

Kết quả phẫu thuật thì một tạo hình dị tật tai nhỏ bằng khung sụn tự thân

Vũ Thị Thanh Trúc^{1*}

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

***Tác giả liên hệ**

Vũ Thị Thanh Trúc
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Điện thoại: 0981766477
Email: vttruc@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 30/01/2025
Ngày phản biện: 02/02/2025
Ngày duyệt bài: 23/02/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật thì một tạo hình dị tật tai nhỏ bằng khung sụn tự thân. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu 31 bệnh nhân được chẩn đoán DTTN và phẫu thuật tạo hình vành tai bằng khung sụn tự thân tại khoa Phẫu thuật tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** sau > 1 tháng tại nơi lấy sụn sườn kết quả rất tốt - tốt 100%, số chi tiết trên tai tạo hình 95% ở mức đạt trở lên. **Kết luận:** tạo hình vành tai bằng khung sụn tự thân trong dị tật tai nhỏ là một lựa chọn hiệu quả.

Từ khóa: dị tật tai nhỏ, tạo hình vành tai, chất liệu sụn sườn.

Postoperative outcomes of the first-stage reconstruction of microtia using autologous cartilage

ABSTRACT: Objective: To evaluate the outcomes of first-stage ear reconstruction using autologous cartilage framework. **Subjects and Methods:** This study included 31 patients diagnosed with microtia who underwent auricular reconstruction using autologous costal cartilage at the Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Bach Mai Hospital, from June 2021 to September 2024. **Results:** After more than 1 months, donor site healing was rated as good to excellent in 100% of cases. In the reconstructed ear, 95% of anatomical details achieved a satisfactory or higher level. **Conclusion:** Auricular reconstruction using autologous cartilage framework is an effective option in the treatment of microtia. **Keywords:** microtia, ear reconstruction, autologous rib material.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vành tai có chức năng định hướng âm thanh, kết nối con người với thế giới xung quanh và mang ý nghĩa lớn về tín ngưỡng, nghệ thuật. Dị tật tai nhỏ là một dị tật bẩm sinh giảm sản tai ngoài, từ những bất thường nhỏ của hình dạng và kích thước vành tai tới hoàn toàn không có tai. Tỷ lệ mắc dị tật tai nhỏ trong khoảng 0,8 – 4,53/10.000 ca sinh trên toàn thế giới, nam cao gấp 2,5 lần nữ [1]. Dị tật tai nhỏ dễ nhận biết dẫn đến mặc cảm cho trẻ, do đó cần được can thiệp khi đủ điều kiện, giúp

bệnh nhân sớm hòa nhập và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Hiện tại, điều trị dị tật tai nhỏ có một số phương pháp như: tạo hình vành tai, sử dụng tai giả... Các chất liệu tạo hình vành tai như sụn tự thân, chất liệu nhân tạo, công nghệ nuôi cấy mô, mỗi chất liệu đều có ưu, nhược điểm riêng.

Kỹ thuật tạo hình vành tai bằng khung sụn tự thân mặc dù đã tồn tại nhiều năm nhưng vẫn tiếp tục được cải tiến, với hai điểm mấu chốt là tạo khung sụn ba chiều và chất lượng da che phủ khung sụn. Do đem lại kết quả lâu

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

dài và thẩm mỹ tốt nên chất liệu sụn tự thân được coi là “chất liệu vàng” trong tạo hình toàn bộ vành tai.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu liên quan tới tạo hình vành tai trong dị tật tai nhỏ đã công bố, chủ yếu đề cập đến kết quả chung sau dựng vành tai, một số nghiên cứu về tạo hình vành tai theo kỹ thuật Nagata [2], Brent [3]. Trong tạo hình vành tai bằng khung sụn tự thân, việc giải quyết các vấn đề liên quan đến phẫu thuật lần một là một yêu cầu đối với các phẫu thuật viên tạo hình. Vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả phẫu thuật thì một tạo hình dị tật tai nhỏ bằng khung sụn tự thân” với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thì một tạo hình dị tật tai nhỏ bằng khung sụn tự thân tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2024.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 31 bệnh nhân (BN) với 36 tai dị tật, trong đó 31 tai được tạo hình bằng khung sụn tự thân trong thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2024 tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân đến khám được chẩn đoán DTTN

- Tuổi ≥ 8 [1]
- Vòng ngực qua mũi ức ≥ 60 cm
- DTTN độ nặng theo phân độ của Weerda [4]

- Thời gian theo dõi ≥ 3 tháng

Tiêu chuẩn loại trừ: BN phẫu thuật tạo hình vành tai bằng phương pháp khác không phải khung sụn tự thân.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, hồi cứu kết hợp tiến cứu, mẫu thuận tiện.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 27.

Kỹ thuật

- Lập kế hoạch trước mổ
- Phẫu thuật:

Bước 1: Lấy sụn sườn

Bước 2: Tạo khung sụn: theo các kiểu khung sụn của Firmin

+ Kiểu I: khung đầy đủ (đế khung, gờ luân, gờ đối luân, dải tai, gờ bình, gờ đối bình).

+ Kiểu II: khung thiếu gờ bình.

+ Kiểu III: khung thiếu gờ bình, đối bình.

Bước 3: Tạo khoang đặt khung sụn

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: giới, tuổi, tai dị tật

Phẫu thuật: thành phần khung sụn, kiểu khung sụn

Đánh giá kết quả: biến chứng sớm, kết quả sau > 1 tháng.

Đánh giá chi tiết trên tai tạo hình (Mohit Sharma): tổng số 13 chi tiết, mỗi chi tiết rõ ràng tính 1 điểm, không rõ tính 0 điểm.

Tổng số điểm đạt được chia thành 4 mức độ:

- Rất tốt: 12-13 điểm
- Tốt: 9-11 điểm
- Đạt (chấp nhận được): 6-8 điểm
- Kém: ≤ 5 điểm

Bảng 1. Đánh giá chi tiết trên tai tạo hình theo Mohit Sharma

Chi tiết (giải phẫu)		Điểm
1. Gờ luân	Phần gốc	1
	1/3 trên	1
	1/3 giữa	1
	1/3 dưới	1
2. Gờ đối luân	Trụ trên, dưới	1
	Phần giữa	1
	Gờ đối bình	1
	Gờ bình	1
	Dải tai	1
	Hõm thuyền	1
	Hõm tam giác	1
	Xoăn trên tai	1
	Xoăn dưới tai	1
	Dải tai	1
Hõm thuyền	1	
Hõm tam giác	1	
Xoăn trên tai	1	
Xoăn dưới tai	1	
Tổng điểm		13

KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 36 vành tai của 31 bệnh nhân DTTN tại khoa Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2024, bao gồm 19 BN hồi cứu và 12 BN tiến cứu, tôi thu được kết quả như sau:

Đặc điểm lâm sàng

Giới tính: Nam: 21 BN chiếm tỉ lệ 67,7%; nữ: 10 BN, chiếm tỉ lệ 32,3%.

Tuổi phẫu thuật: nhỏ nhất 8 tuổi, tuổi lớn nhất 29 tuổi. Tuổi phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $13,75 \pm 1,135$.

Tai dị tật: bên phải chiếm 58,1%, tai trái chiếm 25,8%. Có 16,1% BN dị tật cả 2 tai.

Phẫu Thuật

Thành phần khung sụn: tất cả BN phẫu thuật đều lấy sụn sườn VI, VII và VIII.

Kiểu khung sụn:

- Có 14 bệnh nhân tạo khung sụn kiểu I, là những bệnh nhân chỉ còn dái tai.
- Có 10 bệnh nhân tạo khung sụn kiểu II.
- Có 7 bệnh nhân tạo khung sụn kiểu III.

Kết quả phẫu thuật

Kết quả sớm (trong và sau mổ < 1 tháng):

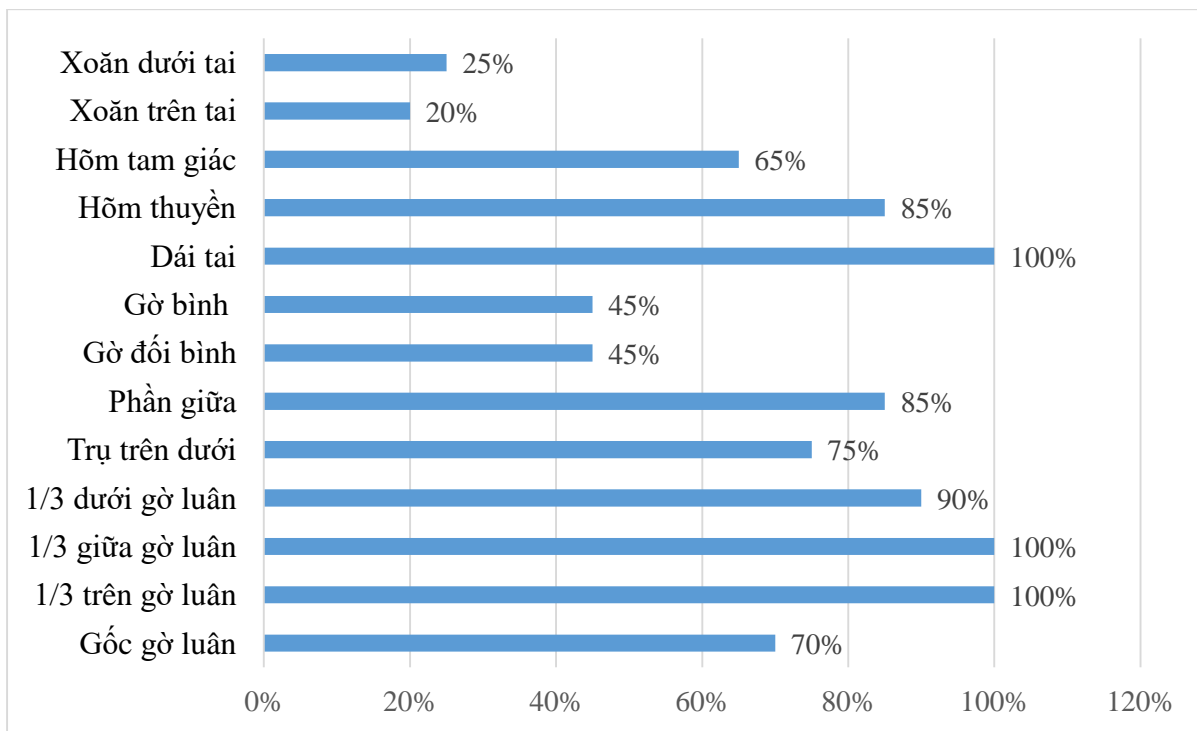
- Nơi lấy sụn sườn: Không ghi nhận biến chứng thủng màng phổi ở bất kỳ bệnh nhân nào.
- Nơi tai tạo hình: 5 BN hoại tử túi da vị trí mép vết mổ trong đó 1 BN cần phẫu thuật cắt lọc hoại tử mép vết mổ, khâu đóng trực tiếp.



Hình 1. Hoại tử mép vết mổ, cắt lọc hoại tử, khâu đóng trực tiếp (Nguồn: BN Đoàn Trọng N.)

Kết quả sau mổ > 1 tháng:

- Nơi lấy sụn sườn: Không ghi nhận biến dạng lồng ngực ở bất kỳ bệnh nhân nào.
- Nơi tai tạo hình:

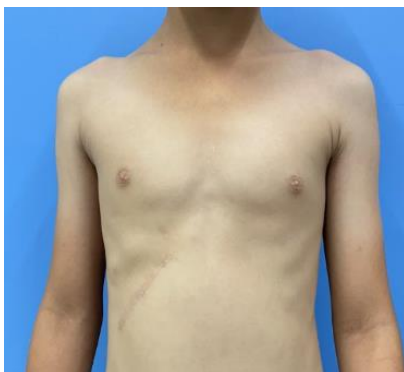


Biểu đồ 1. Chi tiết trên tai tạo hình (n=31)

Đánh giá số chi tiết theo Mohit Sharma

Bảng 2. Bảng điểm đánh giá kết quả sau mổ trên 3 tháng tại tai tạo hình (n=31)

Điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt (12-13)	5	16,1
Tốt (9-11)	12	38,7
Đạt (6-8)	13	41,9
Kém (< 6)	1	3,3
Tổng	31	100



Hình 2. Vị trí lấy sụn sườn đạt kết quả rất tốt
(Nguồn: BN Nguyễn Mạnh H.)



Hình 3. Vị trí tai tạo hình đạt kết quả rất tốt
(Nguồn: BN Vũ Thị Triệu V.)

BÀN LUẬN

Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 8 tuổi, lớn nhất là 29 tuổi. Tuổi phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $13,75 \pm 1,135$. Theo Brent không nên phẫu thuật tạo hình tai nhỏ trước 6 tuổi vì chất lượng và số lượng sụn sườn của trẻ ở thời điểm này chưa đủ cho việc tạo hình khung sụn vành tai [2]. Theo Nagata thời điểm lấy sụn sườn nên bắt đầu từ 10 tuổi và kích thước vòng ngực 60 cm [3]. Có sự khác biệt này là do lượng sụn sườn sử dụng trong kỹ thuật Nagata nhiều hơn. Dù còn rất nhiều tranh luận về thời điểm phẫu thuật nhưng đa số tác giả thống nhất rằng có một số yếu tố để lựa chọn độ tuổi thích hợp như: kích thước vành tai ở tuổi trưởng thành, khối lượng sụn thu được và ảnh hưởng tâm lý từ DTTN đến trẻ. Tổng hợp lại, trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn thời điểm phẫu thuật thì một ≥ 8 .

Số lượng sụn sử dụng sẽ phụ thuộc vào sự phát triển của lồng ngực và loại khung định tạo hình. Việc xác định vị trí phù hợp cho mỗi mảnh sụn như một bài toán ghép hình và được lập kế hoạch khi lấy sụn. Theo Firmin khi chọn lựa sụn sườn nên tuân thủ các nguyên tắc sau [5]:

- Tạo thành khối tránh làm sụn vụn vặt.
- Tận dụng tối đa, tránh sụn thừa không sử dụng được.

Firmin [5] cho rằng sử dụng chi tiết sụn quá nhỏ cũng như quá nhiều mỗi khâu kết nối các chi tiết sụn sẽ làm tăng tình trạng tiêu sụn.

Khung sụn vành tai là sự kết hợp của các khối sụn: phần nền, gờ luân, gờ đối luân và gờ đối bình, gờ bình. Trong nghiên cứu, thiết kế khung sụn được cá thể hóa theo tình trạng dị tật tai của từng BN. Khung sụn kiểu I (với đầy đủ các chi tiết): áp dụng cho những bệnh nhân có vành tai dị tật chỉ còn dải tai.

Khung sụn kiểu II (khung sụn thiếu gờ bình)

Khung sụn kiểu III: khung sụn thiếu gờ bình – đối bình

Kết quả trong 31 trường hợp phẫu thuật không có trường hợp nào thủng màng phổi gây tràn khí, tràn máu khoang màng phổi. Để đạt được kết quả này, bên cạnh việc có kỹ thuật tốt, nhóm phẫu thuật luôn lấy sụn dưới màng sụn nên bảo tồn được màng sụn. So sánh với nghiên cứu của Thomson, tỉ lệ thủng màng phổi là 22% do có lấy màng sụn [6].

Hoại tử mép vết mổ có 5 trường hợp. Trong đó 1 BN cần phẫu thuật cắt lọc mép vết mổ, đóng trực tiếp, ra viện vết mổ liền tốt. Có 4 BN vết mổ được chăm sóc tại chỗ bằng cách: rửa sạch bằng nước muối sinh lý, đắp gạc mỡ betadin, sau đó liền thương tốt. Nguyên nhân hoại tử mép vết mổ có thể do da tại vị trí này mỏng, quá trình bóc khoang và các động tác cầm kẹp gây tổn thương đầu xa, gây tổn thương mạch máu, thiếu dưỡng, hoại tử mép vết mổ.

Kết quả sau > 1 tháng: tất cả BN đều không có biến dạng lồng ngực. Kawannabe và Nagata nhấn mạnh rằng chìa khóa để ngăn ngừa dị tật thành ngực là bảo tồn màng sụn tại vị trí lấy sụn. Trên thực tế, ở tất cả các BN của mình, chúng tôi đều lấy sụn dưới màng sụn, bên cạnh bảo tồn màng sụn, chúng tôi cấy lại những mảnh sụn thừa, gia cố thêm khung sụn.

Chúng tôi đánh giá tai tạo hình theo danh mục chi tiết giải phẫu của Mohit Sharma, thu được kết quả 30 BN kết quả từ mức đạt đến rất tốt.

KẾT LUẬN

Tạo hình vành tai bằng khung sụn tự thân trong dị tật tai nhỏ là một lựa chọn hiệu quả với ưu điểm là kết quả thẩm mỹ tốt, độ bền ổn định, chất liệu ghép không bị đào thải, dị tật mức độ nặng đều có thể áp dụng được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn. Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ vành tai. Ấn bản lần thứ 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2021.
2. Trần Thị Thu. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình thiếu sản vành tai nặng theo kỹ thuật

- Nagata. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội; 2020.
3. Vũ Duy Dũng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình dị tật tai nhỏ theo kỹ thuật Brent. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội; 2020.
 4. Weerda H. Anatomy of the external ear. Surgery of the auricle. Tumors, trauma, defects, abnormalities, Publisher Thieme; 2007.
 5. Firmin, F. and Marchac, A. "A novel algorithm for autologous ear reconstruction", *Semin Plast Surg.* 2011; 25(4), pp. 257-64.
 6. Thomson, H. G., Kim, T.-Y., & Ein, S. H. Residual Problems in Chest Donor Sites after Microtia Reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 95(6), 961–968