

XỬ TRÍ BỎNG VÙNG MẶT

David G Greenhalgh

Burn and Trauma, volume 8, 2020, tkaa023

Lược dịch: **Phan Thục Trang**

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuôn mặt dùng để nhận diện nhau và giao tiếp với xã hội. Con người bỏ ra một lượng tiền lớn để chi trả cho các sản phẩm mỹ phẩm và phẫu thuật thẩm mỹ nhằm chỉ để cải thiện về ngoại hình. Bất cứ khiếm khuyết nào ở trên khuôn mặt đều lập tức bị xã hội chú ý và kỳ thị. Bỏng, đặc biệt ở vùng mặt dễ nhận thấy và dẫn đến những thay đổi sau đó về ngoại hình.

Mục tiêu của bài báo này là xem xét các điểm riêng của bỏng vùng mặt và mô tả các kỹ thuật để nhằm đạt được kết quả điều trị về chức năng và thẩm mỹ tối ưu nhất cho người bệnh.

2. CÁC KHÍA CẠNH RIÊNG CỦA BỎNG VÙNG MẶT

Khuôn mặt có nguy cơ bỏng cao hơn vì nó hiếm khi được che bởi quần áo hoặc các phương tiện bảo hộ khác. Do đó, bất kỳ sự tiếp xúc nào với nhiệt độ ở vùng lân cận mặt đều có thể gây bỏng. Ví dụ: Bỏng do ánh sáng phát ra, chẳng hạn như trong nổ khí (propan, khí gas tự nhiên hoặc butan). Khi trẻ em với đồ ăn như bát cháo từ trên cao xuống cũng sẽ rơi vào đầu và mặt của trẻ. Tuy nhiên da vùng mặt cũng có một số đặc điểm bảo vệ riêng để có thể giảm độ sâu của tổn thương. Đầu tiên tác nhân nhiệt gây bỏng thì không thể thay đổi được.

Thứ hai là thời gian tiếp xúc, có thể giảm xuống vì mọi người đều có xu hướng bảo vệ da mặt của mình bằng cách hắt bỏ hoặc lau sạch mọi dị vật càng sớm càng tốt. Yếu tố thứ ba là độ dày của da. Da vùng mặt tương đối dày ngoại trừ mí mắt do vậy bỏng thường không sâu bằng so với vùng da mỏng hơn. Yếu tố cuối cùng là cung cấp máu cho da. Lượng máu cung cấp cho vùng mặt nhiều nên khả năng tản nhiệt nhanh hơn và giảm độ sâu của bỏng. Chính nguồn cấp máu nhiều này cũng cần lưu ý khi tiến hành các phẫu thuật cắt bỏ hoại tử vùng mặt vì nó dễ gây máu chảy nhiều hơn so với các vùng nào khác trên cơ thể.

Có một số cấu trúc giải phẫu trên khuôn mặt làm ảnh hưởng đến kết quả liền sẹo sau bỏng. Da trán chủ yếu nằm trên xương và ít linh hoạt nên bỏng vùng này có xu hướng sẹo ít bị co kéo hơn so với các vùng khác tuy nhiên bỏng sâu dễ gây ra lộ xương. Phần còn lại của khuôn mặt nằm trên mỡ và cơ và có tính di động cao nên bất kỳ vết bỏng sâu nào ở những khu vực này đều có xu hướng dễ bị co kéo hơn. Đặc biệt đối với mí mắt và môi vì chúng hầu như không có khả năng chống lại các lực co kéo do vậy mí mắt dễ bị lộn ra, miệng co hẹp. Thậm chí những vết bỏng nhỏ do cắn phải dây điện dẫn đến bỏng đều để lại di chứng sẹo nặng nề. Sẹo gây co kéo gặp ở trẻ nhiều hơn do da của trẻ thiếu độ mềm mại. Một số

vùng trên khuôn mặt có rất ít tổ chức mỡ nên dễ bị co kéo như da vùng mũi, nằm trên sụn và xương có rất ít tổ chức đệm đỡ nên co kéo ở cánh mũi và lỗ mũi rất khó giải quyết. Vùng da ở tai nằm trên sụn, nghèo mạch máu nên khi bị bỏng dễ dẫn đến lộ sụn, viêm sụn và gây ra biến dạng vành tai sau bỏng.

3. TÂM LÝ BỎNG VÙNG MẶT

Chúng ta giao tiếp trong xã hội chủ yếu bởi khuôn mặt. Những gương mặt hấp dẫn được ngưỡng mộ và những gương mặt bình thường được chấp nhận. Bất kỳ sự sai lệch nào so với bình thường đều gây ra sự chú ý ngay lập tức từ mọi người và gây ra ánh nhìn và thối mắt. Trẻ em có xu hướng sợ người bị sẹo, khóc hoặc chế nhạo người bị sẹo. Nhiều câu chuyện trước đây thường cho rằng những người có khuôn mặt xấu xí được ví như là tội đồ. Đặc điểm này đã được miêu tả trong nhiều bộ phim hoặc chương trình truyền hình.

Theo Phoenix Society đã báo cáo một đánh giá về 32 bộ phim được sản xuất từ năm 1933 đến năm 2017 miêu tả những người sống sót sau bỏng trong một cách nhìn rất tiêu cực. Hầu như tất cả các nhân vật đều bị sống cô lập, tách biệt và có rất ít bạn bè. Những bộ phim này gây ảnh hưởng tâm lý nặng nề cho những người sống sót sau bỏng. Nhiều bệnh nhân nói rằng họ không muốn trông giống Freddy Kruege. Vì vậy, mục tiêu của chúng ta là đảm bảo kết quả điều trị của các ca bỏng da vùng mặt càng tốt nhất có thể.

4. TỐI ƯU HÓA KẾT QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ BỎNG DA VÙNG MẶT

Mục tiêu của việc điều trị bỏng da vùng mặt là làm những gì tốt nhất để ngoại hình

của bệnh nhân trở lại bình thường nhất có thể. Rõ ràng, kết quả cuối cùng phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của tổn thương. Bỏng càng sâu, diện rộng thì càng khó có được khuôn mặt bình thường. Các yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến mức độ tạo sẹo. Những bệnh nhân lớn tuổi thường có làn da lỏng lẻo nên hạn chế co kéo hơn nhưng cũng gặp nhiều khó khăn trong quá trình liền thương ở vùng lấy da. Yếu tố di truyền cũng rất quan trọng vì một số bệnh nhân có xu hướng bị sẹo nhiều hơn những người khác.

Theo kinh nghiệm của nhiều tác giả, những người đến từ Đông Nam Á có xu hướng bị sẹo nhiều hơn các nhóm khác, nhưng rất khó để dự đoán khả năng tạo sẹo trên từng cá thể. Cuối cùng việc tuân thủ các liệu pháp phục hồi chức năng cũng tạo ra sự khác biệt lớn đến kết quả điều trị cuối cùng.

5. XỬ TRÍ BỎNG NÔNG Ở VÙNG MẶT

Vì lớp hạ bì và phần phụ của nó còn nguyên vẹn nên các vết bỏng này sẽ liền bằng quá trình biểu mô hóa. Vào những năm 1980, Deitch đã công bố dữ liệu cho thấy rằng sự chậm trễ trong quá trình tái tạo biểu mô 2 - 3 tuần sẽ làm tăng nguy cơ bị sẹo phì đại. Phát hiện đáng chú ý hơn là trên cùng một vết thương có vùng thì phẳng hoàn toàn nhưng những vùng khác lại hình thành sẹo phì đại. Mục tiêu đối với bất kỳ vết thương là liền trong vòng 2 - 3 tuần. Có một số cách để tăng quá trình biểu mô hóa này.

Thứ nhất quá trình biểu mô hóa diễn ra nhanh hơn trong môi trường ẩm hơn là để khô. Nếu để vết thương khô, dịch tiết ra từ vết thương tạo thành vảy nên cần được loại bỏ bởi các tế bào biểu mô bằng

protease trước khi chúng di chuyển khắp bề mặt vết thương gây ra chàm liên thương và làm tăng khả năng hình thành sẹo. Có một số loại băng sinh học dính vào vết thương và duy trì môi trường ẩm tối ưu, nhưng chúng khó duy trì trên mặt nên ít được sử dụng.

Tránh nhiễm trùng cũng sẽ làm giảm nguy cơ hình thành sẹo phì đại. Nên rửa mặt bằng xà phòng và nước ít nhất một lần một ngày. Thuốc mỡ kháng sinh có hiệu quả và cần bôi lại khi chúng khô lại. Chúng tôi hay sử dụng bacitracin bôi 4 - 6 lần mỗi ngày. Không nên sử dụng bacitracin quá lâu hơn một tuần vì thường xảy ra phát ban (có thể làm nấm phát triển quá mức). Các loại thuốc mỡ khác có hoặc không có chất kháng khuẩn có thể được sử dụng thay vì Bacitracin. Không nên sử dụng Sulfadiazine Bạc vì nó có xu hướng làm giảm quá trình tái tạo biểu mô và do đó có thể làm tăng nguy cơ để lại sẹo.

6. ĐIỀU TRỊ BÔNG SÂU VÙNG MẶT

Nếu vết bông ở mặt chưa liền sau 2 - 3 tuần, phải đưa ra quyết định xem có cần ghép da hay không. Có một số vấn đề cần được xem xét trước khi ghép da mặt. Trước hết nên đánh giá kích thước của vùng bông và vết bông gắn kết với các đơn vị thẩm mỹ của khuôn mặt bao gồm toàn bộ trán, má, mũi, môi và cằm. Những vùng này khi bị sẹo rất dễ bị chú ý. Các vết sẹo ở các điểm nối của các đơn vị này ít được chú ý hơn vì vậy vết mổ nên đặt tại các điểm nối để dấu sẹo.

Ngoài ra, các mảnh da ghép đặt ở giữa các đơn vị này có xu hướng dễ bị lộ ra so với một vết sẹo do vậy cần xem xét vị trí nơi cần ghép. Vùng trán có da tương đối cố định và tồn tại trên cân sọ nên sẹo ít bị

co kéo. Da ở má và mặt di động hơn và không nằm trực tiếp trên xương, do đó các mô này có xu hướng co lại nhiều hơn so với vùng trán. Quyết định ghép da ở má hay để tự liền đều rất khó vì đều để lại sẹo hay mảnh da ghép dễ bị nhận thấy.

Sau khi quyết định ghép da vùng mặt, có một số vấn đề quan trọng cần phải xem xét là vùng mặt rất dễ chảy máu. Thường tỷ lệ mất máu khi cắt và ghép cho tất cả các vùng, ngoại trừ mặt, là khoảng 2% thể tích máu trên mỗi phần trăm diện tích bông. Vì vậy nếu một người định cắt bỏ và ghép vết bông 25% diện tích da bông thì phải chuẩn bị cho việc mất đi 50% tổng lượng máu. Khuôn mặt có xu hướng chảy máu khoảng 4,5% thể tích máu trên một phần trăm diện tích cắt hoại tử.

Nếu người ta định cắt hoại tử trên khuôn mặt của một đứa trẻ (khoảng 10%) thì người ta sẽ mất 45% lượng máu của đứa trẻ đó. Do vậy phải đảm bảo có đủ lượng máu để truyền trong quá trình phẫu thuật. Để giảm mất máu, chúng tôi luôn tiêm dung dịch Ringer có chứa 2 mg/L Epinephrine vào bên dưới vết bông. Epinephrine làm giảm đáng kể chảy máu từ các mạch nhỏ. Cần có sự phối hợp tốt giữa phẫu thuật viên và gây mê hồi sức trong phẫu thuật.

Một xem xét khác là vị trí của vùng lấy da. Da lấy ở vùng dưới xương đòn có sắc tố sẫm màu hơn da phía trên xương đòn. Da đầu là lựa chọn tốt nhất để tránh sự khác biệt rõ ràng về màu sắc tuy nhiên da đầu khó lấy hơn và phải cố gắng loại bỏ hết phần nang lông (bằng cách lấy bỏ lớp trung bì). Để toàn bộ khuôn mặt được ghép da không có sự sai lệch màu sắc rõ ràng nên lấy đủ lượng da và lấy vùng da có chất lượng tốt. Các tác giả đã phát

triển một kỹ thuật thu hoạch da theo hình tròn hoặc “hình chữ U” có thể che phủ kín được toàn bộ khuôn mặt. Không bao giờ được phép ghép da mắt lưới lên mặt bệnh nhân vì các vết hằn này sẽ tồn tại vĩnh viễn trên khuôn mặt.

Nguyên nhân phổ biến dẫn đến tình trạng hoại tử mảnh ghép ở vùng mặt là do máu tụ vì vậy cần có chỉ định ngay sau khi cắt bỏ hoại tử vùng mặt. Nếu quá trình cầm máu tốt thì da ghép sẽ bám chắc còn thấy chảy máu quá nhiều thì nên ghép da đồng loại hoặc trung bì nhân tạo trước.

Cần phải có kế hoạch điều trị bỏng sâu vùng mặt trên bệnh nhân bỏng diện rộng, liệu nên ưu tiên cho vùng mặt trước hay các phần khác. Chúng tôi thường cắt hoại tử và phẫu thuật ghép da ở bàn tay và cánh tay trước, tiếp theo là cắt hoại tử và che phủ bằng vật liệu tạm thời ở chân và thân mình. Cắt bỏ hoại tử vùng mặt thường tiến hành trong lần phẫu thuật riêng nhưng thường thực hiện sớm (trong vòng một tuần đầu sau bỏng). Có một số lý do để trì hoãn việc điều trị ở vùng mặt. Thứ nhất, độ sâu của tổn thương trên mặt thường không nghiêm trọng như các vùng khác vì vậy nó có thể tự liền một phần. Ngoài ra, với những trường hợp bỏng rộng, vùng lấy da thường chậm liền để chờ có thể lấy tiếp lần hai. Việc sử dụng vật liệu che phủ tạm thời giúp cho việc lấy da mỏng hơn, tránh để lại sẹo cho vùng lấy da.

Nếu có nguy cơ chảy máu nhiều sau cắt hoại tử, chúng tôi thường che phủ vùng mặt bằng da đồng loại trong 1 - 2 ngày đầu và sau đó thay da đồng loại bằng trung bì da nhân tạo. Tại Hoa Kỳ, hai loại được sử dụng phổ biến nhất là Integra (Integra LifeSciences, Hoa Kỳ) và Biodegradable Temporizing Matrix (BTM) (Polynovo

Biomaterials Pty. Ltd., Úc).

Integra là một màng collagen type I được bao phủ bên ngoài bởi một màng silicone. Các tế bào viêm và tế bào nội mô từ vết thương di chuyển vào màng collagen để thay thế nó và tạo mô hạt, sau đó lấy bỏ lớp silicon ra để ghép da mỏng lên trên. Silicone hoạt động như một rào cản đối với sự xâm nhập của vi khuẩn bên ngoài để giảm phản ứng viêm quá mức và giảm thiểu sự hình thành mô hạt. Quá trình này mất ít nhất 2 - 3 tuần trước khi silicone có thể được lấy ra và ghép da mỏng tự thân. Vật liệu này vẫn có xu hướng hình thành mũ dưới lớp silicone và nếu không được kiểm soát bằng cách rạch và dẫn lưu, nhiễm trùng có thể lan rộng và phá hủy toàn bộ matrix.

BTM thành phần cũng tương tự nhưng thay vì là một màng collagen nó được thay bằng foam Polyurethane và bề mặt bảo vệ bên ngoài là một tấm Polyurethane. Các tế bào từ vết thương xâm nhập vào foam và dần dần thay thế nó. Tấm bên ngoài có xu hướng ngăn chặn quá trình viêm và hình thành mô hạt. Giống như Integra, BTM cũng cần để trong thời gian 2 - 3 tuần trước khi nó đủ mạch máu tân tạo và ghép da tự thân sau đó. BTM có khả năng chống nhiễm trùng cao hơn so với các vật liệu thay thế da khác và làm giảm thiểu phản ứng viêm.

7. DỰ PHÒNG SẸO BỎNG Ở MẶT

Dự phòng sẹo bỏng ở mặt là rất cần thiết và gặp nhiều khó khăn. Vai trò các nhân viên vật lý trị liệu là vô cùng quan trọng. Trong khi vùng trán tương đối dễ xử lý thì phần còn lại của khuôn mặt rất dễ co kéo. Mí mắt hay bị lộn mi, miệng và môi cũng bị tương tự. Môi thường bị trề và

miệng co hẹp. Kéo giãn và massage sẹo là những phương pháp rất hữu ích ngoài ra chúng tôi sử dụng các miếng dán silicone trong giai đoạn đầu của quá trình lành vết thương để giảm sẹo. Lý tưởng nhất là sử dụng băng làm từ silicone để kéo các mí mắt lại với nhau để dự phòng lộn mí. Toàn bộ quá trình trị sẹo cần kiên trì với kế hoạch trị liệu để đạt kết quả tốt nhất. Mục tiêu của chúng ta là tiếp tục phát triển các kỹ thuật để nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị.

8. XU HƯỚNG XỬ TRÍ BỎNG VÙNG MẶT TRONG TƯƠNG LAI

Có rất ít tiến bộ trong việc xử trí bỏng vùng mặt trong vòng 40 - 50 năm qua. Khái niệm cho rằng phải tăng cường quá trình tái biểu mô để giảm sự hình thành sẹo đã có từ những năm 1970. Đã có những nỗ lực (từ những năm 1980) để đẩy nhanh tốc độ di chuyển của biểu mô bằng các yếu tố tăng trưởng nhưng vẫn chưa thấy hiệu quả. Hy vọng rằng các sản phẩm giúp đẩy nhanh

quá trình tái tạo bề mặt của các vết thương như tế bào biểu mô tự thân dạng phun (ví dụ RECELL, Avita Medical, USA) sẽ được cải thiện. Một nghiên cứu sơ bộ sử dụng các tế bào phun cho kết quả rất đáng khích lệ. Công nghệ nuôi cấy da từ các tế bào tự thân của bệnh nhân để tạo ra da biểu bì và trung bì đã và đang tiếp tục nghiên cứu hy vọng sẽ là một bước tiến vượt bậc nếu da tổng hợp luôn có sẵn để dùng.

9. KẾT LUẬN

Việc điều trị bỏng mặt cần được chăm sóc đặc biệt. Mục tiêu đối với bỏng nông là tối ưu hóa quá trình tái tạo biểu mô hóa để vết thương liền trong vòng 2 tuần. Vết bỏng sâu hơn cần ghép da. Có một số kỹ thuật giúp cải thiện kết quả cho da ghép ở vùng mặt. Cuối cùng vai trò của vật lý trị liệu cũng đóng một vai trò to lớn. Chúng ta vẫn còn một chặng đường dài phía trước để nghiên cứu và điều trị, tái tạo thành công lại khuôn mặt cho những bệnh nhân bị bỏng sâu vùng mặt.