, suy thận, rối loạn đông máu).
- Béo phì toàn thân kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Da vùng chân lỏng lẻo nhiều → có thể cần phẫu thuật tạo hình da kèm theo.
- Khối lượng mỡ hút quá nhiều có nguy cơ rối loạn dịch, điện giải.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent (lidocain, adrenalin).

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula nhiều kích thước nhỏ (đặc biệt cho vùng chân).
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Băng ép, tất ép sau hút mỡ.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân và đánh giá thẩm mỹ vùng chân.
- Xác định vị trí và độ dày lớp mỡ.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp tùy vị trí hút mỡ

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thấm dung dịch tumescent vào vùng mỡ cần hút.

Chờ 10–15 phút để đạt tác dụng tê và co mạch.

6.2. Bước 2: Rạch da nhỏ (0,5–1 cm) tại nếp gối hoặc mắt cá, vị trí kín đáo.

Đưa cannula vào lớp mỡ, hút đều theo nhiều hướng.

Hút cân đối hai bên, tránh hút quá sát da gây lồi lõm.

Kiểm tra bề mặt vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3: Cầm máu, khâu kín vết rạch bằng chỉ nhỏ.

6.4. Bước 4: Băng ép hoặc mang tất ép chuyên dụng vùng chân.

Hướng dẫn duy trì ép liên tục 4–6 tuần.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Lượng dịch hút, lượng máu mất.
- Tình trạng đau, sưng nề vùng chân.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu, truyền dịch, truyền máu nếu cần.
- Tổn thương mạch máu, thần kinh: xử trí phẫu thuật.
- Tai biến gây mê: xử trí hồi sức.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, dẫn lưu khi cần.
- Tụ dịch, tụ máu: chọc hút hoặc dẫn lưu.
- Hoại tử da (hiếm gặp): chăm sóc tại chỗ, có thể ghép da bổ sung.

7.4. Biến chứng muộn

- Lồi lõm, bất đối xứng vùng chân.
- Sẹo xấu tại vết rạch.
- Giảm cảm giác da vùng hút mỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.
- ASPRS. Practice Advisory on Liposuction. American Society of Plastic Surgeons, 2009.

338. HÚT MỠ VÙNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Hút mỡ vùng đùi là phẫu thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ các khối mỡ thừa tích tụ ở mặt trong, mặt ngoài hoặc quanh đùi để tạo dáng thon gọn, cân đối cho chi dưới.

Nguyên lý: Dùng cannula nối với hệ thống hút chân không để phá vỡ và loại bỏ mô mỡ dưới da, đồng thời giữ nguyên mạch máu, thần kinh và tổ chức liên kết xung quanh.

Mục đích:

- Giảm mỡ thừa vùng đùi.
- Tạo dáng thẩm mỹ cân đối với cơ thể.
- Cải thiện sự tự tin, nâng cao chất lượng cuộc sống.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Tích tụ mỡ thừa vùng đùi (mặt trong, mặt ngoài, đùi trước hoặc sau).
- Người bệnh có cân nặng ổn định, da đàn hồi tốt.
- Có nhu cầu thẩm mỹ, mong muốn cải thiện hình thể.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng da vùng dự kiến hút mỡ.
- Rối loạn đông máu, bệnh tim mạch, suy gan thận nặng.
- Người bệnh béo phì toàn thân, kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Da lỏng lẻo, chùng nhiều → có thể cần phẫu thuật cắt da tạo hình sau hút mỡ.
- Lượng mỡ cần hút nhiều (> 5 lít) → nguy cơ mất máu, rối loạn dịch điện giải.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent chứa lidocain, adrenalin.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula nhiều kích thước.
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Băng ép chuyên dụng sau hút mỡ.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân, khám chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá phân bố và độ dày lớp mỡ vùng đùi.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp tùy vùng hút mỡ

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thấm dung dịch tumescent vào lớp mỡ vùng đùi.

Đợi 10–15 phút để đạt tác dụng tê, co mạch.

6.2. Bước 2: Rạch da nhỏ (0,5–1 cm) tại vị trí kín đáo.

Đưa cannula vào lớp mỡ dưới da, tiến hành hút mỡ theo từng lớp, nhiều hướng.

Hút đều, cân đối, tránh tổn thương da và mạch máu.

Kiểm tra độ đều của bề mặt đùi.

6.3. Bước 3: Cầm máu, khâu đóng vết rạch nhỏ bằng chỉ thẩm mỹ.

6.4. Bước 4: Băng ép vùng đùi bằng băng thun chuyên dụng.

Hướng dẫn người bệnh mang gen nịt 4–6 tuần.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Lượng dịch hút, lượng máu mất.
- Vùng hút mỡ: sưng nề, bầm tím, đau.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu nhiều: cầm máu, truyền dịch, truyền máu.
- Tổn thương mạch máu, thần kinh: xử trí phẫu thuật.
- Biến chứng gây mê: xử trí hồi sức.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, dẫn lưu khi cần.
- Tụ dịch, tụ máu: chọc hút hoặc dẫn lưu.
- Hoại tử da (hiếm): chăm sóc tại chỗ, có thể cần ghép da.

7.4. Biến chứng muộn

- Mất cân đối, lồi lõm da.
- Sẹo xấu tại vết rạch.
- Giảm cảm giác da vùng đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- ASPRS. Practice Advisory on Liposuction. American Society of Plastic Surgeons, 2009.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of large-volume liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.

339. HÚT MỠ VÙNG VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hút mỡ vùng vú là một dạng phẫu thuật tạo hình nhằm loại bỏ phần mỡ dư thừa ở vùng vú để cải thiện hình dáng, kích cỡ, cân xứng hoặc giảm cảm giác khó chịu do quá nhiều mô mỡ. Vú gồm hai thành phần chính: mô mỡ và mô tuyến. Trong nhiều trường hợp vùng "vú to" là do tích tụ mô mỡ chứ không phải do tuyến vú phát triển, nếu hút mỡ được thực hiện đúng kỹ thuật và lựa chọn bệnh nhân phù hợp, có thể đạt kết quả tốt mà ít ảnh hưởng chức năng tuyến vú hoặc cảm giác da.
- Nguyên lý: Kỹ thuật hút mỡ vùng vú thường dùng các phương pháp tumescent (bơm dung dịch chứa thuốc gây tê tại chỗ epinephrine dung dịch muối) để giảm chảy máu, giảm đau; dùng ống hút để hút mỡ qua các đường rạch nhỏ. Da và mô tuyến vú được giữ lại phần đủ để đảm bảo hình thể vú sau mổ tự nhiên, không bị lõm, chùng da, không ảnh hưởng chức năng hay cảm giác nhiều. Việc đánh giá cấu trúc, độ đàn hồi da, lượng mỡ, vị trí mỡ là rất quan trọng để đạt tính thẩm mỹ và giảm biến chứng.
- Mục đích: giảm thể tích vú

2. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp nên xem xét hút mỡ vùng vú bao gồm:

- Vú to nam giới khi vú lớn do mỡ (lipomastia) hoặc mỡ mô tuyến nhẹ, bệnh nhân có mong muốn giảm kích thước để cải thiện hình dáng cơ thể.
- Vú phụ nữ to do tích tụ mỡ, đặc biệt ở người có cân nặng ổn định, chế độ dinh dưỡng và hoạt động thể lực hợp lý, mà vùng vú không đáp ứng tốt với phương pháp không phẫu thuật (giảm cân, tập luyện).
- Trường hợp thừa mỡ vùng vú gây khó chịu thực thể (ví dụ vú nặng gây đau lưng, cổ, khó khăn trong sinh hoạt, vấn đề vệ sinh, kích ứng da vùng dưới ngực).
- Cải thiện cân xứng vú khi hai bên vú có sự chênh lệch về kích thước hoặc hình dạng do sự tích tụ mỡ không đồng đều.
- Yêu cầu thẩm mỹ cá nhân: nếu người bệnh có mong muốn rõ ràng, hiểu được giới hạn của phương pháp, và chấp nhận được nguy cơ biến chứng có thể có.

Chỉ định cần được cân nhắc kỹ, không chỉ dựa vào mong muốn thẩm mỹ mà còn dựa vào tình trạng y khoa tổng thể, cấu trúc vú, da, mô tuyến, độ đàn hồi, và khả năng hồi phục.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các điều kiện sau đây là chống chỉ định tuyệt đối hoặc tương đối, tùy mức độ:

- Bệnh tim nặng, bệnh mạch vành không kiểm soát, suy tim, bệnh phổi nặng, … nếu phẫu thuật và gây mê mang rủi ro cao.
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng hoặc rối loạn huyết khối, nếu không thể kiểm soát được trước mổ.
- Mang thai. Phụ nữ đang mang thai chống chỉ định vì ảnh hưởng thuốc, thay đổi thể tích/mạch máu, nguy cơ cho thai nhi.
- Béo phì mức độ nặng (BMI cao) vì nguy cơ biến chứng tăng, khả năng da không đàn hồi tốt, kết quả thẩm mỹ kém.
- Bệnh nội tiết chưa được kiểm soát (ví dụ: đái tháo đường, rối loạn tuyến giáp), ảnh hưởng quá trình hồi phục, tăng nguy cơ nhiễm trùng.
- Nhiễm trùng tại vùng vú hoặc vùng lân cận, thương tổn da chưa lành.
- Kỳ vọng không thực tế; có vấn đề tâm thần như rối loạn hình thể cơ thể.
- Người bệnh không hợp tác, không tuân thủ hướng dẫn sau mổ.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về vú như các khối u, khối quá sản, các bệnh lý về tâm thần,
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hút mỡ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng ngực trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về da…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vú hai bên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- **Vô cảm:** tê tại chỗ/mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế khu vực hút mỡ
- Đường rạch da nhỏ vùng núm vú, bờ ngoài vú.

6.2. Bước 2:

- Dùng que gây tê bơm dung dịch Tumescent vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3:

- Đưa que hút vào hút.
- Thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.
- Kiểm tra sau hút.

6.4. Bước 4:

- Cắt mép, khâu các vết rạch da.

6.5. Bước 5:

- Băng ép sau hút.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da vùng vú
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ hút mỡ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.
2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3. Grotting, J. C., & Neligan, P. C. (2012). Plastic Surgery E-Book: Volume 5: Breast (Vol. 5). Elsevier Health Sciences.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

340. HÚT MỠ BỤNG MỘT PHẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Hút mỡ bụng một phần khác với phẫu thuật tạo hình thành bụng (phẫu thuật căng da, cắt da, chỉnh thành bụng) ở chỗ: không loại bỏ lượng da lớn, không dùng rạch mở lớn, ít xâm lấn hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn, nguy cơ thấp hơn khi thực hiện đúng chỉ định. Nhưng cũng nhấn mạnh rằng hút mỡ không phải là phương pháp giảm cân toàn thân: nó chỉ hiệu quả đối với mỡ dưới da khu trú, không ảnh hưởng nhiều đến mỡ nội tạng.
- Nguyên lý: Hút mỡ bụng một phần là thủ thuật loại bỏ một lượng mỡ dưới da ở vùng bụng, không can thiệp rộng tới da thừa hoặc thành bụng cơ học (ví dụ không thực hiện làm căng cơ bụng, không cắt bỏ phần da thừa lớn).
- Mục đích chủ yếu là cải thiện hình thể bụng, làm giảm phồng mỡ, làm gọn eo, cải thiện đường viền bụng, đặc biệt ở những người có mỡ khu trú, ổn định cân nặng, da vẫn có độ đàn hồi tốt. Phương pháp thường sử dụng ống hút mỡ qua các đường rạch nhỏ, có thể kết hợp với dung dịch tumescent để giảm chảy máu, giảm đau và giúp mô dễ tách hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp thích hợp để xem xét hút mỡ bụng một phần gồm:
- Mỡ khu trú ở bụng: người bệnh có phần mỡ dưới da ở vùng bụng dưới hoặc trên, mỡ ổn định, không bị ảnh hưởng lớn bởi dao động cân nặng gần đây.

Điều kiện để bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật hút mỡ bụng bao gồm:
- Da còn đàn hồi tốt: da chưa bị chùng quá nhiều, không có da thừa lớn, có thể co hồi tốt sau khi mỡ được loại bỏ.
- Cân nặng gần ổn định: người bệnh có cân nặng ổn định trong một khoảng thời gian (ví dụ 6-12 tháng) để tránh mỡ tái tích tụ sau hút.
- Yêu cầu thẩm mỹ rõ ràng, kỳ vọng thực tế: bệnh nhân mong muốn độ gọn bụng, cải thiện đường viền nhưng không mong muốn phẫu thuật lớn (không muốn cắt da lớn, rạch lớn).
- Không có vấn đề lớn về da hoặc mô thành bụng, chẳng hạn không có thoát vị thành bụng, không có sẹo phẫu thuật quá phức tạp ảnh hưởng đến việc tạo đường hút, không có mô xơ quá dày làm khó hút mỡ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh tim mạch nặng, suy tim không ổn định, bệnh mạch vành nặng.
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng hoặc các bệnh liên quan đến huyết khối nếu không kiểm soát được.
- Thai kỳ hoặc đang cho con bú. Việc thuốc gây tê, thay đổi huyết động, ảnh hưởng với băng ép,… làm tăng rủi ro.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hút mỡ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: tê tại chỗ/mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế khu vực hút mỡ
- Đường rạch da nhỏ vùng mặt trong rốn.

6.2. Bước 2:

- Dùng que gây tê bơm dung dịch Tumescent vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3:

- Đưa que hút vào hút.
- Thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.
- Kiểm tra sau hút.

6.4. Bước 4:

- Cắt mép, khâu các vết rạch da.

6.5. Bước 5:

- Băng ép sau hút.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da vùng bụng
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ hút mỡ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Grotting, J. C., & Neligan, P. C. (2012). Plastic Surgery E-Book: Volume 5: Breast (Vol. 5). Elsevier Health Sciences.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

341. HÚT MỠ BỤNG TOÀN PHẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hút mỡ bụng toàn phần là thủ thuật phẫu thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ một lượng lớn mô mỡ dưới da ở toàn bộ vùng bụng, từ vùng trên rốn đến vùng dưới rốn, có thể mở rộng sang hai bên sườn, vùng eo, phía trên hông. Việc hút mỡ toàn phần đòi hỏi phải đánh giá kỹ lượng mỡ dưới da, độ đàn hồi của da, mức độ da thừa, tình trạng thành bụng (ví dụ cơ thành bụng nếu bị giãn, thoát vị, sẹo phẫu thuật trước). Hút mỡ không loại bỏ mỡ nội tạng, và nếu da mất đàn hồi hoặc có da thừa nhiều thì dù hút mỡ xong, da có thể trùng, chảy xệ, hoặc có nếp da không đẹp, đôi khi cần kết hợp phẫu thuật tạo hình thành bụng (căng da, loại bỏ da thừa) để đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu.
- Nguyên lý: sử dụng que hút mỡ để loại bỏ mỡ thừa ra khỏi vùng bụng.
- Mục đích là thay đổi hình thể tổng thể, làm phẳng bụng, giảm phồng, tạo đường viền eo cân xứng hơn. Thủ thuật có thể kết hợp phương pháp gây mê toàn thân hoặc gây mê kết hợp tiền mê, sử dụng dung dịch tumescent để giảm chảy máu, giảm đau, giúp mô mỡ dễ tách và hút hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nên xem xét hút mỡ bụng toàn phần:
- Người có mỡ dưới da phân bố rộng khắp bụng, kèm theo mỡ hai bên sườn, trong khi mỡ nội tạng không chiếm ưu thế, và cân nặng tương đối ổn định.
- Da bụng đang còn khả năng đàn hồi tốt hoặc vừa phải, không bị chảy xệ quá nhiều, có thể hồi phục sau hút mỡ.
- Người có mong muốn thẩm mỹ rõ ràng về bụng phẳng, eo thon, muốn thay đổi hình thể vòng bụng một cách đáng kể hơn so với hút mỡ một phần.
- Không có hoặc có mức tối thiểu da thừa; nếu có da thừa lớn người bệnh phải được tư vấn rằng cần kết hợp phẫu thuật tạo hình thành bụng để loại bỏ da thừa.
- Người bệnh sức khỏe tổng quát tốt, các bệnh nội khoa (tim mạch, tiểu đường, hô hấp) được kiểm soát, có khả năng chịu đựng gây mê và tuân thủ theo chăm sóc hậu phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh tim mạch nặng, suy tim, bệnh mạch vành không ổn định.
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng, sử dụng thuốc chống đông không điều chỉnh được, nguy cơ chảy máu lớn.
- Thai kỳ hoặc đang cho con bú.
- Nhiễm trùng tại vùng bụng hoặc lan tỏa, viêm da nghiêm trọng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%

- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hút mỡ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: tê tại chỗ/mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế khu vực hút mỡ
- Đường rạch da nhỏ vùng mặt trong rốn.

6.2. Bước 2:

- Dùng que gây tê bơm dung dịch Tumescent vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3:

- Đưa que hút vào hút.
- Thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.
- Kiểm tra sau hút.

6.4. Bước 4:

- Cắt mép, khâu các vết rạch da.

6.5. Bước 5:

- Băng ép sau hút.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da vùng bụng
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ hút mỡ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.
2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3. Grotting, J. C., & Neligan, P. C. (2012). Plastic Surgery E-Book: Volume 5: Breast (Vol. 5). Elsevier Health Sciences.

4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

342. HÚT MỠ HÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hút mỡ vùng hông là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ phần mô mỡ dưới da tập trung ở vùng hông, bao gồm cả vùng bên ngoài hông và đôi khi phía trước hông, để cải thiện đường nét thân hình, tạo tỷ lệ eo-hông cân đối hơn. Giải phẫu vùng hông cần được hiểu rõ: lớp mỡ dưới da ở vùng hông có thể dày, đôi khi xen lẫn mô xơ, đòi hỏi kỹ thuật hút mỡ đều, phân bố hợp lý để tránh lõm hoặc gồ ghề. Da vùng hông cũng có tính đàn hồi khác nhau tùy tuổi, giới, tình trạng da sau giảm cân, sinh đẻ hoặc do gen. Kết quả thẩm mỹ phụ thuộc nhiều vào mức độ mỡ dư, độ đàn hồi da, cách phân bố mỡ và khả năng lành thương của bệnh nhân.
- Nguyên lý: Kỹ thuật sử dụng các ống hút thông qua các rạch nhỏ, có thể dùng dung dịch tumescent để giảm chảy máu và đau, đồng thời giúp mô mỡ dễ bóc tách. Thuật hút mỡ hông thường ít can thiệp sâu hơn so với hút mỡ bụng toàn phần, thời gian hồi phục nhanh hơn, nguy cơ biến dạng da hoặc da chùng ít hơn nếu bệnh nhân được chọn lọc tốt.
- Mục đích: loại bỏ mỡ thừa vùng hông nhằm làm tăng tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp phù hợp cho hút mỡ vùng hông:
- Người có mỡ dư tập trung ở vùng hông, hai bên sườn, sau khi đã thực hiện chế độ ăn, tập luyện mà không cải thiện được vùng này.
- Da ở vùng hông vẫn còn độ đàn hồi tốt, ít hoặc không có da thừa lớn, không có sẹo nghiêm trọng hoặc mô xơ dày làm khó thao tác hút mỡ.
- Cân nặng tương đối ổn định trong thời gian trước khi phẫu thuật, để tránh sau mổ mỡ tái phân bố hoặc da chùng khi giảm cân mạnh.
- Bệnh nhân có mong muốn thẩm mỹ rõ ràng, hiểu rõ giới hạn của thủ thuật: không loại bỏ mỡ nội tạng, không xử lý da chùng lớn, việc cắt bỏ da thừa (nếu có) có thể cần phẫu thuật bổ sung.
- Sức khỏe tổng quát tốt, các bệnh nội khoa (tim mạch, chuyển hóa, hô hấp) được kiểm soát, khả năng chịu đựng gây mê, có hỗ trợ sau mổ nếu cần chăm sóc hậu phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh tim mạch nặng, suy tim, bệnh mạch vành không ổn định.
- Rối loạn đông máu nặng, người dùng thuốc chống đông không thể dừng trước mổ.
- Nhiễm trùng vùng hông hoặc các bệnh da nghiêm trọng tại vùng thực hiện thủ thuật.
- Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú, do nguy cơ do thuốc, gây mê hoặc ảnh hưởng lưu thông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin

- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hút mỡ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: tê tại chỗ/mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế khu vực hút mỡ
- Đường rạch da nhỏ vùng mặt trong rốn.

6.2. Bước 2:

- Dùng que gây tê bơm dung dịch Tumescent vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3:

- Đưa que hút vào hút.
- Thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.
- Kiểm tra sau hút.

6.4. Bước 4:

- Cắt mép, khâu các vết rạch da.

6.5. Bước 5:

- Băng ép sau hút.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da vùng hông
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ hút mỡ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3. Grotting, J. C., & Neligan, P. C. (2012). Plastic Surgery E-Book: Volume 5: Breast (Vol. 5). Elsevier Health Sciences.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

343. HÚT MỠ VÙNG LƯNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hút mỡ vùng là phẫu thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mô mỡ dưới da tập trung ở vùng lưng, bao gồm: vùng lưng trên (trên bờ vai), vùng lưng giữa, vùng lưng dưới (gần eo, bên trên mông). Phẫu thuật này cũng có những hạn chế: hút mỡ chỉ tác động lên mô mỡ dưới da, không ảnh hưởng hay loại bỏ mỡ sâu, không thể chỉnh da nếu da đã chùng nặng, không làm thay đổi cấu trúc cơ hoặc các thay đổi về xương-cột sống. Kết quả phụ thuộc nhiều vào độ đàn hồi của da, trạng thái sức khỏe tổng thể, kỹ thuật phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu.
- Nguyên lý: Kỹ thuật sử dụng ống hút mỡ qua các đường rạch nhỏ, thường có bơm dung dịch tumescent để giảm chảy máu, đau, giúp mô mỡ dễ tách. Cần định hình trước bằng đánh dấu vùng mỡ dư, kiểm tra da lưng xem còn độ đàn hồi, có da chùng hoặc sẹo trước đó, xem phân bố mỡ có đều không.
- Mục đích là làm mảnh đường lưng, giảm gồ mỡ hai bên, cải thiện tỷ lệ eo lưng, làm cho hình thể thân sau đẹp hơn, cân đối với thân trước.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nên cân nhắc:

- Người có mỡ dư tập trung ở vùng lưng, sau khi chế độ ăn và tập luyện chưa làm giảm được.
- Người muốn cải thiện đường viền lưng để tỷ lệ thân hình sau nhìn cân đối hơn; khi mỡ không giảm được bằng các biện pháp không phẫu thuật.
- Da vùng lưng vẫn còn tính đàn hồi tốt, không có da chùng lớn, sẹo dày hoặc tổn thương da nặng ảnh hưởng việc hút mỡ.
- Cân nặng tương đối ổn định trong thời gian trước phẫu thuật để tránh thay đổi lớn sau mổ gây ảnh hưởng hiệu quả, hoặc mỡ tái phân bố.
- Sức khỏe tổng quát tốt, các bệnh nội khoa (tim mạch, huyết áp, chuyển hóa, hô hấp…) được kiểm soát; khả năng chịu gây mê.
- Người bệnh có mong muốn thẩm mỹ rõ ràng, hiểu giới hạn của phẫu thuật; đồng thời cam kết tuân thủ chăm sóc sau mổ (mặc áo ép, băng ép, hạn chế vận động mạnh, theo dõi biến chứng).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh tim mạch nặng không ổn định, suy tim, bệnh mạch vành tiến triển.
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng, hoặc đang dùng thuốc chống đông không thể dừng.
- Nhiễm trùng tại vùng lưng hoặc da lân cận, viêm da, tổn thương da nặng.
- Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin

- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hút mỡ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: tê tại chỗ/mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế khu vực hút mỡ
- Đường rạch da nhỏ vùng lưng.

6.2. Bước 2:

- Dùng que gây tê bơm dung dịch Tumescent vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3:

- Đưa que hút vào hút.
- Thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.
- Kiểm tra sau hút.

6.4. Bước 4:

- Cắt mép, khâu các vết rạch da.

6.5. Bước 5:

- Băng ép sau hút.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da vùng hút mỡ
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ hút mỡ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3. Grotting, J. C., & Neligan, P. C. (2012). Plastic Surgery E-Book: Volume 5: Breast (Vol. 5). Elsevier Health Sciences.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

344. PHẪU THUẬT CẤY MỠ VÙNG MÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cấy mỡ vùng mông là phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ nhằm tăng thể tích, cải thiện hình dáng vùng mông. Biến chứng liên quan có thể từ nhẹ tới nặng: mất mỡ ghép, không đồng đều đường viền, đau, bầm tím, sưng, nhiễm trùng, hoặc trong trường hợp nặng có thuyên tắc mỡ phổi nếu mỡ vào mạch máu. Các hiệp hội phẫu thuật thẩm mỹ đã cảnh báo rằng phẫu thuật cấy mỡ vùng mông có mức độ rủi ro cao hơn nhiều so với một số phẫu thuật thẩm mỹ khác nếu không thực hiện đúng kỹ thuật. Kỹ thuật này đòi hỏi hiểu biết giải phẫu vùng mông rất rõ: vị trí lớp mỡ dưới da, lớp mỡ nông và sâu, vị trí cơ mông, các dây thần kinh, mạch máu quan trọng (đặc biệt động mạch và các mạch xuyên). An toàn của phẫu thuật phụ thuộc vào việc tiêm mỡ vào lớp mỡ dưới da hoặc lớp nông trên cơ, tránh tiêm sâu (đặc biệt vào cơ hoặc dưới cơ) để giảm nguy cơ thuyên tắc mỡ, biến chứng nặng.

-Nguyên lý: bằng cách lấy mỡ tự thân từ các vùng dư mỡ (như bụng, đùi, lưng thấp, hông) qua hút mỡ, xử lý mỡ (lọc, rửa, ly tâm…) rồi tiêm vào vùng mông.

- Mục tiêu là tạo đường nét mông tròn, đầy đặn, mềm mại và cân đối với tổng thể cơ thể

2. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật cấy mỡ vùng mông nên được cân nhắc trong các trường hợp sau:

- Người có thiếu thể tích vùng mông so với cơ thể, mong muốn mông đầy hơn, cân đối đường nét thân sau.
- Có dự trữ mỡ tự thân đủ (vùng đùi, hông, bụng…) để thu thập mỡ cho cấy, để tránh lấy mỡ quá mức gây biến dạng vùng cho.
- Sức khỏe tổng thể tốt, không có bệnh nội khoa nặng, có thể chịu được gây mê.
- Da vùng mông có độ đàn hồi tốt, không bị chảy xệ quá mức; nếu da chùng nặng thì cần được tư vấn rằng có thể cần kết hợp phẫu thuật kéo da hoặc phương pháp hỗ trợ để đạt kết quả mong muốn.
- Người bệnh có mong muốn thẩm mỹ rõ ràng, hiểu rõ giới hạn và rủi ro của phẫu thuật, tức là có kỳ vọng thực tế.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng, đặc biệt tim mạch, phổi không ổn định, suy tim, suy hô hấp.
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng, sử dụng thuốc chống đông không thể ngưng hoặc điều chỉnh được trước phẫu thuật.
- Nhiễm trùng tại vùng mông hoặc tại vùng lấy mỡ hoặc vùng lân cận, viêm da, tổn thương da nặng.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú, vì nguy cơ thuốc gây mê, stress phẫu thuật, thay đổi huyết động.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng, đùi, vùng mông, như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain

- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hút mỡ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: tê tại chỗ/mê NKQ

6.1. Bước 1:
- Thiết kế khu vực hút mỡ và vùng cấy mỡ.
- Đường rạch da nhỏ vùng định lấy mỡ (vùng bụng dưới, đùi).

6.2. Bước 2:
- Dùng que gây tê bơm dung dịch Tumescent vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3:
- Đưa que hút vào hút.
- Thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.
- Kiểm tra sau hút.

6.4. Bước 4:
- Dùng dung dịch mỡ hút được đem quay ly tâm, lấy phần mỡ vàng.
- Rạch da nhỏ vùng rãnh liên mông.
- Lấy phần mỡ thu được bơm vào vùng mông: dưới da và trong cơ.
- Kiểm tra vùng mông sau cấy.

6.5. Bước 5:
- Cắt mép, khâu các vết rạch da.
- Băng ép sau hút.

6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da vùng hút mỡ
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ hút mỡ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương

- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, tại vùng hút mỡ, không đủ thể tích tại vùng ghép mỡ ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Grotting, J. C., & Neligan, P. C. (2012). Plastic Surgery E-Book: Volume 5: Breast (Vol. 5). Elsevier Health Sciences.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

345. PHẪU THUẬT THẨM MỸ VÚ BẰNG GHÉP MỠ TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật thẩm mỹ vú bằng ghép mỡ tự thân là phương pháp phẫu thuật làm tăng thể tích của vú. Phương pháp này là lựa chọn thẩm mỹ ít xâm lấn hơn so với đặt túi ngực, sử dụng mô tự thân nên bản chất mềm mại, cảm giác tự nhiên hơn, không có nguy cơ dị ứng với vật liệu nhân tạo, không cần phẫu thuật đặt vật thể lạ như túi ngực nếu chỉ dùng mỡ. Tuy nhiên có các hạn chế như tỉ lệ mỡ cấy bị tiêu, khó dự đoán kết quả lâu dài, có khả năng hình thành các vùng vón cục mỡ chết, vi vôi hóa, có thể ảnh hưởng đến việc chụp X-quang vú hay sàng lọc ung thư vú nếu không quản lý tốt.
- Nguyên lý: trong đó bác sĩ lấy mô mỡ từ vùng có dư mỡ (ví dụ bụng, đùi, hông, lưng), xử lý (lọc, ly tâm, rửa, loại các thành phần không mong muốn), sau đó tiêm vào vùng ngực để tăng thể tích, sửa hình thể hoặc điều chỉnh bất đối xứng.
- Mục đích: làm tăng thể tích của vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đường viền không đều sau khi tạo hình hoặc nâng ngực.
- Nâng ngực thì đầu có/không giãn tổ chức bên ngoài.
- Dị tật vú nhỏ, vú củ hoặc dị tật vú bẩm sinh khác.
- Hội chứng Poland.
- Biến dạng sau phẫu thuật cắt bỏ vú một phần.
- Da bị tổn thương do xạ trị.
- Giảm sự lắng đọng collagen.
- Suy giảm lớp biểu bì dày.
- Cải thiện sự tăng sắc tố.
- Tái tạo núm vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng chưa được kiểm soát (tim mạch, phổi, suy hô hấp, bệnh mạn tính tiến triển), không đảm bảo sức khỏe cho phẫu thuật lấy mỡ, ghép mỡ.
- Rối loạn đông máu nặng hoặc người dùng thuốc chống đông không thể ngưng hoặc điều chỉnh được.
- Nhiễm trùng tại vùng vú hoặc tại nơi lấy mỡ hoặc các vùng lân cận.
- Người bệnh không có đủ mô mỡ dự trữ để lấy để ghép (ví dụ rất gầy).
- Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú nếu có ảnh hưởng thuốc, thay đổi huyết động hoặc làm ảnh hưởng quá trình hồi phục.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng, đùi, vùng vú, như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate

- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hút mỡ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Bệnh nhân phải được giải thích về bản chất của việc ghép mỡ và có thể cần phẫu thuật nhiều lần mới đạt kết quả thẩm mỹ mong muốn. Các yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến khả năng ghép: Hút thuốc, tình trạng dinh dưỡng, thuốc giao cảm, béo phì, tiểu đường, COPD, …

Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án ngoại khoa theo quy định

Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: mê NKQ

6.1. Bước 1:
- Thiết kế khu vực hút mỡ và vùng cấy mỡ.
- Đường rạch da nhỏ vùng định lấy mỡ (vùng bụng dưới, đùi).

6.2. Bước 2:
- Dùng que gây tê bơm dung dịch Tumescent vào tổ chức dưới da tại vùng hút mỡ.

6.3. Bước 3:
- Đưa que hút vào hút.
- Thao tác nhẹ nhàng, hút đều giữa các vùng đã thiết kế.
- Kiểm tra sau hút.

6.4. Bước 4:
- Dùng dung dịch mỡ hút được đem quay ly tâm, lấy phần mỡ vàng.
- Rạch da nhỏ vùng nếp lằn vú.
- Lấy phần mỡ thu được bơm vào vùng vú: dưới da, trong tuyến, dưới tuyến.
- Kiểm tra vùng ngực hai bên sau cấy.

6.5. Bước 5:
- Cắt mép, khâu các vết rạch da.
- Băng ép sau hút.

6.6. Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi
- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da vùng hút mỡ
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ hút mỡ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Tắc mạch do mỡ. Xử trí: theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn
- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, tại vùng hút mỡ, không đủ thể tích tại vùng ghép mỡ ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aiache, A. E., & Shiffman, M. A. (2013). Atlas of Liposuction. JP Medical Ltd.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Grotting, J. C., & Neligan, P. C. (2012). Plastic Surgery E-Book: Volume 5: Breast (Vol. 5). Elsevier Health Sciences.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

346. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỤNG BÁN PHẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình bụng bán phần là phẫu thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ da và mỡ thừa ở phần bụng dưới (dưới rốn) hoặc phần bụng trên (trên rốn) tuỳ theo nhu cầu và tình trạng bệnh nhân, mà không phải cắt rộng như tạo hình thành bụng toàn phần. Ngoài loại bỏ mỡ thừa và da thừa, thường kết hợp với việc làm chắc các cơ bụng nếu có sự giãn cơ bụng dưới hoặc giãn cân cơ thẳng bụng nhẹ, và có thể dùng hút mỡ bổ trợ để tạo đường viền. Phẫu thuật tạo hình thành bụng bán phần thích hợp cho những bệnh nhân có da còn đàn hồi tốt, mức da thừa và mỡ thừa không quá lớn, chủ yếu là ở vùng bụng dưới, mong muốn sẹo nhỏ hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn, ít biến chứng hơn tạo hình thành bụng toàn phần. Tuy nhiên, hiệu quả thẩm mỹ bị giới hạn hơn, không loại bỏ nhiều da thừa vùng trên rốn, và nếu da bị chùng nhiều hoặc giãn cân cơ nặng thì cần cân nhắc tạo hình thành bụng toàn phần.
- Nguyên lý: lấy bỏ tổ chức thừa
- Mục đích: làm thon gọn một phần thành bụng tăng tính thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nên cân nhắc thực hiện tạo hình bụng bán phần:

- Bệnh nhân có da và mỡ thừa giới hạn ở vùng dưới rốn hoặc ở vùng trên rốn rất vừa phải, không lan rộng, và da vẫn còn độ đàn hồi tốt.
- Có giãn cân cơ bụng nhẹ hoặc trung bình, đặc biệt vùng bụng dưới, làm bụng phình khi đứng hoặc gắng sức, mong muốn cải thiện cơ bụng.
- Cân nặng tương đối ổn định, không có dao động cân nặng lớn trong thời gian ngắn trước khi phẫu thuật để tránh ảnh hưởng tới kết quả.
- Sức khỏe tổng thể tốt; các bệnh nội khoa được kiểm soát; có khả năng chịu đựng phẫu thuật và gây mê.
- Người bệnh có mong muốn rõ ràng về thẩm mỹ và hiểu rõ hạn chế của tạo hình thành bung bán phần (không loại bỏ da thừa lớn, vùng sẹo, hạn chế vùng can thiệp).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng chưa được điều trị ổn định: bệnh tim mạch, phổi, suy hô hấp, bệnh gan nặng, thận, suy dinh dưỡng.
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng, đang dùng thuốc chống đông mà không thể ngưng hoặc điều chỉnh được.
- Nhiễm trùng tại vùng bụng hoặc có viêm, tổn thương da chưa lành.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc dự định mang thai trong thời gian ngắn sau mổ, vì da cơ có thể bị kéo căng lại sau mổ, ảnh hưởng kết quả.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng, như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin

- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Bệnh nhân phải được giải thích về bản chất của việc phẫu thuật và có thể cần phẫu thuật nhiều lần mới đạt kết quả thẩm mỹ mong muốn. Các yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến khả năng chuyển vạt: Hút thuốc, tình trạng dinh dưỡng, thuốc giao cảm, béo phì, tiểu đường, COPD, …
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần da mỡ thừa cần cắt bỏ.
- Đường rạch da nếp lằn bẹn trên xương mu trong trường hợp thừa da mỡ vùng dưới rốn, rạch da nếp lằn dưới vú trong trường hợp da mỡ thừa vùng trên rốn.

6.2. Bước 2:

- Bóc tách thành bụng sát cân cơ thành bụng đến rốn.

6.3. Bước 3:

- Khâu tạo hình cân cơ thành bụng ở đường trắng giữa.

6.4. Bước 4:

- Cắt bỏ phần da, mỡ thừa.

6.5. Bước 5:

- Đặt dẫn lưu, khâu.
- Băng ép cố định.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi màu sắc da thành bụng
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Huyết khối và tắc mạch. Xử trí: kiểm soát tình trạng đông máu, nằm gác cao chân, vận động sau mổ sớm, điều trị heparin trọng lượng phân tử thấp với liều giảm đông, theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.
- Hoại tử da, hoại tử mỡ: cắt lọc tổ chức hoại tử, mỡ kháng sinh, ghép da khi hoại tử rộng.
- Tụ dịch bạch huyết: chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm, băng ép sau mổ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

347. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỤNG TOÀN PHẦN CÓ CHUYỂN RỐN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tạo hình bụng toàn phần có chuyển rốn là phẫu thuật loại bỏ da mỡ thừa ở cả vùng trên và dưới rốn, căng lại thành bụng (thường bao gồm khâu căng cân cơ thẳng bụng), giải phóng vạt da vùng bụng trên, sau đó đặt lại (chuyển) rốn ở vị trí thẩm mỹ mong muốn khi da mới được kéo xuống và điều chỉnh.
- Nguyên lý: sử dụng các kỹ thuật tạo hình cắt, hút, thu gọn và tạo hình lại thành bụng có chuyển vị trí rốn trên da thành bụng.
- Mục đích: cải thiện hình thể bụng, làm phẳng bụng, giảm da mỡ thừa, sẹo chùng, chỉnh sửa thành bụng chùng/giãn cơ, tạo đường eo thon, đường viền bụng mềm mại và cân đối với tổng thể cơ thể. Đây là một phẫu thuật lớn hơn tạo hình thành bụng bán phần do diện loại bỏ da mỡ rộng hơn, đòi hỏi gây mê, phẫu thuật sâu hơn, thời gian hồi phục lâu hơn và tiềm ẩn biến chứng lớn hơn nếu không được thực hiện cẩn trọng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nên xem xét thực hiện phẫu thuật này:

- Bệnh nhân có da và mỡ thừa rõ rệt cả vùng bụng trên và dưới rốn, da chùng, bụng có vùng da mỡ dư kéo xuống gây ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng.
- Có giãn cân cơ thẳng bụng, đặc biệt sau nhiều lần mang thai hoặc sau giảm cân lớn, khiến thành bụng lưng lõm hoặc vùng bụng phình khi gắng sức, mong muốn tăng cường cơ thành bụng.
- Có da thừa kéo xuống khi đứng hoặc khi mặc quần áo, gây khó chịu, vệ sinh kém, da bị chà xát, nổi rạn, hoặc ảnh hưởng chức năng vận động/tuần hoàn da.
- Người bệnh có thể chịu đựng phẫu thuật lớn, sức khỏe tổng thể tốt; mong muốn rõ ràng về thẩm mỹ và hiểu rõ quá trình hồi phục, sẹo, đau, thời gian nghỉ dưỡng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh tim mạch nặng, suy tim, bệnh mạch vành không ổn định.
- Rối loạn đông máu nặng, hoặc người dùng thuốc chống đông không thể dừng hoặc điều chỉnh.
- Nhiễm trùng tại vùng bụng hoặc tổn thương da chưa lành hoặc có viêm da lan rộng.
- Sức khỏe tổng thể kém, bệnh lý toàn thân chưa được kiểm soát (tiểu đường mất kiểm soát, bệnh phổi mạn tính, suy gan/thận, etc.).
- Hút thuốc lá mạnh hiện tại, vì ảnh hưởng xấu đến tưới máu da, làm tăng nguy cơ hoại tử vạt da.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng, như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate

- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Bệnh nhân phải được giải thích về bản chất của việc phẫu thuật và có thể cần phẫu thuật nhiều lần mới đạt kết quả thẩm mỹ mong muốn. Các yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến khả năng chuyển vạt: Hút thuốc, tình trạng dinh dưỡng, thuốc giao cảm, béo phì, tiểu đường, COPD, …
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần da mỡ thừa cần cắt bỏ.
- Đường rạch da trên xương mu, dưới rốn, kéo dài tới nếp lằn bẹn.

6.2. Bước 2:

- Bóc tách thành bụng sát cân cơ thành bụng đến rốn.
- Giải phóng rốn khỏi vạt da mỡ, giữ lại cuống rốn.
- Tiếp tục bóc tách thành bụng lên mũi ức.

6.3. Bước 3:

- Khâu tạo hình cân cơ thành bụng ở đường trắng giữa.

6.4. Bước 4:

- Cắt bỏ phần da, mỡ thừa.
- Thiết kế vị trí rốn mới.
- Tái tạo rốn

6.5. Bước 5:

- Đặt dẫn lưu, khâu.
- Băng ép cố định.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu.
- Theo dõi chảy máu.
- Theo dõi màu sắc da thành bụng.
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Huyết khối và tắc mạch. Xử trí: kiểm soát tình trạng đông máu, nằm gác cao chân, vận động sau mổ sớm, điều trị heparin trọng lượng phân tử thấp với liều giảm đông, theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.
- Hoại tử da, hoại tử mỡ: cắt lọc tổ chức hoại tử, mỡ kháng sinh, ghép da khi hoại tử rộng.
- Tụ dịch bạch huyết: chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm, băng ép sau mổ.
- Hoại tử rốn: cắt bỏ, tạo hình rốn thì 2.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương

- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

348. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỤNG TOÀN PHẦN KHÔNG CHUYỂN RỐN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật tạo hình vùng bụng trên rốn hoặc dưới rốn. Có thể để lại một vết sẹo ngắn hơn (12-16 cm) so với phẫu thuật tạo hình bụng truyền thống. Không cần rạch da quanh rốn.
- Nguyên lý: cắt bỏ da mỡ thừa trên hoặc dưới rốn, có thể phối hợp với khâu thu cân cơ bụng. Hút mỡ thường được thực hiện để cải thiện đường viền bụng, đặc biệt là ở vùng trên rốn.
- Mục đích: thu gọn thành bụng làm tăng tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp phù hợp:

- Bệnh nhân có da mỡ thừa rõ rệt cả vùng trên và dưới rốn, nhưng da chưa chùng quá nặng, có khả năng da có thể kéo xuống mà không cần di chuyển rốn.
- Có giãn cân cơ thẳng bụng hoặc thành bụng gião, lệch nhẹ cần được sửa để tạo độ phẳng bụng.
- Người muốn cải thiện hình thể bụng tổng thể, đặc biệt các đường viền bụng, mong muốn sẹo ngắn hơn, thời gian hồi phục có thể nhanh hơn so với phẫu thuật tạo hình thành bụng có chuyển rốn.
- Cân nặng ổn định, không mong có thay đổi cân nặng lớn trong thời gian gần sau phẫu thuật.
- Da vùng bụng vẫn còn tính đàn hồi, không có da thừa quá rộng hoặc nhiều sẹo lớn làm mất tính linh hoạt của vạt da.
- Người bệnh có sức khỏe tổng thể tốt, không có bệnh nội khoa không kiểm soát, có khả năng chịu được gây mê, hậu phẫu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh không hợp tác phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về thành bụng, như các khối thoát vị bẹn, khối u, quá sản, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch ringer lactate
- Dung dịch natri bicarbonate

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…

- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về tiêu hóa…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm vùng bụng, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Bệnh nhân phải được giải thích về bản chất của việc phẫu thuật và có thể cần phẫu thuật nhiều lần mới đạt kết quả thẩm mỹ mong muốn. Các yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến khả năng chuyển vạt: Hút thuốc, tình trạng dinh dưỡng, thuốc giao cảm, béo phì, tiểu đường, COPD, …
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 240 phút (4 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: mê NKQ

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần da mỡ thừa cần cắt bỏ.
- Rạch da nếp lằn bẹn trên xương mu trong trường hợp thừa da mỡ vùng dưới rốn, rạch da nếp lằn dưới vú trong trường hợp da mỡ thừa vùng trên rốn.

6.2. Bước 2:

- Bóc tách thành bụng sát cân cơ thành bụng đến rốn.

6.3. Bước 3:

- Khâu tạo hình cân cơ thành bụng ở đường trắng giữa.

6.4. Bước 4:

- Cắt bỏ phần da, mỡ thừa.

6.5. Bước 5:

- Đặt dẫn lưu, khâu.
- Băng ép cố định.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu.
- Theo dõi chảy máu.
- Theo dõi màu sắc da thành bụng.
- Theo dõi dẫn lưu: kín, hút liên tục, lượng dịch, màu sắc dịch.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …
- Chảy máu: qua vết mổ. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh.
- Huyết khối và tắc mạch. Xử trí: kiểm soát tình trạng đông máu, nằm gác cao chân, vận động sau mổ sớm, điều trị heparin trọng lượng phân tử thấp với liều giảm đông, theo dõi, điều trị nội khoa, xử trí theo thương tổn.
- Hoại tử da, hoại tử mỡ: cắt lọc tổ chức hoại tử, mỡ kháng sinh, ghép da khi hoại tử rộng.
- Tụ dịch bạch huyết: chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm, băng ép sau mổ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mất cân đối hai bên, bề mặt lồi lõm bất thường, vẫn còn dư thừa quá nhiều mỡ, da chảy xệ, chùng nhão, ... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3.FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.
4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

349. LASER ĐIỀU TRỊ U DA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Laser là viết tắt của Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation, tức là khuyếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích. Laser tạo ra chùm ánh sáng có bước sóng, tần số, công suất được điều chỉnh, có khả năng tập trung năng lượng tại điểm rất nhỏ để gây hiệu ứng quang nhiệt, quang cắt hoặc quang bốc hơi mô.Laser được phân loại dựa theo môi trường hoạt chất: rắn, lỏng, khí; Laser được sử dụng trong y học điều trị nhiều bệnh lý của da, các khối u não, gan. Các loại laser hay dùng trong y học: Laser Nd: YAG, laser He-Ne, laser CO2, laser Argon, laser màu… Trong điều trị u da, laser CO2 thường được sử dụng nhiều nhất.
- Cơ chế trong điều trị u da: Laser dùng để phá hủy mô bệnh lý (u lành, sùi, tổn thương dạng u da) bằng cách: bốc hơi hoặc đốt cháy mô u; đốt nhiệt để cầm máu; kích thích tái tạo mô da mới, làm lành tổn thương; giảm sẹo hoặc điều chỉnh tổn thương da sau khi loại bỏ u.
- Mục đích: loại bỏ các khối u trên da

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh do virut: hạt cơm (hạt cơm sùi, hạt cơm phẳng…), u mềm lây, u nhú, sùi mào gà...
- Các bệnh da có dày sừng: chai chân, sẩn cục, chàm mạn tính, viêm da mủ sùi, tổn thương cố thủ của vảy nến...
- Các tật của da, nốt ruồi nhỏ, bớt sùi bẩm sinh.
- U nang ống tuyến mồ hôi, dày sừng da dầu, đa u tuyến bã, u vàng...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng da đang hoạt động tại vùng cần điều trị (nhiễm khuẩn, nhiễm virus, nấm), vì laser sẽ lan truyền hoặc làm nặng thêm nhiễm trùng.
- Đã dùng isotretinoin trong vòng 6 tháng trước đó, vì ảnh hưởng tới lành thương da, tăng nguy cơ sẹo.
- Tình trạng da có độ nhạy cao với ánh sáng hoặc người có bệnh tăng sắc tố dễ (Fitzpatrick da rất tối, thường loại V-VI), nguy cơ sau viêm tăng sắc tố cao.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về da khác, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần

- Chạc ba tĩnh mạch
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy laser
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng can thiệp

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn, …
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm tổn thương và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước can thiệp về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do can thiệp, do gây tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp.
- Chuẩn bị trước can thiệp: vệ sinh vùng can thiệp và các chuẩn bị theo các quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng Lidocain, Xylocain tiêm dưới da hoặc bôi bề mặt tổn thương
- Sử dụng kính bảo vệ mắt nếu cần thiết.

6.1. Bước 1:

- Dùng laser CO2 với công suất và chế độ phù hợp đốt cháy tổn thương theo từng lớp.

6.2. Bước 2:

- Bôi mỡ kháng sinh lên diện đốt sau khi kết thúc.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ.

- Các tổ chức xung quanh.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tổn thương tổ chức xung quanh. Xử trí: Đắp ẩm, gửi khám chuyên khoa liên quan nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
3. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

350. LASER ĐIỀU TRỊ NÁM DA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Laser (khuyếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích) được phân loại dựa theo môi trường hoạt chất: rắn, lỏng, khí; Laser được sử dụng trong y học điều trị nhiều bệnh lý của da, các khối u não, gan. Các loại laser hay dùng trong y học: Laser Nd: YAG, laser He-Ne, laser CO2, laser Argon, laser màu… Nám da là hiện tượng tăng sắc tố của da, có nhiều nguyên nhân: Di truyền, thay đổi nội tiết, sử dụng mỹ phẩm, phơi nắng… Trong điều trị nám da, laser màu hay laser Nd: YAG Q-Switch, IPL… thường được sử dụng nhiều nhất.
- Nguyên lý: Hiệu ứng là Melanin bị phân mảnh và tẩy tế bào chết tự nhiên.
- Mục đích: làm mờ hoặc loại bỏ nám da

2. CHỈ ĐỊNH

Laser điều trị nám da được chỉ định trong các trường hợp sau:
- Nám da kháng trị với các biện pháp bôi sáng, chống nắng, và peel hóa học, tức là không đáp ứng tốt với điều trị nội khoa thông thường.
- Nám da có ảnh hưởng thẩm mỹ rõ rệt, làm người bệnh lo lắng, gây ảnh hưởng tâm lý, mong muốn cải thiện màu sắc da mặt.
- Nám da loại có cả thành phần biểu bì hoặc hỗn hợp, vì nếu chỉ thành phần trung bì chủ yếu, laser có thể có hiệu quả thấp hơn. Việc đánh giá độ sâu của nám (qua soi da hoặc sinh thiết da nếu cần) giúp chọn loại laser phù hợp.
- Da bệnh nhân thuộc loại da có thể chấp nhận được rủi ro (ví dụ da sáng đến trung bình), không quá sẫm màu, vì nguy cơ sau viêm làm tăng sắc tố cao hơn ở da sẫm. Laser có bước sóng 1064 nm (Nd:YAG) hoặc picosecond thường được ưu tiên ở da sẫm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau đây không nên dùng laser cho nám da hoặc phải hoãn/cân nhắc kỹ:
- Da đang bị nhiễm trùng (viêm da, herpes, mụn bọc nặng, tổn thương hở…) tại vùng điều trị.
- Màu da sẫm (Fitzpatrick IV-VI) nếu chưa có kinh nghiệm, không sử dụng laser có bước sóng và cài đặt phù hợp, do nguy cơ tăng sắc tố cao.
- Sử dụng các thuốc gây nhạy cảm ánh sáng hoặc các biện pháp lột da mới trong thời gian gần, làm da nhạy cảm, dễ tổn thương.
- Còn tiếp xúc nhiều ánh sáng mặt trời hoặc đã rám nắng gần đây vì ảnh hưởng tới phản ứng da sau laser và làm tăng nguy cơ biến chứng.
- Phụ nữ đang mang thai thận trọng (hầu hết các liệu pháp laser chưa được chứng minh an toàn đầy đủ khi mang thai).
- Người có tiền sử sẹo lồi (keloid), sẹo phì đại, hoặc vấn đề lành thương da kém.
- Các bệnh lý da liễu kèm theo (ví dụ vảy nến, bệnh mô liên kết, rối loạn sắc tố khác) đang hoạt động.
- Người bệnh có kỳ vọng không thực tế về kết quả (ví dụ mong sắc tố trả về hoàn toàn, không cần bảo vệ nắng lâu dài, ít số lần điều trị).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về da khác, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 1 người

5.2. Thuốc
- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%

5.3. Thiết bị y tế
- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy laser
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng can thiệp

5.4. Người bệnh:
- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn, …
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm tổn thương và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước can thiệp về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do can thiệp, do gây tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp.
- Chuẩn bị trước can thiệp: vệ sinh vùng can thiệp và các chuẩn bị theo các quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT
- Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng Lidocain, Xylocain tiêm dưới da hoặc bôi bề mặt tổn thương
- Sử dụng kính bảo vệ mắt nếu cần thiết.

6.1. Bước 1:

Dùng laser màu hoặc laser YAG Q-Switch với công suất và chế độ phù hợp, sử

dụng bàn đạp hay phím bấm tay để bắn tia lên diện tổn thương cần điều trị.

6.2. Bước 2:

- Bôi kem làm ẩm lên diện tổn thương sau khi kết thúc điều trị.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ.
- Các tổ chức xung quanh.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tổn thương tổ chức xung quanh. Xử trí: Đắp ẩm, gửi khám chuyên khoa liên quan nếu cần.
- Đau, rát vùng điều trị. Xử trí: Bôi tê, dùng thuốc giảm đau nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
3. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.