

- Hepatolithiasis: a case report and literature review. Hamdan Medical Journal 12(2): 86-89.
4. **Phạm Hồng Liên, Phạm Minh Thông (2022).** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam, 6: 86-92.
 5. **Nguyễn Công Long, Lục Lê Long (2022).** Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, 513(1): 62-65.
 6. **Hu Y, Kou DQ, Guo SB (2020).** The influence of perampullary diverticula on ERCP for treatment of common bile duct stones. Sci Rep, 10(1): 11477.
 7. **Toppi Jason T, Johnson Mary Ann, Page Patrick, et al. (2014).** Magnetic resonance cholangiopancreatography: utilization and usefulness in suspected choledocholithiasis. ANZ J Surg;86(12): 1028-1032.
 8. **Nguyễn Anh Tân, Dương Hồng Thái (2022).** Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam, 511(2): 53-56.
 9. **Boraschi P., Neri E., Braccini G., et al. (1999).** Choledocholithiasis: Diagnostic accuracy of MR. Cholangiopancreatography. Three-year experience. Magn Reson Imaging Clin N Am, 9(17): 1245-1253.
 10. **Fulcher AS, Turner MA(2002).** MR cholangiopancreatography. Radiol Clin North Am, 40(6): 1363-1367.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT THÌ KHUYẾT HỒNG SAU CẮT BỎ BƯỚU LÀNH TÍNH TUYẾN MANG TAI SỬ DỤNG TRUNG BÌ MỠ TỰ THÂN

Nguyễn Thanh Sĩ¹, Đỗ Thành Trí¹, Nguyễn Anh Khôi², Phạm Hiếu Liêm¹

TÓM TẮT

Bài báo nhằm đánh giá kết quả điều trị một thì khuyết hồng sau cắt bỏ bướu lành tính tuyến mang tai sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân, nghiên cứu trên 15 bệnh nhân đã được phẫu thuật tại Khoa Ngoại đầu cổ, Hàm mặt - Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024 với thời gian theo dõi là 6 tháng. Trung bình thể tích bướu cắt bỏ trong nghiên cứu là $19,1 \pm 3,7 \text{ cm}^3$, mảnh ghép mỡ là $27,0 \pm 4,5 \text{ cm}^3$ và lấy dư khoảng $41,6 \pm 9,8 \%$. Theo dõi bằng chụp MRI và siêu âm đều cho thấy tỷ lệ tiêu mỡ mảnh ghép tăng theo thời gian, sau 6 tháng tỷ lệ này là 45,6% trên siêu âm và 50,6% trên MRI. Thể tích mỡ ghép và mức độ tiêu mỡ có tỷ lệ thuận với nhau có ý nghĩa thống kê, với tỷ số tương quan sau 6 tháng trên siêu âm là $r=0,692$ ($p=0,004$) và trên MRI là $r=0,835$ ($p<0,001$). Không gặp trường hợp nào bị hội chứng Frey, chỉ có 2 trường hợp bị biến chứng tụ dịch. Mức độ hải lòng sau phẫu thuật cao, sau 6 tháng thì tỷ lệ rất hải lòng của bác sĩ là 93,5% và bệnh nhân là 86,7%. Tạo hình một thì khuyết hồng sau cắt bỏ bướu lành tính tuyến nước bọt mang tai bằng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân giúp đảm bảo thẩm mỹ khuôn mặt, ngăn ngừa hội chứng Frey. Phương pháp phẫu thuật này đơn giản, an toàn, phù hợp với kích thước của khuyết hồng và ít biến chứng, ít ảnh hưởng nơi cho. **Từ khóa:** Bướu lành tính tuyến mang tai, trung bì mỡ tự thân, hội chứng Frey.

SUMMARY

THE RESULTS OF PRIMARY REPAIR AND RECONSTRUCTION OF DEFECTS AFTER RESECTION OF BENIGN PAROTID TUMORS

*Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

USING AUTOLOGOUS DERMAL FAT GRAFTS

The article's aims to evaluate the results of primary repair and reconstruction of defects after resection of benign parotid tumors using autologous dermal fat grafts. Our study was performed in 15 patients who underwent surgery at the Department of Head and Neck Surgery, Maxillofacial Surgery - Ho Chi Minh City Oncology Hospital from October 2023 to October 2024 with a follow-up period of 6 months. The average volume of the resected tumor in the study was $19.1 \pm 3.7 \text{ cm}^3$, the dermal fat graft was $27.0 \pm 4.5 \text{ cm}^3$ and the excess was about $41.6 \pm 9.8\%$. Follow-up by MRI and ultrasound both showed that the rate of graft fat resorption increased over time, after 6 months this rate was 45.6% on ultrasound and 50.6% on MRI. The volume of graft dermal fat and the degree of fat loss were statistically significantly proportional, with the correlation ratio after 6 months on ultrasound being $r=0.692$ ($p=0.004$) and on MRI being $r=0.835$ ($p<0.001$). There were no cases of Frey syndrome, only 2 cases of seroma complications. The satisfaction level after surgery was high, after 6 months the rate of very satisfied doctors was 93.5% and patients was 86.7%. Primary repair and reconstruction of the defect after resection of benign parotid gland tumors with autologous dermal fat grafts helps ensure facial aesthetics and prevent Frey syndrome. This surgical method is simple, safe, suitable for the size of the defect, has few complications, and has little impact on the donor site. **Key words:** Benign parotid tumors, dermal fat grafts, Frey syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê, tỷ lệ mắc bướu tuyến nước bọt trên toàn thể giới khoảng 0,4-6,5/100.000 dân¹. bướu tuyến nước bọt mang tai chiếm khoảng 3-6% bướu của đầu mặt cổ, chiếm đến 64-80% bướu tuyến nước bọt nói chung, đây là một bướu phức tạp và đa dạng nhất. Trong

bướu lành tính tuyến nước bọt mang tai thì bướu hỗn hợp phổ biến nhất chiếm tới 80%, tiếp theo là bướu Warthin². Ngày nay, phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với các bướu lành tính của vùng tuyến nước bọt mang tai là phẫu thuật cắt bỏ thùy nông hoặc cắt trọn tuyến có bảo tồn dây thần kinh VII³. Điều này nhằm điều trị triệt để và giảm tỷ lệ tái phát bướu, tuy nhiên, tổn khuyết sau khi cắt bướu nhiều dẫn tới tăng tỷ lệ mắc hội chứng Frey (Frey's syndrome - Tăng tiết mồ hôi, mặt đỏ sau phẫu thuật do tổn thương nhánh dây thần kinh tai - thái dương) và thường gây khuyết lõm, thiếu tính thẩm mỹ đường nét cân đối 2 bên khuôn mặt. Việc điều trị các khuyết hổng này nhằm giảm thiểu ảnh hưởng của hội chứng Frey và tăng tính thẩm mỹ đường nét khuôn mặt cho người bệnh đôi khi vẫn là thách thức đối với các phẫu thuật viên tạo hình. Ghép trung bì mỡ tự thân là một trong những phương pháp lý tưởng do khả năng tương thích sinh học, nguồn mô tự thân phong phú, hiệu quả đạt được tốt và tỷ lệ biến chứng thấp ở cả nơi cấy ghép và nơi cho⁴. Phẫu thuật này cũng tương đối dễ thực hiện, có thể áp dụng rộng rãi ở những bệnh viện tuyến cơ sở, giúp tiết kiệm cho bệnh nhân về chi phí và thời gian đi lại. Bài báo nhằm đánh giá kết quả điều trị một thì khuyết hổng sau cắt bỏ bướu lành tính tuyến mang tai sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 15 bệnh nhân được chẩn đoán bướu tuyến mang tai lành tính đã được phẫu thuật tạo hình khuyết hổng sau cắt bướu tuyến mang tai bằng trung bì mỡ tự thân tại Khoa Ngoại đầu cổ, Hàm mặt - Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

2.3. Quy trình thực hiện nghiên cứu: Tiến hành theo quy trình phẫu thuật tại Khoa Ngoại đầu cổ, Hàm mặt - Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bướu tuyến mang tai có chỉ định phẫu thuật tạo hình khuyết hổng sau cắt bướu tuyến mang tai bằng trung bì mỡ.

Phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản

Bước 1: Phẫu thuật cắt bỏ: Cắt bướu tuyến mang tai, cắt một phần thùy nông, thùy sâu, hoặc toàn bộ.

Bước 2: Đo kích thước vùng bướu tuyến mang tai bị cắt bỏ.

Bước 3: Lấy mảnh ghép trung bì – mỡ: Thiết kế đường vẽ hình elip vùng nếp lằn bẹn cùng

bên với khối bướu (Lưu ý ưu tiên đường mổ ngắn, lấy khối mỡ nhiều hơn phần trung bì). Mảnh ghép chứa lớp trung bì và mỡ dưới da sau đó được bóc tách trọn khỏi vùng cho, mảnh ghép nên được lấy lớn hơn 20% đến 30% so thể tích khối bướu cắt bỏ.

Bước 4: Phẫu thuật tái tạo: Tạo ổ nhận ghép và đặt mảnh ghép lên diện khuyết tổ chức tổn thương vùng tuyến mang tai với lớp trung bì hướng lên ở nông sát với bề mặt da.

Bước 5: Cố định mảnh ghép bằng chỉ khâu gián đoạn Vicryl 4/0 (hoặc Monosyl 4/0), đặt ống dẫn lưu thoát dịch trong 24 giờ.

Đánh giá kết quả phẫu thuật bao gồm các biến chứng, thể tích mảnh ghép trên siêu âm tại thời điểm 1 tuần, 3 tháng, 6 tháng; thể tích mảnh ghép qua chụp MRI tại thời điểm 1 tuần và 6 tháng; thang đo cải thiện thẩm mỹ toàn cầu GAIS, thang điểm thẩm mỹ sẹo Vancouver tại nơi cho và nơi nhận.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu dưới sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh số 862/BVUBHĐĐD ngày 25/12/2023 và sự đồng ý của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình khuyết hổng sau cắt bướu tuyến mang tai là $51,7 \pm 12,7$ tuổi. Phần lớn bệnh nhân bướu tuyến mang tai ở bên trái (66,7%), và bướu hỗn hợp (73,3%). Kích thước bướu trung bình là $2,51 \pm 0,69$ cm, nhóm bướu có kích thước 2-4 cm chiếm phần lớn (66,7%).

Trung bình thể tích bướu cắt bỏ trong nghiên cứu là $19,1 \pm 3,7$ cm³, mảnh ghép mỡ là $27,0 \pm 4,5$ cm³ và lấy dư khoảng $41,6 \pm 9,8$ %. Phương pháp MRI và siêu âm đều cho thấy tỷ lệ tiêu mỡ mảnh ghép tăng theo thời gian. Cụ thể vào thời điểm 1 tuần tỷ lệ tiêu mỡ trên MRI và siêu âm dao động từ 11,1%-12,8%. Sau 3 tháng, tỷ lệ tiêu mỡ mảnh ghép trên siêu âm tăng lên đáng kể đến 37,4%. Tuy nhiên đến thời điểm 6 tháng tỷ lệ này có tăng thêm nhưng không nhiều so với thời điểm trước đó và dao động từ 45,6% trên siêu âm đến 50,6% trên MRI.

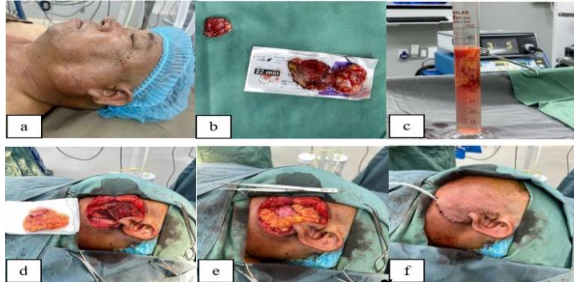
Thể tích mảnh ghép và mức độ tiêu mỡ có tỷ lệ thuận với nhau có ý nghĩa thống kê, với tỷ số tương quan sau 6 tháng trên siêu âm là $r=0,692$ ($p=0,004$) và trên MRI là $r=0,835$ ($p<0,001$), tương ứng mức độ tương quan trung bình đến chặt chẽ.

Sau mổ 1 tuần, có 2 bệnh nhân gặp biến chứng tụ dịch (13,33%) đã được điều trị khỏi bằng chọc hút và băng ép. Đây cũng là 2 trường

hợp có mức độ tiêu mỡ mảnh ghép sau mổ 1 tuần cao nhất, lần lượt là tiêu giảm 31,3% và 34,3% so với thể tích mảnh ghép ban đầu. Không gặp trường hợp nào bị hội chứng Frey, nhiễm trùng, rò nước bọt, đau dây thần kinh sinh ba, đỏ bừng mặt. Sau mổ 3 tháng, 2 trường hợp tụ dịch đã khỏi và không xuất hiện thêm biến chứng nào. Sau 6 tháng, không xuất hiện biến chứng nào khác.

Thang Vancouver đánh giá thẩm mỹ sẹo về các khía cạnh sắc tố, mạch máu, độ mềm dẻo, và chiều cao. Kết quả cho thấy tất cả các đặc điểm trên đều được bác sĩ và bệnh nhân đánh giá cải thiện theo thời gian.

Mức độ hài lòng sau phẫu thuật theo GAIS do bác sĩ hay bệnh nhân đánh giá có xu hướng cải thiện tốt hơn theo thời gian. Cụ thể, sau 6 tháng thì mức độ đánh giá của bác sĩ (93,5%) và bệnh nhân (86,7%) gần tương đương nhau với tình trạng cải thiện vượt trội sau phẫu thuật.



Hình 1. Quy trình phẫu thuật

a: Trước phẫu thuật, b: Khối bướu TMT sau khi cắt bỏ, c: đo thể tích khối bướu cắt bỏ và thể tích mảnh ghép lấy, d: Vùng khuyết lõm TMT và mảnh ghép mỡ trung bì, e: Vùng TMT sau khi ghép mỡ trung bì, f: Sau phẫu thuật.



Hình 2. Kết quả phẫu thuật

a: Trước phẫu thuật, b: sau mổ 1 tuần, c: sau mổ 3 tháng, d: sau mổ 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi cắt bỏ khối bướu có thể tích trung bình là $19,2 \pm 3,7 \text{ cm}^3$ với bướu nhỏ nhất 15 cm^3 và bướu lớn nhất 26 cm^3 . Nghiên cứu của Fawzy có thể tích bướu cắt bỏ

trung bình là $24,89 \pm 4,96 \text{ cm}^3$ (từ 19,0 đến $40,0 \text{ cm}^3$)¹; của tác giả Mianroodi lại cắt bỏ trung bình $13,36 \pm 12,8 \text{ ml}^4$. Thể tích bướu giữa các nghiên cứu có sự khác biệt, phụ thuộc vào đặc điểm mẫu với thời gian phát hiện và quyết định điều trị vào giai đoạn nào. Hiện nay, thái độ của người bệnh đã cảnh giác hơn với những khối bướu bất thường, có xu hướng đi khám sớm hơn so với trước đây. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với thể tích bướu cắt bỏ trung bình $19,2 \pm 3,7 \text{ cm}^3$ thì khuyết hổng để lại không quá lớn và phù hợp để có thể sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân, nơi cho mảnh ghép có thể dễ dàng đóng trực tiếp.

Ghép mỡ đã được báo cáo từ những năm 1893, và được báo cáo là có hiệu quả trong việc bảo tồn thẩm mỹ khuôn mặt. Việc sử dụng mỡ làm vật liệu tái tạo thẩm mỹ có nhiều ưu điểm như chống nhiễm trùng, có tính mềm dẻo, không gây ra phản ứng loại thải. Phương pháp này đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc lấp đầy các khuyết hổng ở vùng đầu mặt cổ, bao gồm cả các khuyết hổng sau cắt tuyến nước bọt⁵. Tuy nhiên, mảnh ghép mỡ sẽ bị tái hấp thu, vì sự tái hấp thu mỡ khó dự đoán nên nhiều tác giả khuyên nên thực hiện chỉnh sử dụng lượng mỡ ghép lấy dư khoảng 15- 40% để bù đắp cho sự giảm kích thước trong tương lai⁴. Một số tác giả khác cho rằng việc lấy kèm lớp trung bì vào mảnh ghép có thể giúp tái tạo mạch máu và làm giảm sự tái hấp thu mỡ vì đảm bảo mạch máu bì còn nguyên vẹn có thể thúc đẩy sự sống sót của tế bào mỡ. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, đã hiệu chỉnh quá thể tích bướu đã cắt và sử dụng mảnh ghép mỡ lấy cùng phần trung bì để tạo hình che phủ khuyết hổng. Thực tế trong phẫu thuật mức độ lấy dư của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu, trung bình thể tích mỡ lấy dư $41,6 \pm 9,8\%$. Việc lấy dư thể tích mảnh ghép mỡ với tỷ lệ khác nhau tùy theo nghiên cứu, Mianroodi⁴ (2021) đã lấy dư thể tích mỡ ghép 20-30%, Fawzy¹ (2023) đã lấy dư thể tích mỡ ghép 25-30%.

Mảnh ghép trung bì mỡ có thể lấy từ bất kỳ vị trí nào cũng dùng để ghép được, các vị trí lấy mỡ phổ biến nhất là vùng bụng, vùng bẹn đùi và mông. Nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ lấy từ vùng nếp lằn bẹn cùng bên phẫu thuật bóc bướu nhằm thuận tiện cho việc phẫu thuật và rút ngắn thời gian do có thể thực hiện hai kíp phẫu thuật cùng lúc. Việc lựa chọn vị trí lấy mảnh ghép phải tính đến các đặc điểm cụ thể: về mặt thẩm mỹ, chỉ nên chọn những bộ phận cơ thể sẽ được che phủ; về mặt chức năng, nguy cơ phát triển u

nang biểu mô tăng lên ở nơi cho có lông mọc dày. Vì lý do này, một số tác giả đã chọn vùng bụng dưới phía trên xương mu. Theo nghiên cứu của Hwang và cộng sự năm 2001, vùng nếp gian mông là nơi cho mảnh ghép tốt nhất. Tác giả đã so sánh các vị trí cho mảnh ghép khác nhau trên xác về độ dày da và số nguyên bào sợi và tế bào sợi. Hwang kết luận rằng da vùng xương cụt là nơi cho thích hợp cho ghép trung bì mỡ vì lớp trung bì của nó có nhiều nguyên bào sợi và tế bào sợi hơn và tồn tại bền vững hơn các vùng khác được nghiên cứu. Ngoài ra, sẹo vùng nếp gian mông có thể che giấu tốt, tuy nhiên, nhược điểm lớn nhất của phương pháp là bệnh nhân phải nằm sấp để lấy mảnh ghép⁶.

Kết quả nghiên cứu với thể tích mảnh ghép đo bằng cả phương pháp siêu âm và MRI đều cho thấy thể tích mảnh ghép giảm dần theo thời gian. Thể tích mảnh ghép còn lại sau 6 tháng bị giảm, đánh giá bằng siêu âm thể tích mảnh ghép tiêu giảm 45,6% và bằng chụp MRI thì mảnh ghép tiêu giảm 50,6% so với thể tích ban đầu. Mức độ tiêu mỡ này thấp hơn một chút nghiên cứu của Chandarana, tuy nhiên tác giả đã đánh giá tỷ lệ tái hấp thu mảnh ghép trung bì mỡ thời điểm 1 và 6 tháng sau phẫu thuật chứ không phải là thể tích mảnh ghép ban đầu, kết quả mảnh ghép bị tiêu giảm trung bình 69%⁷. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ do các tác giả khác báo cáo vì hầu hết các nghiên cứu đều khuyến nghị sử dụng mảnh ghép lớn hơn khuyết hổng cắt tuyến mang tai từ 20% đến 40%.

Một trong những nhược điểm đặc biệt của ghép trung bì mỡ tự thân là sự tái hấp thu mỡ, có thể dao động từ 10 đến 50 phần trăm thể tích ban đầu của khối mỡ ghép. Sự tiêu giảm thể tích này đã được Mackay và cộng sự giải thích bằng nghiên cứu thực nghiệm trên động vật, cho thấy một phần mô mỡ ghép đã bị thay thế bằng mô xơ của vật chủ⁸. Có một số lý thuyết về khả năng sống của mô mỡ ghép tự do: các tế bào mỡ được ghép bao gồm các tế bào mỡ trưởng thành, tiền tế bào mỡ và tế bào gốc từ mô mỡ. Hai loại tiền tế bào và tế bào gốc có khả năng chống đỡ lại chấn thương tốt hơn tế bào mỡ trưởng thành, do chúng khác biệt về kích thước, mức độ trao đổi chất, và hàm lượng lipid nội bào ít hơn. Các tế bào mỡ trưởng thành chứa nhiều lipid, mỏng manh hơn, dễ bị tổn thương hơn. Trên thực tế, tiền tế bào mỡ và tế bào gốc có nguồn gốc từ mô mỡ có thể là những mô duy nhất sống sót sau khi ghép tự do. Ngoài ra, mô mỡ của con người có tỷ lệ tế bào gốc trưởng thành cao nhất trong cơ thể, tới 5000 tế bào gốc có nguồn gốc từ mô mỡ trên mỗi gam chất béo.

Người ta cho rằng ghép trung bì mỡ có khả năng sống sót tốt hơn so với ghép mỡ tự do, vì mạng mạch ở lớp trung bì và dưới trung bì còn nguyên vẹn có thể tăng cường sống sót cho tế bào mỡ. Nosan và cộng sự đã đưa ra giả thuyết về các yếu tố khác nhau gây ra sự tái hấp thu mỡ ghép như độ dày quá mức của mảnh ghép, kỹ thuật xử lý kém và nền mạch máu nơi nhận không tốt⁹. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu thể tích mỡ ghép và mức độ tiêu mỡ có tỷ lệ thuận với nhau có ý nghĩa thống kê, với tỷ số tương quan sau 6 tháng trên siêu âm là $r=0,692$ ($p=0,004$) và trên MRI là $r=0,835$ ($p<0,001$). Việc phục hồi nguồn cung cấp máu đầy đủ cho mỡ ghép là chìa khóa để giảm thiểu sự tái hấp thu. Trong bốn ngày đầu sau phẫu thuật, các tế bào mỡ nhận được dinh dưỡng hạn chế vì chủ yếu chúng đến từ thẩm thấu từ mô xung quanh¹⁰. Khi thể tích khối bướu cắt bỏ lớn, mảnh ghép tương ứng cũng phải lấy lớn theo. Do cấu trúc ghép dạng khối nên phần trung tâm mảnh ghép sẽ khó nhận được nguồn dinh dưỡng thẩm thấu từ nền nhận xung quanh, khiến mảnh ghép tăng mức độ bị tái hấp thu mỡ.

Xét về mặt chức năng, nhiệm vụ quan trọng nhất của mảnh ghép trung bì mỡ là ngăn ngừa hội chứng Frey. Trong nhiều giả thuyết để giải thích bệnh căn hội chứng Frey có thể có lý nhất đó là do thoái hoá nhanh sợi trục của dây thần kinh cận giao cảm chi phối các tuyến mồ hôi dưới da. Khi phẫu thuật lấp đầy với mảnh ghép, với vai trò là một rào cản sinh học, mảnh ghép sẽ ngăn các sợi thần kinh phó giao cảm chi phối các tuyến mồ hôi của da bên trên một cách không phù hợp, và bổ sung khối lượng cho nền tuyến nước bọt, lấp đầy sự thiếu hụt do phẫu thuật cắt bỏ tuyến nước bọt. Trong nghiên cứu này của chúng tôi hội chứng Frey được chẩn đoán qua hỏi bệnh nhân các triệu chứng tăng tiết mồ hôi một bên, đỏ và bùng mặt khi bị kích thích. Trong quá trình theo dõi 6 tháng, không bệnh nhân nào xuất hiện hội chứng Frey dựa trên triệu chứng chủ quan. Thật vậy, nhiều nghiên cứu trước đây đã chứng minh các phương pháp lấp đầy khoảng hổng sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến mang tai giúp giảm đáng kể hội chứng Frey. Theo nghiên cứu của Dulguerov và cộng sự đã báo cáo, ở những bệnh nhân không sử dụng mảnh ghép tạo hình, tỷ lệ mắc hội chứng Frey là 50% theo đánh giá chủ quan và 80% theo đánh giá khách quan. Ở những bệnh nhân sử dụng mảnh ghép tạo hình khuyết hổng, tỷ lệ này lần lượt là 3% và 10%, thấp hơn đáng kể.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ 1 tuần, có 2 bệnh nhân gặp biến chứng tụ dịch,

chiếm 13,3%. Không gặp trường hợp nào bị nhiễm trùng, rò nước bọt, đau dây thần kinh sinh ba, đỏ bừng mặt. Sau mổ 3 tháng và 6 tháng, không xuất hiện biến chứng nào. Bên cạnh sự tiêu mảnh ghép, những biến chứng khác khi sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân là tình trạng mỡ hóa lỏng dẫn đến tụ dịch, nhiễm trùng và chậm liền vết thương. Chandarana báo cáo tỷ lệ biến chứng là 12,5% (2/16) do tụ dịch⁷. Hai trường hợp tụ dịch này cũng tương ứng là 2 bệnh nhân có mức độ tiêu mỡ mảnh ghép sau mổ 1 tuần cao nhất, lần lượt là tiêu giảm 31,3% và 34,3% so với thể tích ban đầu. Có thể hiện tượng hóa lỏng mỡ mảnh ghép vượt quá khả năng hấp thu của cơ thể là nguyên nhân dẫn đến tình trạng tụ dịch này. Cả hai trường hợp đã được điều trị khỏi bằng chọc hút, băng ép.

Việc ghép trung bì mỡ sau khi cắt bỏ tuyến mang tai không chỉ quan trọng trong ngăn ngừa hội chứng Frey mà còn có tác dụng lớn về mặt thẩm mỹ phục hồi đường nét khuôn mặt. Do đó, mục tiêu của phương pháp này là cải thiện chất lượng cuộc sống và sự hài lòng tối đa cho bệnh nhân. Đánh giá sẹo ở vùng mang tai, chúng tôi thấy trong quá trình liền thương ở một vết sẹo bình thường, mức độ phản ứng viêm tăng dần và đạt đỉnh tại thời điểm 2-3 tháng, sau đó phản ứng viêm giảm dần; tương ứng với đó thì sẹo ở thời điểm 2-3 tháng là mất thẩm mỹ nhất trong thời gian liền sẹo. Quan sát sẹo ở nơi cho vùng ben, chúng tôi thấy đặc điểm liền sẹo vùng ben không tốt như sẹo vùng mang tai. Điều này có thể do đặc điểm da vùng mặt được cấp máu tốt hơn nên liền thương sẹo tốt hơn, bên cạnh đó, khi phẫu thuật cắt bướu lành tính tuyến mang tai, vạt da vùng mang tai được bảo tồn nên vết thương sẽ liền không căng. Trong khi đó vết mổ nơi cho mảnh ghép ở vùng ben được cấp máu kém hơn, vết thương căng hơn do đã lấy mất mảnh da ghép, vết thương ở vùng vận động. Những yếu tố này làm cho sẹo vùng ben mất thẩm mỹ hơn sẹo vùng mang tai và có thể hình thành sẹo xấu, sẹo phì đại.

Mức độ hài lòng sau phẫu thuật cao, sau 6 tháng thì tỷ lệ rất hài lòng của bác sĩ là 93,5% và bệnh nhân là 86,7%. Tương tự như nghiên cứu của Mianroodi, phần lớn bệnh nhân hài lòng với vẻ ngoài thẩm mỹ (87,5%), không bận tâm đến vẻ ngoài thẩm mỹ (75%) và không cảm thấy khó chịu tại vị trí nơi cho (87%)⁴. Nghiên cứu của Fawzy cho kết quả 92% bệnh nhân đánh giá tốt hoặc rất tốt, 8% đánh giá trung bình và không trường hợp nào không hài lòng về kết quả phẫu thuật¹.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình một thị khuyết hồng sau cắt bướu lành tính tuyến nước bọt mang tai bằng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân giúp đảm bảo thẩm mỹ khuôn mặt, ngăn ngừa hội chứng Frey. Kỹ thuật phẫu thuật này đơn giản, an toàn, phù hợp với kích thước của khuyết hồng và ít biến chứng, ít ảnh hưởng nơi cho. Việc xác định kích thước chính xác của mảnh ghép là rất khó đối với từng bệnh nhân và đòi hỏi một số kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Do dự kiến sẽ có sự tiêu giảm thể tích, nên khuyến nghị điều chỉnh quá mức 20–30%, hoặc thậm chí cao hơn nếu nền nhận mảnh ghép có giường mạch máu nuôi tốt, khối mỡ ghép được dàn trải đều trên nền khuyết hồng. (Nên hạn chế để khối mỡ khu trú do nguy cơ cao gây thiếu dưỡng trung tâm khối mỡ, dẫn đến hiện tượng tiêu mỡ nhiều về sau).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fawzy A, Balbaa MA, Hagag M.** Evaluation of functional and aesthetic outcomes of free dermal fat graft versus superficial musculoaponeurotic system flap after superficial parotidectomy: randomized clinical trial. *BJS Open*. 2023;7(3):zrac173. doi:10.1093/bjsopen/zrac173
2. **Đinh Xuân Thành.** Nghiên Cứu Chẩn Đoán và Điều Trị Phẫu Thuật u Tuyến Nước Bọt Mang Tai. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
3. **Larian B.** Parotidectomy for Benign Parotid Tumors. *Otolaryngol Clin North Am*. 2016; 49(2):395-413. doi:10.1016/j.otc.2015.10.006
4. **Mianroodi AA, Mohtashami S, Romero N, Fuson A, Joshi A, Sadeghi N.** Autologous Free Dermal-Fat-Fascial Graft for Parotidectomy Defects: A Case Series. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*. 2021;130(10):1171. doi:10.1177/0003489421999542
5. **Chan LS, Barakate MS, Havas TE.** Free fat grafting in superficial parotid surgery to prevent Frey's syndrome and improve aesthetic outcome. *J Laryngol Otol*. 2014;128 Suppl 1:S44-49. doi:10.1017/S0022215113001394
6. **Hwang K, Kim BG, Kim YJ, Chung IH.** Lateral Septoaponeurotic Artery: Source of Bleeding in Blepharoplasty Performed in Asians. *Annals of Plastic Surgery*. 2003;50(2):156. doi:10.1097/01.SAP.0000037262.92628.B1
7. **Chandarana S, Fung K, Franklin JH, Kotylak T, Matic DB, Yoo J.** Effect of autologous platelet adhesives on dermal fat graft resorption following reconstruction of a superficial parotidectomy defect: a double-blinded prospective trial. *Head Neck*. 2009;31(4):521-530. doi:10.1002/hed.20999
8. **Mackay DR, Manders EK, Saggars GC, Schenden MJ, Zaino R.** The fate of dermal and dermal-fat grafts. *Ann Plast Surg*. 1993;31(1):42-46.
9. **Nosan DK, Ochi JW, Davidson TM.** Preservation of facial contour during parotidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991;104(3):293-298. doi:10.1177/019459989110400302