

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



**NGUYỄN HỒNG HÀ**

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG TẠO HÌNH SỚM  
VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP ĐẦU MẶT**

**Chuyên ngành: Phẫu thuật hàm mặt**

**Mã số: 62.72.28.05**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Hà Nội – 2010**

Công trình được hoàn thành tại:

**Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108**

Người hướng dẫn khoa học:

**PGS.TS. Nguyễn Bắc Hùng**

**PGS.TS. Đỗ Duy Tính**

Phản biện 1: PGS.TS. Trần Thiết Sơn

Phản biện 2: PGS.TS. Trịnh Đình Hải

Phản biện 3: GS.TS. Lê Gia Vinh

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước họp tại:

**Viện nghiên cứu khoa học Y- Dược lâm sàng 108.**

Vào hồi...08....giờ...30...ngày..14...tháng.....07.....năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại:

**Thư viện Quốc gia**

**Thư viện BV TUQĐ 108**

## ĐẶT VẤN ĐỀ

### 1. Lý do chọn đề tài

Chấn thương hàm mặt (CTHM) rất hay gặp trong cuộc sống hàng ngày, nó bao gồm chấn thương phần cứng và chấn thương phần mềm. Trong các chấn thương phần mềm, các vết thương (VT) hàm mặt lớn có tổn thương các thành phần quan trọng ở sâu như thần kinh VII (TK), ống, tuyến nước bọt mang tai hoặc vỡ xương sọ mặt, nhãn cầu là những tổn thương rất nặng. Nó được coi như là các ***vết thương phần mềm phức tạp*** (VTPMPT). Thường trên các bệnh nhân (BN) có VTPMPT hay có các thương tổn khác của đa chấn thương (ĐCT) như sọ não, ngực, bụng, gãy nhiều xương...

Việc áp dụng các kỹ thuật tạo hình như khâu da thẩm mỹ, đánh giá sử dụng các vật tại chỗ, khâu nối TK, mạch máu bằng kỹ thuật vi phẫu sớm, ngay thì đầu trong xử trí các VTPMPT vùng đầu mặt vẫn còn nhiều tranh cãi. Xưa nay trong cấp cứu người ta thường ưu tiên xử trí trước các tổn thương sọ não, xương, ngực, bụng, các CTHM sẽ được xử lý sau, khi toàn trạng ổn định. Ngoài việc BN phải nằm viện chờ đợi, đau đớn, mổ nhiều lần thì việc điều trị muộn các VTPMPT đầu mặt có thể gây ra nhiều biến chứng, di chứng...

Từ khoảng 20 năm trở lại đây, sự phát triển của y học trong chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức, Phẫu thuật Tạo hình, Hàm mặt, Vi phẫu thuật... cộng với sự phối hợp đồng bộ của các chuyên khoa ngoại nên chiến lược điều trị đã có nhiều thay đổi. Về nguyên tắc một VT phần mềm hàm mặt cần được đóng kín càng sớm càng tốt. Để đạt được kết quả thẩm mỹ tối đa thì tất cả các tổn thương quan trọng ở sâu như vỡ xương, đứt TK VII, ống tuyến nước bọt cần phải được sửa chữa phục hồi tối đa trước khi đóng VT. Chính vì các lý do trên, quan điểm mới về điều trị VTPMPT đã được sự chấp thuận của

nhiều phẫu thuật viên (PTV) đó là: Sớm, một thì, điều trị triệt để các tổn thương hàm mắt đồng thời phối hợp chặt chẽ với các chuyên khoa khác để xử lý các thương tổn phối hợp kể cả của ĐCT.

Ở Việt nam chúng tôi chưa thấy có 1 báo cáo nào về xử trí các VTPMPT vùng đầu mặt nhất là trong bệnh cảnh ĐCT. Ngoài ra các tổn thương TK VII, tuyến nước bọt, ống Stenon, đứt rời cơ quan bộ phận cũng chưa được xử trí sớm và thông báo rõ ràng cụ thể. Chính vì vậy chúng tôi lựa chọn đề tài: Nghiên cứu ứng dụng tạo hình sớm vết thương phần mềm phức tạp đầu mặt.

## **2. Mục tiêu của đề tài:**

1- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, phân loại của các VTPMPT vùng đầu mặt.

2- Đánh giá kết quả, xác định chỉ định và quy trình ứng dụng các kỹ thuật tạo hình trong điều trị sớm VTPMPT vùng đầu mặt.

## **3. Ý nghĩa của đề tài**

Với sự gia tăng của TNGT tốc độ cao, các CTHM, VTPMPT đầu mặt ngày càng tăng về số lượng và mức độ trầm trọng. Do đó nghiên cứu đề tài có ý nghĩa cấp bách, thực tiễn tính thời sự.

Đề tài khảo sát hình ảnh lâm sàng của các VTPMPT đầu mặt trên 127 BN là một cỡ mẫu đủ lớn, đảm bảo độ tin cậy. Đưa ra nhận xét một số dạng VTPMPT thường gặp từ đó cho phép đánh giá mức độ nặng nhẹ, tiên lượng kết quả điều trị.

Xác định được chỉ định, quy trình ứng dụng các kỹ thuật tạo hình trong điều trị sớm VTPMPT vùng đầu mặt, nhất là ứng dụng vi phẫu thuật trong cấp cứu VTPMPT đầu mặt.

## **4. Cấu trúc của luận án**

Luận án gồm 138 trang với các phần: đặt vấn đề (3 trang), tổng quan (32 trang), đối tượng và phương pháp nghiên cứu (25 trang), kết

quả nghiên cứu (36 trang), bàn luận (39 trang), kết luận (2 trang), kiến nghị (1 trang). Ngoài ra, luận án còn các phần tài liệu tham khảo, (149 tài liệu), 9 ảnh, 21 hình, 43 bảng, 8 biểu đồ và phụ lục.

## **CHƯƠNG 1 – TỔNG QUAN**

### **1.1. Tình hình CTHM**

Cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, giao thông, xây dựng... số lượng BN CTHM, VTPMPT ngày càng gia tăng.

### **1.2. Sơ cấp cứu CTHM, VTPMPT trên BN đa chấn thương**

Bao gồm: chống ngạt thở, chống chảy máu, chống sốc, sau khi kiểm soát được chức năng sống sẽ tiến hành đánh giá toàn diện các tổn thương và xử trí tùy theo mức độ nặng nhẹ.

### **1.3. Chẩn đoán, phân loại mức độ CTHM, VTPMPT**

**Chẩn đoán:** dựa vào thăm khám lâm sàng kỹ đầy đủ, hệ thống. Việc sử dụng CT Scanner giống như một cuộc cách mạng lớn trong đánh giá các BN ĐCT. Chụp CT hàm mắt sớm cùng thời điểm với các vùng khác của cơ thể, giúp cho chẩn đoán, phối hợp điều trị.

#### **Phân loại, đánh giá mức độ nặng của CTHM, VTPMPT**

Mặc dù đã có nhiều phân loại cho gãy xương hàm mặt trên y văn nhưng phân loại về VT phân mềm hàm mặt thì còn rất ít và chưa đầy đủ.

### **1.4. Thời điểm điều trị CTHM nặng, VTPMPT trên BN ĐCT**

Theo kinh điển trên một bệnh nhân ĐCT các CTHM sẽ được phẫu thuật theo nhiều thì. Từ khoảng 20 năm trở lại đây, quan điểm mới về điều trị CTHM đã được sự ủng hộ chấp thuận của nhiều PTV đó là : Sớm, một thì, điều trị triệt để tổn thương hàm mặt + phối hợp chặt chẽ với các chuyên khoa khác để xử lý các thương tổn phối hợp (Early single stage and definitive treatment)

## **1.5. Ứng dụng tạo hình sớm trong điều trị VTPMPT**

### **1.5.1. Tạo hình sớm VTPMPT**

#### **Xử trí khâu da theo kỹ thuật tạo hình**

Bao gồm cắt lọc, làm sạch, khâu da theo kỹ thuật tạo hình. Bóc tách dưới da, đánh giá, sử dụng các vạt da tại chỗ che phủ các thành phần xương, nẹp vis.

#### **Xử trí tổn thương tuyến nước bọt mang tai và ống Stenon**

Nicoladoni lần đầu tiên thông báo khâu nối ống tuyến vào năm 1896, tiếp theo là Schmieden 1916. Tất cả những BN có VT vùng má đều phải được kiểm tra phát hiện và sửa chữa sớm nhất các tổn thương ống, tuyến mang tai, các nhánh của TK VII.

*Các phương pháp điều trị sớm:* Khâu nối thì đầu bằng kỹ thuật vi phẫu, chuyển hướng dẫn lưu vào khoang miệng, thắt đầu trung tâm của ống tuyến.

*Các phương pháp điều trị muộn:* Dẫn lưu tạo đường dò vào miệng, chọc hút qua da, phối hợp các thuốc ức chế tiết nước bọt, nuôi dưỡng qua đường TM, tiêm botulinum toxin (Botox).

#### **Xử trí tổn thương thân hoặc nhánh TK VII**

Khâu nối TK đã được nhắc đến từ lâu, nhưng mãi đến năm 1972 Millesi, Berker mới đề xuất phương pháp khâu bao bó sợi bằng kỹ thuật vi phẫu giúp nối lại chính xác các bó sợi TK.

*Các phương pháp phẫu thuật:* Khâu nối TK trực tiếp bằng kỹ thuật vi phẫu, ghép thần kinh, thay thế thần kinh.

### **1.5.2. Xử trí các tổn thương kèm theo VTPMPT**

**Xử trí tổn thương nhãn cầu, ống tuyến lệ:** Tất cả các VT nghi ngờ vỡ nhãn cầu, đứt lệ đạo cần được thăm khám bởi các BS chuyên khoa. Chỉ mức nhãn cầu khi mắt không còn thị lực và tổn thương quá nặng không thể phục hồi.

**Xử trí gãy xương sọ mặt:** Nấn chỉnh về giải phẫu và cố định tốt gãy xương thì đầu trước khi đóng da là yếu tố thiết yếu đảm bảo phục hồi thẩm mỹ, chức năng cao nhất.

### **1.5.3. Xử trí các tổn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt cổ**

#### **Nối ghép da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu**

Đứt rời bộ phận cơ quan vùng đầu mặt như da đầu, môi mũi là những tổn thương nặng, hy hữu, nếu không được xử trí sớm và đúng sẽ để lại những hậu quả thể chất, thẩm mỹ và tâm lý nặng nề.

Miller và CS khâu nối da đầu bằng kỹ thuật vi phẫu lần đầu tiên vào năm 1976. Đây là phương pháp duy nhất đảm bảo cho miếng da đầu mọc tóc trở lại như cũ. Qua tham khảo Y văn thế giới mới có khoảng 50 ca lột da đầu toàn bộ được nối vi phẫu thành công. Trong đó có một số tác giả thông báo khâu nối thành công da đầu, da mặt chỉ với một ĐM và một số TM, tuy nhiên số lượng các ca bệnh thường rất ít, chỉ từ 1 đến 2 ca.

#### **Ghép môi mũi đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu**

Trường hợp đầu tiên vào năm 1976, James và Cs đã tiến hành khâu nối vi phẫu toàn bộ môi trên và mũi cho một bé gái bị chó cắn, miếng ghép sống nhưng bị hoại tử một phần mũi do ứ máu TM. Trên thế giới cho đến nay mới có khoảng 20 ca nối ghép môi mũi vi phẫu được thông báo. Tất cả các tác giả đều tìm thấy và nối thông ĐM vành môi đảm bảo cấp máu. Vấn đề khó khăn nhất là không tìm thấy các TM đủ lớn để khâu nối và hậu quả là ứ máu.

## **CHƯƠNG 2 – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu (NC)**

Các BN có VTPMPT vùng đầu mặt được điều trị cấp cứu tại BV Hữu nghị Việt Đức từ tháng 11/2004 đến 12/2008.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu và cỡ mẫu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho NC cắt ngang:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q}{d^2} \quad . \text{Thay vào công thức ta có}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,7 \cdot (1-0,7)}{0,1^2} = 80,67$$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần có của nhóm nghiên cứu là 81 BN.

### 2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

#### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu

- Những bệnh nhân có VTPMPT vùng đầu mặt có hay không có ĐCT được mổ cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức.
- Trong đó VTPMPT đầu mặt là: VT vừa có tổn thương phần mềm lớn ( $\geq 10$  cm) vừa có tổn thương các thành phần quan trọng ở sâu như TK VII, tuyến, ống tuyến nước bọt... kèm theo vỡ xương sọ mặt, nhãn cầu hoặc tổn thương đứt rời tổ chức như lột da đầu, đứt rời môi mũi...

#### Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi nghiên cứu

- BN không có đủ hồ sơ: không có bệnh án theo mẫu nghiên cứu, hoặc có bệnh án nhưng không được điền đầy đủ.

## 2.3. Triển khai tạo hình sớm các VTPMPT vùng đầu mặt

### 2.3.1. Thăm khám, phân loại, xử trí cấp cứu

**Sơ cấp cứu:** hô hấp, chảy máu, sốc chấn thương, sốc mất máu.

- Bác sỹ trưởng nhóm trực sẽ là người đứng ra chỉ đạo sơ cứu, cấp cứu ban đầu, chỉ định mời các chuyên khoa ngoại, sọ não, ngực, bụng, chấn thương, mắt... cùng phối hợp với Tạo hình hàm mặt.



### Nhận xét các dạng VTPMPT đầu mặt

- Dựa vào hình dạng, hướng đi, số lượng vùng giải phẫu trên mặt mà VT đi qua, tính chất nguy hiểm, cấp cứu, hướng điều trị nói chung, các điểm quan trọng cần chú ý, kết quả điều trị, tiên lượng chúng tôi thấy các VTPMPT thường rơi vào 5 dạng chính sau đây:

- VTPMPT chu vi: ở rìa ngoài của mặt, đi theo đường vòng qua trước tai, bờ ngoài ổ mắt, đỉnh cằm nên có **dạng chữ O**. Các VT dạng này ít nguy hiểm đến tính mạng. Điều trị sớm, nhiều BN đạt kết quả tốt.

- VTPMPT chéo dọc: đi chéo qua trán, góc mắt trong, gò má, nên có **dạng chữ X**. Dạng này ít nguy hiểm ngay đến tính mạng, điều trị cần phối hợp nhiều chuyên khoa: Phẫu thuật TK, Mắt, Hàm mặt. Kết quả thường không tốt do vỡ nhãn cầu, sụp mi, khuyết xương trán.



**Hình 3.2. VT chéo dọc, dạng X.**

- VTPMPT ngang mặt: thường đi qua má-môi-má hoặc má-mũi-má, nên có **dạng chữ A**. VT có thể nguy hiểm ngay đến tính mạng vì ảnh hưởng đến đường thở. Sơ cứu kịp thời có thể cứu sống nhiều BN và cho kết quả thẩm mỹ tốt vì VT thường đi theo đường căng da.



**Hình 3.3. VT ngang mặt, dạng A.**

- VTPMPT do chấn thương trực tiếp, dạng I: thường là một VT thẳng có hình chữ I. Nếu nguyên nhân là vật sắc nhọn, thì VT sẽ cắt thẳng qua da và xương, giống như bổ đôi mặt. Đây là dạng VT nặng vì ảnh hưởng đến hô hấp, có thể chảy máu nhiều gây sốc nếu không được cấp cứu nhanh. Kết quả thẩm mỹ sau mổ cũng thường không cao.
- VTPMPT do chém, dạng C: sắc nhọn, vạc theo đường cong nên gọi là VT dạng C. VT thường chảy máu nhiều có thể sốc mất máu, nguy hiểm đến tính mạng nhưng nếu sơ cứu tốt và điều trị đúng thì kết quả sẽ tốt. Chú ý tổn thương TK VII và ống tuyến mang tai.
- Để đặt tên cho các dạng VTPMPT xin lấy hình dạng chữ **O,X,A,I,C** như đã mô tả ở trên. Và vì đây là dạng của VT phần **Mềm** phức tạp nên ta sẽ có chữ cái đầu tiên là **M**. Do đó tên gọi tắt của các dạng VTPMPT trong NC này là **M.O.X.A.I.C.** (xin tạm đọc là Mô xa ích).
- Tất cả số liệu thu thập được về 5 dạng VT này sẽ được kiểm định bằng các thuật toán thông kê để xác định liệu nhận dạng này có phản ánh được đầy đủ các VTPMPT hay không, có giá trị trong tiên lượng, hướng điều trị, kết quả xấu đẹp của mỗi BN hay không.

### **2.3.2. Điều trị tạo hình sớm các VTPMPT**

- Theo nguyên tắc : sớm, một thì, triệt để các tổn thương của VTPMPT và ĐCT trong sự phối hợp đầy đủ của các chuyên khoa.

#### **Xử trí VTPMPT theo nguyên tắc phẫu thuật tạo hình.**

- Khâu da và tổ chức dưới da theo kỹ thuật tạo hình.
- Chỉ khâu da sau khi đã xử trí hết các tổn thương xương hay các thành phần quan trọng ở dưới.

#### **Khâu nối thì đầu VT ống Stenon bằng kỹ thuật vi phẫu**

#### **Khâu nối trực tiếp thì đầu TK VII bằng kỹ thuật vi phẫu**

**Xử trí các tổn thương kèm theo VTPMPT:** xử trí gãy xương sọ mặt và các tổn thương quanh ổ mắt, nhãn cầu.

### **Xử trí các tổn thương đứt rời các bộ phận trên mặt**

- *Chỉ định nối vi phẫu:* Tổn thương không bị dập nát, cắt xé thành nhiều miếng nhỏ. Thời gian thiếu máu không quá dài.
- *Chống chỉ định:* Khi có các chấn thương phối hợp nặng như CTSN, ngực, bụng. BN có các bệnh mãn tính, tâm thần...

#### ***Nối da đầu đứt rời :***

- Tiến hành 2 kíp phẫu thuật.
- Nối các nhánh ĐM, TM của bó mạch thái dương nông. Không sử dụng các mạch máu vùng cằm để khâu nối.

#### ***Nối ghép môi và mũi đứt rời***

- Tim và nối ĐM, TM đảm bảo cấp và dẫn lưu máu.
- Khi TM bị tắc phải dùng thuốc chống đông sau đó châm kim cho chảy bớt máu. Truyền máu bù lại lượng máu mất.

### **2.3.3. Theo dõi ngay sau mổ tạo hình sớm các VTPMPT:**

- Từ thời điểm sau mổ đến khi BN ra viện hoặc chuyển viện. Theo dõi các triệu chứng toàn thân và tại chỗ của VTPMPT.

### **2.3.4. Theo dõi, khám lại đánh giá kết quả sau mổ:**

#### **Theo dõi khám lại gần sau mổ**

- Thời điểm từ 3 tuần - 6 tuần sau mổ. Kiểm tra phát hiện các biến chứng sớm. Hướng dẫn theo dõi, chăm sóc, phục hồi chức năng.

#### **Theo dõi khám lại, đánh giá kết quả xa sau mổ**

- Thời điểm 6 tháng, 1 năm cho đến ngày khám lại theo thư mời.
- Theo dõi quá trình liền sẹo, liền xương.
- Đánh giá kết quả hồi phục thân kinh VII, ống tủy nước bọt.
- Theo dõi tiến triển, biến chứng, di chứng toàn thân, tại chỗ.
- Đánh giá kết quả xa ứng dụng tạo hình sớm VTPMPT theo 3 mức: tốt, khá, xấu dựa vào ba tiêu chí: thẩm mỹ, giải phẫu, chức năng.

### **2.3.5. Phương pháp thu thập số liệu**

Các chỉ số NC được thu thập theo các biểu mẫu thiết kế sẵn tại các thời điểm khi vào viện, trong và sau mổ, trước ra viện, khám kiểm tra sau mổ 3 tuần, 6 tuần, 6 tháng, 1 năm và khám theo thư mời.

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

Số liệu được nhập liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 17.0. So sánh sự khác biệt của các biến định tính bằng test  $\chi^2$ , các biến định lượng bằng test T- Student... Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## **CHƯƠNG 3 – KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **3.1. Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng**

#### **3.1.1. Đặc điểm dịch tễ VTPMPT**

Từ 11/2004 đến 12/2008 có 127 BN VTPMPT được mổ cấp cứu tại BV Việt Đức. Trong đó có 3 BN tử vong và nặng xin về tương đương 2,36%. Số BN sống sau mổ là 124 BN, trong đó chỉ có 113 BN khám lại được ít nhất 6 tháng để đánh giá kết quả xa sau mổ.

Tuổi từ 10-67 tuổi. Độ tuổi nhiều nhất từ 18-39 tuổi: 68,5%. Tỷ lệ Nam: Nữ = 3,69. Nguyên nhân chủ yếu là do TNGT (81,1%). Tỷ lệ BN có VT bên phải ít hơn bên trái là 3 lần ( $p < 0,05$ ).

#### **3.1.2. Đặc điểm về các chấn thương phối hợp với VTPMPT**

Số BN có chấn thương phối hợp chiếm 72,4%. Trên 1 BN có thể có nhiều chấn thương phối hợp như CTSN, bụng, ngực, gãy xương chi.

**Bảng 3.2. Các chấn thương phối hợp trong VTPMPT (n=127)**

Chấn thương phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ %
CTSN	71	55.9
Chấn thương mắt	38	29.9
Gãy xương chi	32	25.2
Chấn thương ngực	6	4.7
Chấn thương bụng	3	2.4
Chấn thương đám rối TK cánh tay	2	1.6
Chấn thương cột sống	2	1.6

**Bảng 3.4: Phân bố các loại tổn thương của VTPMPT (n=127)**

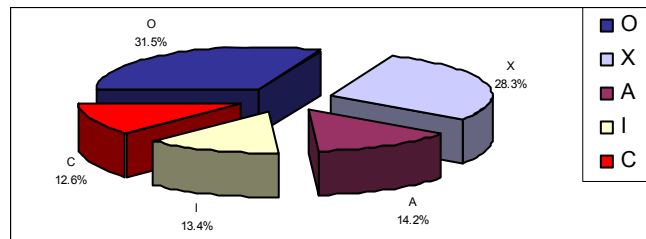
Loại tổn thương VTPMPT	Số lượng	%
Vết thương ống tuyến và TK VII	21	16.5
Vết thương quanh ổ mắt, nhãn cầu	38	29.9
Vỡ xương sọ mặt	107	84.3
Đứt rời bộ phận	9	7.1

### 3.2. Đặc điểm sơ cấp cứu, thăm khám, nhận dạng VTPMPT

#### 3.2.1. Sơ cấp cứu VTPMPT

Số BN được cấp cứu khẩn cấp khai thông đường thở không nhiều: có 11 BN được mở KQ (8,7%) và 6 BN được đặt NKQ (4,7%).

#### 3.2.2. Các dạng VTPMPT

**Biểu đồ 3.5. Các dạng VTPMPT theo MOXAIC (n=127)**

**Liên quan của nhận dạng MOXAIC với mức độ nặng nhẹ của BN và các tổn thương phối hợp.**

Tỷ lệ BN cần can thiệp đặt NKQ và mở KQ để chống suy hô hấp cao nhất ở nhóm VT dạng I và A chiếm 41,2% và 27,8% trong khi đó với nhóm O, X, C chỉ chiếm 5,6%, 7,5% và 0%.

**Bảng 3.14: Liên quan nhận dạng MOXAIC với độ nặng của CTSN (n=127)**

VTPMPT theo MOXAIC	G 3-8 đ		G 9-12 đ		G 13-15 đ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
O chu vi	6	15,0	8	20,0	26	65,0	40	100
X chéo dọc	3	8,3	8	22,2	25	69,5	36	100
A ngang mặt	8	<b>44,4</b>	1	5,6	9	50,0	18	100
I thẳng trực tiếp	1	5,9	4	23,5	12	70,6	17	100
C chém	0	0,0	1	6,3	15	93,8	16	100
Tổng số	18	14,2	22	17,3	87	68,5	127	100

Có tới 44,4% số BN ở nhóm A có Glasgow 3-8 đ. Tỷ lệ này cao hơn hẳn các nhóm còn lại. ( $p < 0,05$ ).

Nhóm X có tỷ lệ vỡ nhãn cầu (25%), vỡ xương trán (61,1%) cao hơn các nhóm khác vỡ nhãn cầu (7-12%) và vỡ xương trán (18-30%).

### 3.3. Một số đặc điểm điều trị tạo hình sớm VTPMPT

#### 3.3.1. Mở sớm, toàn diện, triệt để có phối hợp các chuyên khoa

Tỷ lệ mở sớm trước 48h trong nhóm NC của chúng tôi lên tới 99,2%. Các chấn thương phối hợp như sọ não, mắt, bụng, ngực, gãy xương hở... đều được xử lý toàn bộ ngay trong lần mổ đầu tiên, phối hợp với VTPMPT.

### 3.3.2. Đặc điểm phẫu thuật khâu VT da theo kỹ thuật tạo hình

**Bảng 3.19 : Phân bố đối tượng NC theo phương pháp khâu đóng da bằng kỹ thuật Tạo hình (n=127)**

Kỹ thuật đóng da theo PTHH	Số lượng	Tỷ lệ %
Khâu trực tiếp	19	15.0
Cắt lọc, khâu trực tiếp	44	34.6
Sử dụng vật tại chỗ	52	40.9
Chờ tạo hình thì 2	3	2.4
Nối bộ phận đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu	9	7.1
Tổng số	127	100%

### 3.3.3. Nối TK VII và ống Stenon thì đầu bằng kỹ thuật vi phẫu

Trong số 14 BN có đứt TK, 8 BN với 16 nhánh TK đã được khâu nối. Kết quả 14/16 nhánh (87,5%) phục hồi vận động gần như bên đối diện, mặc dù có hiện tượng đồng vận mức độ nhẹ.

Có 10 BN VT ống Stenon, 9 BN được khâu nối bằng kỹ thuật vi phẫu sớm cho kết quả tốt, liền thì đầu.

### 3.3.4. Điều trị các tổn thương kèm theo VTPMPT

#### Điều trị VT quanh ổ mắt, nhãn cầu

18 BN có VT nhãn cầu không thể bảo tồn, các BS chuyên khoa Mắt đã phải mức bỏ nhãn cầu. Có 2 BN sau mức nhãn cầu được tạo hình làm đây ổ mắt bằng implant silicone.

#### Điều trị gãy xương sọ mặt

107 BN (84,3%) có vỡ xương sọ mặt và tất cả đều được mổ kết hợp xương sớm, trong đó có 93,5 % trường hợp được mổ kết hợp xương bằng nẹp vis, chỉ có 6,5% kết hợp xương bằng chỉ thép.

### 3.3.5. Nối ghép da đầu, môi mũi đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu

Có 7 BN đứt rời da đầu toàn bộ. Thời gian thiếu máu: từ 4h-16h, trung bình là 8,3h. Thời gian mổ từ : 5h-12h trung bình là 8h.

Số lượng miệng nối: 1 BN nối 2 nhánh ĐM và 3 TM. **5 BN chỉ cần khâu nối 1 nhánh ĐM và 2 TM. Đặc biệt 1 BN chỉ khâu nối 1 ĐM và 1 TM nhưng vẫn đảm bảo cấp máu cho toàn bộ vật da đầu.** Kết quả có 5 vật da sống 100%, 1 vật sống 50% và 1 vật hoại tử.

Cả 2 BN đứt rời môi mũi đều nối được ĐM vòng môi, còn TM thì rất nhỏ, chúng tôi chỉ khâu được 1 TM góc mắt trong cho 1 BN. Kết quả 1 vật bị hoại tử và 1 vật da sống toàn bộ môi và 1 phần đầu mũi.

### 3.4. Kết quả gần sau mổ

Tỷ lệ tử vong của VTPMPT là  $3/127 = 2,36\%$ .

Không có BN phải can thiệp lại vì biến chứng sớm toàn thân. Chỉ có 17 BN có biến chứng tại chỗ từ sau mổ cho đến 6 tuần.

Thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày (từ 3- 28 ngày).

### 3.5. Kết quả xa sau mổ và các yếu tố ảnh hưởng

#### 3.5.1. Các di chứng toàn thân, tại chỗ

**Bảng 3.26: Phân bố các di chứng sau 6 tháng (n=113)**

Di chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Di chứng CTSN	5	4.4
Cắt cụt chi	3	2.7
Liệt ĐRTK cánh tay	1	0.9
Xương trán lõm	8	7.1
Sẹo xấu	11	9.7
Di lệch xương hàm trên	7	6.2
Sai khớp cắn	3	2.7
Biến dạng quanh ổ mắt	20	17.7
Mất tổ chức sau đứt rời	4	3.5
Liệt toàn bộ TK VII	1	0.9



### 3.5.2. Kết quả xa sau tạo hình sớm VTPMPT

**Bảng 3.31: Kết quả xa sau mổ tạo hình sớm VTPMPT (n=113)**

Thẩm mỹ (TM), Giải phẫu (GP), Chức năng(CN).

Kết quả	TM	%	GP	%	CN	%	KQ	%
Tốt	81	<b>71,7</b>	98	<b>86,8</b>	108	<b>95,6</b>	80	<b>70,8</b>
Khá	23	20,3	10	8,8	5	4,4	22	<b>19,5</b>
Xấu	9	8,0	5	4,4	0	0,0	11	<b>9,7</b>
Tổng số	113	100	113	100	113	100	113	<b>100</b>

Không có liên quan giữa tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn với kết quả.

**Bảng 3.36: Liên quan nhận dạng MOXAIC với kết quả xa(n=113)**

Dạng VTPMPT theo MOXAIC	Tốt		Khá		Xấu		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
O chu vi	25	80,6	3	9,7	3	9,7	31	100
X chéo dọc	19	<b>55,9</b>	11	32,4	4	11,7	34	100
A ngang mặt	14	82,4	2	11,8	1	5,9	17	100
I thẳng trực tiếp	8	<b>53,3</b>	4	26,7	3	20,0	15	100
C chém	14	87,5	2	12,5	0	0,0	16	100
Tổng số	80	70,8	22	19,5	11	9,7	113	100

Nhóm VT dạng O, A, C có tỷ lệ kết quả tốt từ 80-87% cao hơn so với nhóm X, I (chỉ khoảng 53-55%).  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.37: Liên quan của chấn thương phối hợp với kết quả xa sau mổ (n=113),  $p > 0,05$**

Chấn thương phối hợp	Tốt		Khá		Xấu		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không có	24	70.6	7	20.6	3	8.8	34	100
Có	56	70.9	15	19.0	8	10.1	79	100
Tổng số	80	70.8	22	19.5	11	9.7	113	100

**Bảng 3.40: Liên quan giữa kết quả điều trị của nhóm phẫu thuật HM đơn thuần và nhóm phối hợp với sọ, mắt (n=113), p<0,05**

Phẫu thuật hàm mặt	Tốt		Khá		Xấu		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HM đơn thuần	62	<b>83.8</b>	8	<b>10.8</b>	4	<b>5.4</b>	74	100
Phối hợp Sọ não, Mắt	18	<b>46.2</b>	14	<b>35.9</b>	7	<b>17.9</b>	39	100
Tổng số	80	70.8	22	19.5	11	9.7	113	100

## CHƯƠNG 4 – BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của VTPMPT

#### 4.1.1. Đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm về tuổi và giới, nguyên nhân tai nạn tương đương như các kết quả NC của các tác giả khác như Lâm Ngọc Ấn, Trần Cao Bính, Trần Văn Trường và Trịnh Hồng Mỹ.

#### 4.1.2. Đặc điểm về các chấn thương trên BN có VTPMPT

Có hơn 70% BN có chấn thương phối hợp toàn thân (Bảng 3.2). Trên 1 BN có thể có từ 2-4 chấn thương khác nhau. Các tổn thương riêng đầu mặt của VTPMPT cũng rất nặng và trầm trọng (Bảng 3.4).

Về tỷ lệ chấn thương phối hợp toàn thân và mức độ nặng của các tổn thương đầu mặt thì nhóm VTPMPT của chúng tôi cao hơn các tác giả trong nước NC về tình hình CTHM và chỉ tương đương với tỷ lệ của các tác giả nước ngoài NC về các VTPMPT khác như Hollier, Motamedi, Glapa. Việc phối hợp nhiều chuyên khoa là rất cần thiết để giải quyết sớm, triệt để các tổn thương của CTHM và các tổn thương của đa chấn thương.

## **4.2. Sơ cấp cứu, thăm khám, nhận dạng VTPMPT**

### **4.2.1. Sơ cứu cấp cứu VTPMPT**

Trong NC của chúng tôi chỉ có 6 BN được đặt nội khí quản trước khi đến viện tương đương 4,7% (Bảng 3.10). Khi đến viện thì có thêm 11 BN phải chỉ định MKQ. Trên BN CTSN khi không kiểm soát đường thở tốt, phù não sẽ nặng lên, tri giác xấu đi tạo một vòng xoắn bệnh lý. Điều này cho thấy việc cấp cứu sơ cứu khai thông đường thở tại các tuyến cơ sở còn chưa được chú ý.

### **4.2.2. Nhận dạng VTPMPT theo MOXAIC**

Lee và một số tác giả khác đã đưa ra một vài phân loại cho VT hàm mặt, ví dụ phân theo 11 vùng giải phẫu MCFONTZL trong đó M là viết tắt của Maxilla, C: Chin, F: Forehead... Nhưng cho đến nay chưa thấy có một phân loại nào cho các VTPMPT đầu mặt.

Trong NC này chúng tôi có 113 VTPMPT ( $\geq 10\text{cm}$ ), được chụp ảnh đầy đủ trước và sau mổ, theo dõi ít nhất 6 tháng, đây cũng là một lý do khiến chúng tôi mạnh dạn đưa ra một vài nhận xét về các dạng vết thương phần mềm phức tạp đầu mặt thường gặp.

Về số dạng: bao gồm 5 dạng: VT chu vi O, chéo mặt X, ngang mặt A, trực tiếp I, VT chém C, đã đủ bao quát hết tất cả các dạng tổn thương trên mặt. Số dạng VT ít (5 dạng) cũng sẽ tiện lợi cho việc ghi nhớ, áp dụng (Biểu đồ 3.5).

Nhận dạng này có thể phản ánh mức độ nặng nhẹ thái độ xử trí và tiên lượng kết quả, biến chứng, di chứng của các VTPMPT (Bảng 3.14, 3.36. Hình 3.2, 3.3)

Tuy nhiên nhận dạng các VTPMPT theo MOXAIC cũng còn một số nhược điểm, rất cần có sự đóng góp ý kiến, sửa chữa của các chuyên gia đầu ngành và nhiều nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn để phát triển nhận dạng này thành một phân loại các VTPMPT.

### **4.3. Điều trị tạo hình sớm VTPMPT**

#### **4.3.1. Mở sớm, toàn diện, triệt để, có phối hợp các chuyên khoa**

Từ 20 năm trở lại đây, quan điểm mới về điều trị CTHM đã được sự ủng hộ của nhiều PTV. Các tác giả Manson (1985), Gruss (1986), Persing (1990) nhấn mạnh rằng việc điều trị sớm ngay lập tức, toàn bộ các CTHM cho kết quả thẩm mỹ, chức năng tốt hơn nhiều so với điều trị muộn mà tỉ lệ tử vong không tăng.

Robotti và Benzil (1992), Marciani (1993), Denny (1993), Becelli (1998), Grover (2003) tiến hành xử lý sớm 1 thì toàn bộ tổn thương phức tạp vùng sọ mặt: phối hợp sọ não với phẫu thuật tạo hình. Kết quả: về mặt thần kinh BN không hề ảnh hưởng gì do việc kéo dài thời gian mổ, tỉ lệ liền xương sọ mặt thì đều tăng, tỷ lệ nhiễm khuẩn không tăng, tránh được biến chứng co rút phần mềm trên những vùng khuyết xương.

Hollier (2001) Motamedi (2003), Glapa (2007), tổng kết điều trị sớm các VTPMPT hoá khí cũng đề nghị điều trị tạo hình sớm tổn thương phần mềm, ghép xương, kết hợp xương nẹp vis, nếu cần có thể chuyển vật tại chỗ để đóng kín VT. Nó làm giảm thiểu tối đa số lần mổ xẻ, nhập viện cho BN mà tỷ lệ biến chứng cũng không cao hơn những NC của các tác giả phẫu thuật làm nhiều thì.

#### **4.3.2. Khâu VT đa theo kỹ thuật tạo hình**

Kết quả thẩm mỹ sẹo xấu 9,7% (Bảng 3.26). Các nguyên nhân bao gồm nhiễm khuẩn, mất tổ chức, sẹo lồi, sẹo quá phát. Đối với việc rơi mất các miếng tổ chức nhỏ tại nơi tai nạn dẫn đến thiếu hụt tổ chức là điều khó tránh khỏi do tỷ lệ TNGT rất cao trong nhóm NC. Tỷ lệ sẹo lồi và quá phát không nhiều (2,7%). Tỷ lệ sẹo xấu do VTPMPT trong nhóm NC không cao cho thấy nếu được cắt lọc sạch,

khâu da không căng, tôn trọng các mốc giải phẫu và tuân thủ theo đúng kỹ thuật tạo hình thì kết quả sẹo đẹp, thẩm mỹ rất cao.

#### **4.3.3. Nối TK VII và ống Stenon thì đầu bằng kỹ thuật vi phẫu**

Có tới 87,5% số nhánh TK được khâu nối phục hồi chức năng vận động gần như bên đối diện, mặc dù có hiện tượng đồng vận mức độ nhẹ. Tất cả 9 BN được khâu nối ống Stenon bằng kỹ thuật vi phẫu đều cho kết quả tốt. Tuy nhiên trong y văn có rất nhiều báo cáo về các biến chứng muộn như nang nước bọt, áp xe, dò nước bọt ra da chứng tỏ rằng các tổn thương ống tuyến thường hay bị bỏ sót.

Hầu hết các PTV đều đồng ý rằng khâu nối sớm, ngay thì đầu TK, ống tuyến bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp tối ưu.

#### **4.3.4. Xử trí tổn thương kèm theo VTPMPT**

##### **Xử trí VT quanh ổ mắt, nhãn cầu**

Tỷ lệ VT vùng mắt rất cao, trong đó 47,2% số BN phải mức bỏ nhãn cầu. Các di chứng mắt có liên quan chặt chẽ với VT dạng X. Ngoài việc gây mù mắt thì các di chứng về thẩm mỹ là lõm ổ mắt, sụp mi, lệch góc mắt trong, tắc lệ đạo (Ảnh 3.2).

##### **Xử trí sớm gãy xương sọ mặt**

Áp dụng nguyên tắc phẫu thuật sọ mặt : Bộc lộ trực tiếp ổ gãy, nắn chỉnh về giải phẫu và cố định bên trong, ghép xương thì đầu nếu cần, cho kết quả tốt về giải phẫu, chức năng thẩm mỹ. Nguyên tắc này có thể áp dụng trong các CTHM hay các vết thương hàm mặt, thậm chí cả các VTPMPT do hỏa khí.

#### **4.3.5. Nối ghép các bộ phận đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu**

##### **Nối ghép da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu**

Về nguyên nhân, lột da đầu chủ yếu là do TNLD, cần chú ý tuyên truyền phòng chống TNLD tốt hơn. Thời gian mổ của chúng tôi trung bình là 8h tương đương như các tác giả Ấn độ và Đài loan.

Theo kinh điển số mạch được nối vi phẫu càng nhiều càng tốt (6-8 mạch) và nên sử dụng cả hệ mạch thái dương và chẩm để khâu nối. Với 5 vật sống 100%, 1 vật sống 50%, 1 vật hoại tử, nhóm BN nối da đầu thành công của chúng ta đang đứng thứ 3 thế giới về số lượng BN và là seri lớn nhất có số vật da sống chỉ với khâu nối 1 ĐM.

#### **Nối ghép môi mũi đứt rời**

Cả 2 BN nối môi mũi đều có hiện tượng ứ máu TM. Do không có địa y tế, chúng tôi đã phải áp dụng phương pháp địa “hóa học”. Tiêm Heparine trực tiếp vào vật da, sau đó chọc kim gây chảy máu. Phương pháp này cho phép dẫn lưu bớt lượng máu ứ mà BN không phải chịu tác dụng phụ của việc sử dụng Heparine toàn thân.

Nối ghép các bộ phận đứt rời trên mặt bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp tối ưu đảm bảo khôi phục chức năng, thẩm mỹ, màu sắc phù hợp, mà không một phương pháp tạo hình nào khác có thể thay thế.

#### **4.4. Kết quả sớm sau mổ**

##### **4.4.1. Tỷ lệ tử vong, nặng xin về sau mổ**

Tỷ lệ tử vong hoặc nặng xin về trong nhóm VTPMPT được phẫu thuật là 2,36%. Không có một nguyên nhân tử vong nào được xác định là do mổ hàm mặt kéo dài. So với tỷ lệ tử vong chung sau mổ cấp cứu của BV Việt Đức là 2,2% năm 2005 và 1,2% năm 2006, 2,27% năm 2007, thì tỷ lệ của chúng tôi không có gì khác biệt [19].

##### **4.4.2. Biến chứng sớm sau mổ**

Không có nhiễm khuẩn (NK) vết mổ ngay sau mổ. Chỉ có 3 BN có NK vết mổ vào khoảng 6 tuần sau mổ và 3 BN xuất hiện NK sau 6 đến 8 tháng. So sánh với các tác giả khác mặc dù tỷ lệ nhiễm khuẩn có khác nhau đối với từng tác giả nhưng tất cả đều cho rằng

NK vết mổ trong VTPMPT là ít và nhẹ nếu được mổ sớm, cắt lọc sạch, điều trị kháng sinh thích hợp.

#### **4.4.3. Thời gian nằm viện**

Thời gian nằm viện của chúng tôi là 8,1 ngày, và có tới hơn 70% số BN chỉ phải mổ một lần mà giải quyết hết tất cả các tổn thương của hàm mặt lần ĐCT. Những con số này rất đáng chú ý, việc giảm số lần mổ, số ngày nằm viện, số lần chuyển viện sẽ giảm bớt khó khăn và tiết kiệm rất lớn cho BN và xã hội rất.

#### **4.5. Kết quả xa sau mổ và các yếu tố ảnh hưởng**

##### **4.5.1. Các biến chứng và di chứng**

Các di chứng toàn thân thường nặng nề (8%), gây ra do các chấn thương phối hợp như có di chứng của CTSN, cắt cụt chi thể, mù do vỡ nhãn cầu hoặc đứt TK thị giác.

Giống như NC của các tác giả khác về VTPMPT trên thế giới các di chứng tại chỗ trong NC của chúng tôi cũng khá cao (29,2%). Tuy nhiên đây là các di chứng nhỏ, việc phẫu thuật sửa chữa không lớn: tạo hình trán bằng lưới Titan, treo mi, sửa sụn, không có trường hợp nào phải cắt xương, phá can, nắn chỉnh phức tạp. Các kết quả sau mổ chấp nhận được, đa số BN hài lòng.

##### **4.5.2. Kết quả xa sau tạo hình sớm VTPMPT**

Các chấn thương phối hợp và CTSN không phải mổ không ảnh hưởng đến kết quả sau mổ (Bảng 3.37). Chỉ những chấn thương phối hợp phải mổ như VTSN hở, vỡ xương trán, mức bỏ nhãn cầu mới ảnh hưởng đến kết quả xa của BN (Bảng 3.40, Ảnh 3.2). Điều này cho thấy ngay cả khi có CTSN, chấn thương phối hợp ta vẫn có thể mổ CTHM mà không ảnh hưởng gì đến kết quả sau mổ.

Về kết quả chung của chúng tôi thì tỷ lệ kết quả Tốt và khá lên tới 90,3%, tương đương như các tác giả trong nước NC về CTHM (Trần Cao Bính, Trần Văn Trường, Trịnh Hồng Mỹ), mặc dù nhóm VTPMPT thì nặng và trầm trọng hơn nhiều về tính chất VT và tỷ lệ ĐCT. Tỷ lệ này cũng tương tự như của các tác giả nước ngoài Hollier, Motamedi, Glapa điều trị các VTPMPT do hỏa khí theo nguyên tắc: sớm, triệt để, toàn diện.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật tạo hình trong điều trị sớm cho 127 BN VTPMPT đầu mặt tại BV Việt Đức từ tháng 11/2004 đến 12/2008 chúng tôi xin rút ra một số kết luận như sau:

### **1. Về đặc điểm lâm sàng, phân loại các VTPMPT vùng Đầu Mặt.**

- VTPMPT chiếm 18,1% số CTHM được điều trị tại BV Việt Đức.
- Tuổi, thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 67 tuổi, độ tuổi thường gặp là từ 19-39 tuổi, chiếm 68,5%.
- Tỷ lệ nam : nữ là 3,69 : 1.
- Nguyên nhân chủ yếu là do TNGT, chiếm 81,1%, tiếp đến TNSH (12,6%), tỷ lệ TNLD ít (6,3%).
- Các BN VTPMPT vùng đầu mặt có tỷ lệ chấn thương phối hợp rất cao (72,4%): CTSN (55,9% số BN), gãy xương chi (25,2% số BN), chấn thương ngực, bụng, cột sống chiếm 10,3%.
- Riêng các tổn thương vùng đầu mặt cũng rất phức tạp và trầm trọng: đứt TK VII, ống tuyến mang tai - 16,5%, vỡ nhãn cầu - 14,2%, gãy phối hợp 2 tầng xương sọ mặt trở lên - 50,4%, đứt rời bộ phận cơ quan - 7,1%.



- Dựa vào hình dạng, hướng đi của các VT, số lượng vùng giải phẫu trên mặt mà VT đi qua, tính chất nguy hiểm, cấp cứu của từng VT, hướng điều trị, kết quả điều trị và tiên lượng, có thể xếp các VTPMPT vào 5 dạng sau đây:

- + VT chu vi, dạng O: VT không quá nặng, kết quả tốt 80,6%.
- + VT chéo dọc, dạng X: điều trị cần phối hợp nhiều chuyên khoa, nhưng kết quả vẫn không cao, chỉ 55,9% đạt kết quả tốt.
- + VT ngang, dạng A: cấp cứu đường thở đặc biệt quan trọng, điều trị không cần phối hợp chuyên khoa, kết quả xa tốt 82,4%.
- + VT trực tiếp, dạng I: chú ý cấp cứu đường thở, chảy máu, kết quả điều trị thường không cao, chỉ có 53,3% đạt tốt.
- + VT do bị Chém, dạng C: chú ý sơ cứu, khâu cầm máu, băng ép.

Điều trị sớm, triệt để, đúng thì kết quả rất tốt (Tốt đạt 87,5%).

Cách nhận dạng VT phân Mềm phức tạp này có thể đặt tên là MOXAIC.

## **2. Về quy trình, chỉ định, kết quả ứng dụng các kỹ thuật tạo hình trong điều trị sớm các VTPMPT.**

- Trong điều trị tạo hình sớm VTPMPT vùng đầu mặt, cần có một bác sỹ nhiều kinh nghiệm đứng ra điều hành, cấp cứu, phân loại, điều phối giữa các chuyên khoa. Trong một cuộc mổ: thứ tự ưu tiên là: ngực, bụng, sọ não, CTHM nặng, gãy xương chi. Nguyên tắc điều trị là: sớm toàn diện triệt để ngay thì đầu.

- Ứng dụng các kỹ thuật tạo hình trong điều trị sớm VTPMPT vùng đầu mặt.

- + 100% VT phân mềm được xử lý theo kỹ thuật tạo hình.
- + 23,6% số BN được khâu nối ngay TK VII, ống Stenon, các bộ phận, cơ quan đứt rời trong cấp cứu bằng kỹ thuật vi phẫu.
- + 84,3% số BN được kết hợp xương trước khi tạo hình phần mềm.

- Tất cả các tổn thương của CTHM và các chấn thương phối hợp như chấn thương ngực, bụng, gãy xương chi, CTSN kể cả CTSN nặng đều được phối hợp sửa chữa ngay thì đầu làm giảm đáng kể số lần mổ và số ngày nằm viện (còn trung bình 8 ngày) mà tỷ lệ tử vong không cao hơn nhóm BN phẫu thuật cấp cứu chấn thương khác trong cùng BV (2,36% so với 2,27%).
- Các biến chứng, di chứng chủ yếu do chấn thương phối hợp, mất tổ chức như mất xương trán, vỡ nhãn cầu, hoặc đứt rời bộ phận chứ không liên quan đến việc phẫu thuật tạo hình hàm mặt sớm.
- Kết quả xa sau mổ từ ít nhất 6 tháng đến 54 tháng : tỷ lệ BN có kết quả tốt 70,8%, khá 19,5%, xấu 9,7%. Có thể kết luận trong điều kiện trang thiết bị, con người cho phép, có sự phối hợp tốt giữa các chuyên khoa, với tình trạng BN không quá nguy kịch, chúng ta có thể ứng dụng các kỹ thuật Tạo hình: sớm, toàn diện, triệt để với tất cả các tổn thương của VTPMPT để cứu sống BN và mang lại kết quả chức năng và thẩm mỹ cao nhất.

**NHỮNG BÀI BÁO LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ**

1. Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Tiến Quyết, Nguyễn Bắc Hùng (2006), “Nhân trường hợp nối lại da đầu đứt rời toàn bộ bằng kỹ thuật vi phẫu”, *Y học thực hành*; **4**: tr. 41-44.
2. Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Tiến Quyết, Nguyễn Bắc Hùng (2007), “Nối lại da đầu đứt rời toàn bộ bằng kỹ thuật vi phẫu: nhân 6 trường hợp đầu tiên tại Việt Nam”, *Y học Việt Nam*; **10**. ( 2). tr. 90-95.
3. Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Bắc Hùng (2009), “Kết quả điều trị tổn thương tủy và ống tủy mang tai trong vết thương phần mềm phức tạp đầu mặt cổ”, *Y học thực hành*; **8**: tr. 60-63.
4. Vũ Trung Trực, Nguyễn Hồng Hà (2009), “Phẫu thuật tạo hình sớm các tổn thương xương vùng trán do chấn thương”, *Y học thực hành*, **9**(1): tr. 41-44.
5. Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Bắc Hùng (2009), “ Kết quả điều trị sớm các tổn thương thần kinh VII và ống tủy mang tai bằng kỹ thuật vi phẫu”, *Y học thực hành*, **9**(2): tr. 16-20.