

SỬ DỤNG VẬT SAU TAI ĐỂ PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG, TÁI TẠO MỘT PHẦN VÀNH TAI: NHỮNG TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Ngô Ngọc Tinh, Nguyễn Đức Hạnh
Nguyễn Thanh Xuân, Lê Xuân Nhân, Huỳnh Văn Quốc Huy
Bệnh viện Trung ương Huế, cơ sở 2

TÓM TẮT

Giới thiệu: Các khuyết hồng vành tai do chấn thương, nhiễm trùng, khối u... vẫn là một thách thức lớn trong việc tái tạo. Tùy theo vị trí, diện tích khuyết hồng mà chúng ta sử dụng hoặc kết hợp các loại vật khác nhau để đạt được kết quả như mong muốn. Mục đích của báo cáo này là mô tả kinh nghiệm sử dụng vật tại chỗ để che phủ khuyết hồng vành tai và tái tạo một phần vành tai tại Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hình thái tổn thương, phương pháp điều trị che phủ khuyết hồng vành tai và tái tạo một phần vành tai tại Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở 2.

Kết luận: Tổn thương khuyết hồng một phần vành tai ít gặp trên lâm sàng. Phẫu thuật che phủ khuyết hồng hoặc tái tạo một phần vành tai bằng vật da sau tai cho kết quả tốt.

Từ khóa: Khuyết hồng vành tai, tái tạo vành tai, vật da sau tai

ABSTRACT

Background: Auricular defects caused by trauma, infection, tumors, etc... remain a great challenge to reconstruct. Depending on the site, the area of the defects, we have to use or combine different flaps to achieve the desired result. This report aimed to describe our experience using local flaps to cover the auricular defects and partial auricular reconstruction at Hue Central Hospital Branch 2.

Methods: Describe the location, morphology of the defect and the method of covering auricular defects and partial auricular reconstruction at Hue Central Hospital branch 2.

Conclusions: Injury causing partial loss of the auricle is rare in clinical practice. Reconstructive surgery for partial defect of the ear with the local skin flap gives good results.

Keywords: Auricular defect, auricular reconstruction, postauricular flap

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Hạnh, Bệnh viện Trung ương Huế - cơ sở 2

Email: hanhctchhue@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/8/2023; Ngày nhận xét: 15/12/2023; Ngày duyệt bài: 28/2/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.1.2024.307>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai được chia thành ba phần bao gồm tai ngoài, tai giữa và tai trong, tai ngoài được cấu tạo gồm: vành tai và ống tai ngoài. Vai trò của tai ngoài không chỉ giới hạn trong việc cảm nhận âm thanh, định hướng và điều chỉnh thăng bằng, mà còn đóng vai trò quan trọng trong khía cạnh thẩm mỹ trên khuôn mặt con người, đồng thời là một yếu tố quan trọng để nhận dạng trong các hoạt động pháp y và hình sự [4].

Chấn thương gây khuyết vành có thể phát sinh từ nhiều nguyên nhân, bao gồm tiếp xúc với hóa chất, tiếp xúc với nhiệt độ cao và các chấn thương đùng độc hoặc gây rách vành tai, tình trạng viêm nhiễm, các khối u ở vành tai [3], [7].

Khuyết hồng của vành tai có thể là một vấn đề đơn thuần, nhưng cũng có thể liên quan đến bệnh cảnh chấn thương sọ não hoặc đa chấn thương ở các phần khác của cơ thể. Khuyết hồng vành tai có thể gây ra một số biến chứng ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của tai, như nhiễm trùng, co dúm vành tai, hẹp ống tai, hay biến dạng vành tai. Những biến chứng này có thể gây tổn hại đáng kể cho tâm lý và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [2].

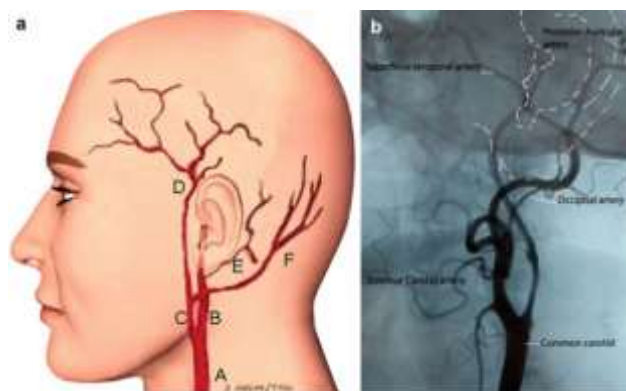
Tổn thương khuyết hồng một phần vành tai có thể được điều trị thông qua các phương pháp phẫu thuật để tái tạo lại vành tai. Các phương pháp này bao gồm chuyển vật da, chuyển vật da kết hợp với cấy ghép vật liệu thay thế sụn hoặc phẫu thuật cắt hình chêm.

Sử dụng vật tại chỗ là một phương pháp thường dùng và mang lại hiệu quả cao trong các trường hợp tổn thương khuyết hồng một phần vành tai [10].

2. TỔNG QUAN

2.1. Giải Phẫu

Hệ thống mạch máu cung cấp cho vành tai và khu vực xung quanh được chia làm 2 nhóm: nông và sâu. Hệ thống mạch vùng nông xuất phát từ 3 nhánh của động mạch cảnh ngoài: Động mạch thái dương nông, động mạch tai sau, động mạch cằm. Trong số này, động mạch thái dương nông là động mạch quan trọng nhất, cấp máu cho nửa trên vành tai, da vùng thái dương và vùng trước tai. Động mạch tai sau và động mạch cằm cung cấp máu cho khu vực sau tai, rãnh sau tai, vùng chũm.



Hình 2.1. Hệ thống mạch máu của tai và vùng lân cận

- (a) Hình vẽ miêu tả các động mạch chính: A động mạch cảnh chung, B động mạch cảnh trong, C động mạch cảnh ngoài, D động mạch thái dương nông, E động mạch tai sau, F động mạch cằm.
 (b) Hình ảnh chụp mạch tai trái. Đường nét đứt miêu tả vị trí của vành tai trái [5].

Hệ thống mạch máu sâu vùng tai xuất phát từ các cấu trúc nằm sâu của vành tai, xung quanh các dây chằng và sụn vành tai. Gồm nhiều nhánh xuất phát từ 4 động mạch chính: Động mạch thái dương sâu, động mạch tai sau, động mạch chẩm, động mạch mặt (nhánh tai sâu). Các nhánh của 4 động mạch này tạo thành một mạng lưới mạch máu phong phú, có tầm quan trọng riêng và nằm độc lập với hệ thống mạch máu vùng nông. Những mạch máu này đến từ các mô ở sâu, chạy vuông góc với bề mặt da, sau đó tiếp tục chạy xung quanh sụn vành tai. Ở bờ trước xương chũm, khi các mạch máu vùng sâu đi đến vùng nông thì chia thành nhiều nhánh tận ở vùng này, đây là nơi giao thoa giữa 2 hệ thống mạch máu. Vì vậy, khi bóc tách vạt, không nên làm tổn thương vùng này để tránh làm hư hại hệ thống

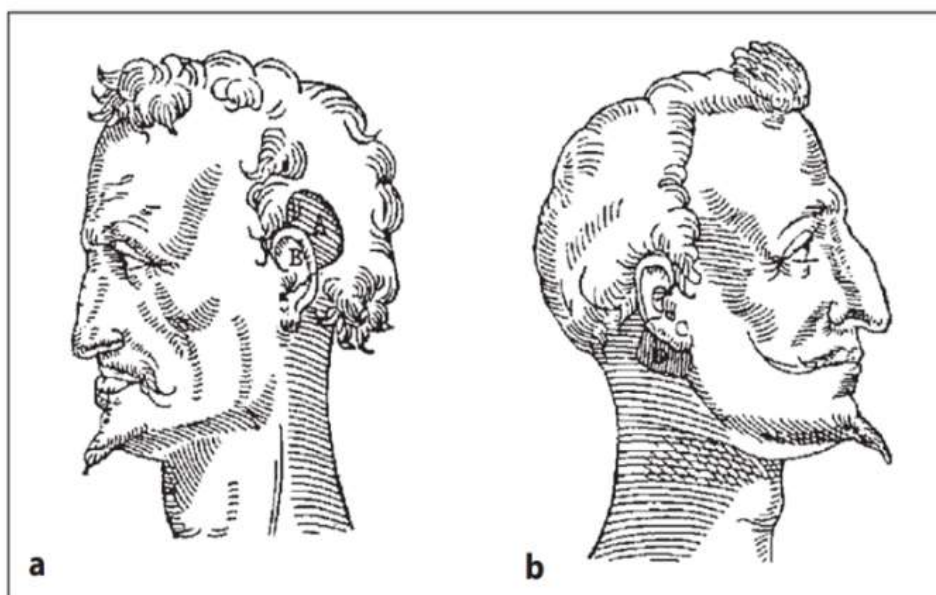
mạch máu vùng sâu. Hệ thống mạch máu phong phú là cơ sở để thực hiện các kỹ thuật chuyển vạt da vùng tai [5].

2.2. Phương pháp phẫu thuật

Mặc dù phẫu thuật cho các khuyết vành tai nhỏ đã được thực hiện từ thời cổ đại. Nhưng đến giữa thế kỷ XIX, khi lĩnh vực gây mê và kiến thức về nhiễm trùng và vô khuẩn phát triển thì phẫu thuật thẩm mỹ tạo hình vành tai mới trở nên phổ biến hơn [6].

Giữa thế kỷ XX đánh dấu cột mốc quan trọng khi các phương pháp cải tiến để tạo hình vành tai lần lượt được giới thiệu.

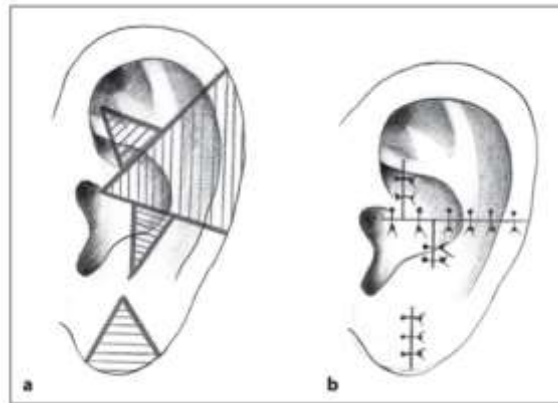
Năm 1597, Tagliacozzi (1546 - 1599) đã mô tả tái tạo phần trên (a) và phần dưới (b) vành tai.



Hình 2.2. Mô tả phẫu thuật tái tạo phần trên, phần dưới vành tai của Tagliacozzi [6]

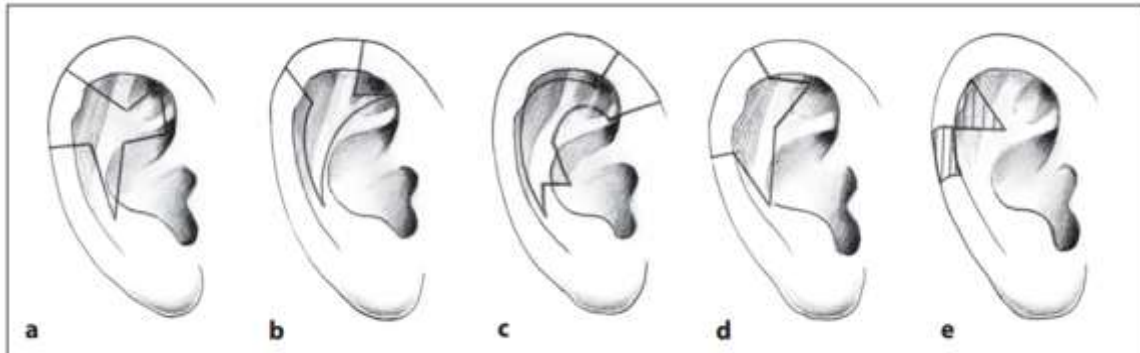
Năm 1870, Szymanowski đã mô tả kỹ thuật tái tạo phần trên và phần dưới vành tai bằng vạt da trong sách của mình.

Năm 1896, Joseph đã mô tả cắt dạng hình chêm tạo hình vành tai.



Hình 2.3. Mô tả phẫu thuật cắt hình chêm tái tạo hình vành tai của Joseph [6].

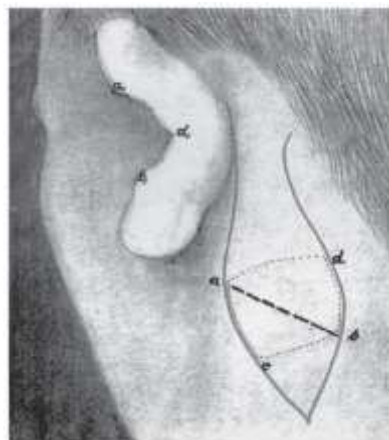
Nhiều hình thái phẫu thuật cắt dạng hình chêm khác cũng lần lượt được các tác giả đưa ra:



Hình 2.4. Các hình thái phẫu thuật cắt hình chêm vành tai [6]

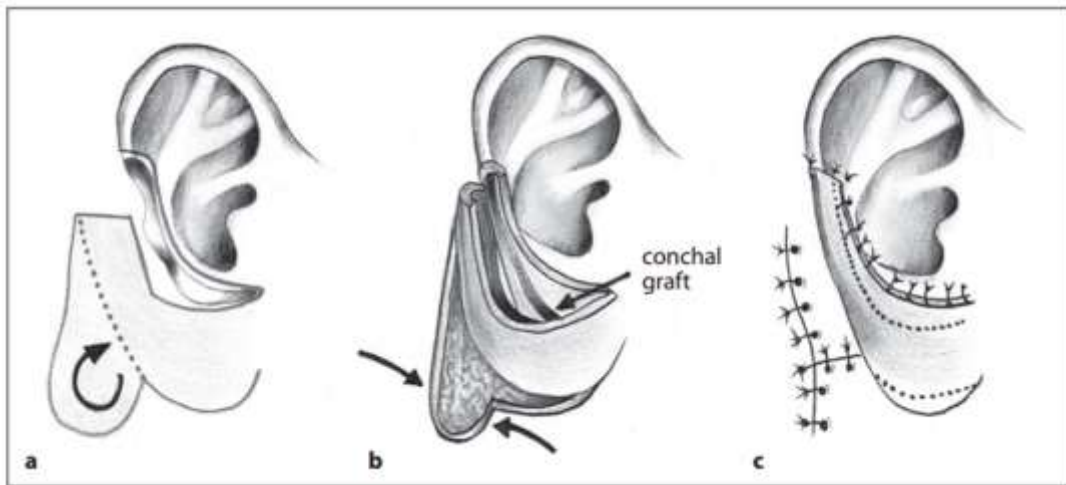
(a) DiMartino (1856), (b) Cheyene (1903), (c) Kölle (1911), (d) Day (1921), (e) Lexer (1933)

Năm 1910, Joseph đã mô tả kỹ thuật dùng vật sau tai để che phủ khuyết hồng vành tai một phần.



Hình 2.5. Mô tả phẫu thuật khuyết hồng một phần vành tai bằng vật da sau tai [6]

Năm 2007, Weerda đã đưa ra phương pháp tạo hình dải tai bằng vạt da cải tiến.



Hình 2.6. Mô tả phẫu thuật tái tạo dải tai [6]

3. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Tháng 1/2022, bệnh nhân Trịnh Công T. 34T, nam, cách ngày nhập viện 2 tháng bệnh nhân bị tai nạn giao thông ngã xe máy gây dập nát tổ chức phần dưới vành tai phải, được phẫu thuật cắt lọc tổ chức dập nát và khâu đóng vết thương tại tuyến dưới. Sau đó, trong quá trình sinh hoạt hàng ngày bệnh nhân cảm thấy tự ti vì tổn thương vành tai của mình

nên đi khám và mong muốn được điều trị phục hình lại. Khám ghi nhận tổn thương khuyết 1/4 dưới vành tai phải (dải tai), kích thước 20x25mm, bờ tổn thương gọn, sạch, vùng da xung quanh không bị tổn thương. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật tái tạo ¼ dưới vành tai phải bằng chuyển vạt da sau tai phải. Vạt được thiết kế theo nhánh động mạch tai sau. Theo dõi vạt sau này hồng ảm, vết thương liền tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng.



Hình ảnh 3.1. (1) khi nhập viện; (2) ngày thứ 1; (3) ngày thứ 7; (4) (5) tái khám sau 3 tháng

Trường hợp 2: Tháng 4/2022, Bệnh nhân Nguyễn Văn M. 22 tuổi, vào viện vì sẹo lồi keloid vành tai phải kích thước 20x20 mm, có chỉ định cắt bỏ và tái tạo lại vành tai. Sau khi cắt bỏ khối u, loá bỏ phần da đi kèm khối u, để lại vành tai bị khuyết

hổng tổ chức với kích thước tương ứng khối u 20x20 mm, vì vậy chúng tôi đã sử dụng vạt da sau tai xoay 90 độ để che phủ tổ chức khuyết hồng vành tai. Theo dõi hậu phẫu, vạt da hồng ấm, vết thương liền tốt, đồng màu da, không có dấu hiệu hoại tử.



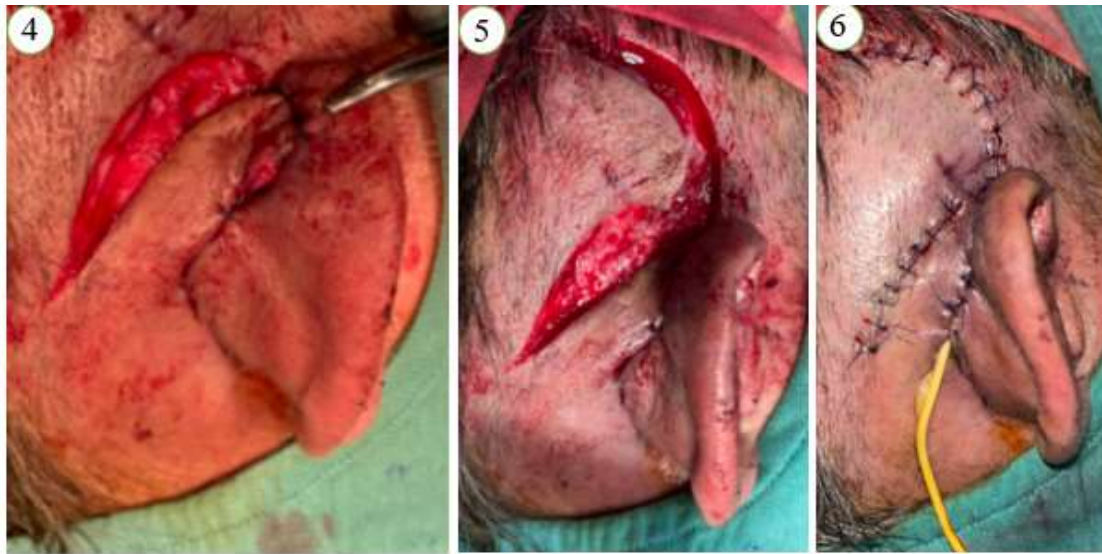
Hình ảnh 2. (1) Hình ảnh tổn thương trước chuyển vạt; (2) Đánh dấu vị trí lấy vạt; (3) Rạch da, lấy vạt theo vị trí đánh dấu; (4) (5) Hình ảnh 7 ngày sau phẫu thuật

Trường hợp 3: Tháng 03/ 2023, bệnh nhân Nguyễn H. 56 tuổi, biến chứng rò luân nhĩ hoại tử da thiếu tổ chức 1/3 trên mặt sau tai phải kích thước 35x20 mm. Sau khi được điều trị nội khoa, chăm sóc làm sạch vết thương đảm bảo không còn nhiễm trùng, kết quả nuôi cấy vi khuẩn: không mọc. Chúng tôi tiến hành sử dụng vạt da sau tai (như thiết kế) để che phủ tổ

chức vành tai bị khuyết hồng, vạt da được bóc tách dày và lấy được cuống mạch sau tai nuôi dưỡng vạt da, xoay 45 độ để che phủ khuyết hồng. Kết hợp chăm sóc, điều trị nội khoa sau phẫu thuật, kết quả theo dõi vạt da sống tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không co kéo, không biến dạng vành tai.



Hình ảnh 3.



Hình ảnh 3 (tiếp). (1) Trước phẫu thuật; (2) Sau khi cắt lọc; (3) Lấy vạt sau tai;
(4) Ước lượng vị trí xoay vạt; (5) Dùng vạt xoay da đầu để che khuyết hồng vị trí lấy vạt;
(6) Sau khi khâu đóng và đặt dẫn lưu

4. BÀN LUẬN

Những tổn thương khuyết hồng tổ chức vành tai có kích thước lớn hơn 1,5 cm thì không thể khâu đóng da một thì, mà cần phải được phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết hồng vành tai [8], [9]. Có nhiều phương pháp phẫu thuật để tạo hình khiếm khuyết một phần vành tai, trong đó sử dụng vạt da sau tai thường được nhiều tác giả sử dụng vì có nhiều ưu điểm. Vạt da sau tai được cung cấp nuôi dưỡng chính bởi động mạch tai sau, vạt da có màu sắc đồng màu với da vành tai, có tính thẩm mỹ khi phẫu thuật thiết kế vạt da thì vết thương tạo sẹo sẽ nằm phía sau tai, phẫu thuật có thể được thực hiện dưới gây tê tại chỗ giúp giảm thiểu đáng kể biến chứng gây mê hồi sức [10]. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật che phủ khuyết hồng, tạo hình vành tai cần dựa trên mức độ, hình dạng, kích thước của tổn thương và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [1].

Với những trường hợp chúng tôi đã thực hiện, có tổn thương khuyết hồng vành tai lớn nhất là 35x20 mm, một trường hợp khuyết bờ dái tai kích thước 20 x 25 mm. Chúng tôi sử dụng vạt da sau tai để tạo hình lại những khiếm khuyết ở vành tai, kết quả sau phẫu thuật cho thấy vạt da sống tốt, đồng màu da vành tai, giữ được hình dạng vành tai để hai bên đều nhau, miệng vết thương liền da tốt, không có trường hợp nào gặp biến chứng. Nghiên cứu của Sinha (2021) trên 8 bệnh nhân có khuyết hồng vành tai với trường hợp có kích thước tổn thương lớn nhất là 40x15 mm, nhỏ nhất 20x10 mm. Có 7/8 trường hợp được điều trị bằng vạt da sau tai cho kết quả phục hồi tốt và một trường hợp do người cần với tổn thương 30x10mm để lại biến chứng hoại tử [10]. Điều này cho thấy ngoài lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp, còn cần phải đánh giá nguyên nhân dẫn đến tổn thương, tình trạng nhiễm trùng tại tổn thương để có thể đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất.

5. KẾT LUẬN

Tổn thương khuyết hồng vành tai ít gặp trên lâm sàng. Những tổn thương khuyết hồng vành tai lớn hơn 15 mm thì không nên đóng kín da một thì. Phẫu thuật che phủ khuyết hồng hoặc tái tạo một phần vành tai bằng vạt da sau tai là phương pháp có độ an toàn và tin cậy cao. Cần đánh giá nguyên nhân tổn thương, tình trạng vết thương và có kế hoạch chăm sóc hậu phẫu kỹ lưỡng, khoa học để mang đến hiệu quả tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hành (2009), "Chỉnh hình vành tai", Giáo trình phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, tr. 199-220.
2. Võ Ngọc Hoàn (2015), "Bệnh tai ngoài thường gặp", Bài giảng lâm sàng Tai Mũi Họng, Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 71-82.
3. Lê Văn Lợi (2001), "Các chấn thương Tai Mũi Họng", Cấp cứu Tai Mũi Họng, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 301-351.
4. Nguyễn Tư Thế (2010), "Chấn thương Tai Mũi Họng", Giáo trình Tai Mũi Họng, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 42-49.
5. Avelar JM (2013) Surgical anatomy of the ear and neighboring regions, JM A Ear reconstruction, vol1, pp 1-14.
6. Hilko Weerda (2010), "History of Auricular Reconstruction", Aesthetics and Functionality in Ear Reconstruction, pp 1-24.
7. Michael K. Wynne, Jonathan M. Kahn, Debra J. Abel et al (2000), "External and Middle Ear Trauma Resulting From Ear Impressions", *J Am Acad Audiol*, (11), pp 351-360.
8. Park SS (2001), Auricular reconstruction, *Otolaryngol Clin*, pp 713 - 738.
9. Pickrell (2017), Partial ear defects, *Semin Plast Surg*, pp 134 - 140.
10. Sinha (2021), Postauricular Tubed Flap in the Reconstruction of Auricular Margin Defects, *Indian J Plast Surg*, pp 197- 200.