



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
PHẪU THUẬT THẨM MỸ**

Năm 2019

PHỤ LỤC

STT	TÊN BỆNH	MÃ ICD	Trang
1	Da dư mi mắt trên (upper blepharoplasty)	H02.5	1
2	Da dư mi mắt dưới (lower blepharoplasty)	H02.5	3
3	Sống mũi thấp (low nasal bridge)	Q30.1	5
4	Dư mỡ bụng (liposuction)	Q30.1	7
5	Dư da mỡ bụng (abdominoplasty)	Q30.1	9
6	Lão hoá da mặt (facelift)	L98.9	12
7	Teo tuyến vú (micromastia)	L98.9	14
8	Ngực phì đại (gigantomastia)	N60.3	16
9	Ngực sa trễ (mastopexy)	L98.9	18
10	Mụn thịt (skintag)	H01.1	21
11	Mụn trứng cá (acnes vulgaris)	L81.1	22
12	Sạm da (melasma)	L13.1	25
13	Sẹo lồi, sẹo phì đại (keloid)	L73.0	28

DU' DA MI MẮT TRÊN

(UPPER BLEPHAROPLASTY)

ICD: H02.5

I. KHÁI NIỆM

Da dư mi trên là tình trạng da mi bị chùng giãn do lão hóa, tạo thành nếp da mỏng, lỏng lẻo che phủ nếp mí trên, đôi khi cả khe mí, cản trở tầm nhìn. Tình trạng da thừa mi trên cũng có thể do bẩm sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- + Da mi mắt trên chùng nhão.
- + Bọng mắt mi trên nhìn thấy.

2. Phân độ dư da:

- + Độ 1: da dư che lấp đường nếp mí.
- + Độ 2: da dư phủ dưới đường nếp mí 1-2mm, chưa tới bờ tự do của mí mắt.
- + Độ 3: da dư phủ tới bờ tự do của mí mắt.
- + Độ 4: da dư vượt quá bờ tự do của mí mắt, giảm thị trường trên.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: Phẫu thuật.

1. Chỉ định:

- PT bấm mí (tạo hình mí bằng chỉ, không cắt da): áp dụng với dư da độ 1 và độ 2.
- PT cắt da dư: áp dụng với dư da độ 3 và độ 4.

2. Kỹ thuật:

- Gây tê tại chỗ bằng Lignospan.
- PT bấm mí: khâu tạo hình mí bằng chỉ Nylon 6-0, không cắt da
- PT cắt da dư:
 - + Cắt da dư.
 - + Lấy túi mỡ tùy theo từng trường hợp.
 - + Khâu tạo hình nếp mí.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỒ

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường uống 5 đến 7 ngày sau mổ (augmentin), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (clindamycin).

- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Băng ép.

- Chườm lạnh.

- Thay băng hằng ngày, cắt chỉ sau mổ 5 đến 7 ngày.

- Theo dõi quá trình liền sẹo và tạo sẹo, áp dụng các biện pháp chống sẹo xấu nếu cần.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật:

- Chảy máu: đốt cầm máu hoặc may 2 mũi ở 2 góc sâu để buộc nhánh của động mạch mi trên.

- Tồn thương cân cơ nâng mi.

- Cắt quá nhiều da làm hở mi: tạo vạt da, ghép da.

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu: nếu nhẹ, băng ép tại chỗ và chườm lạnh, nếu nặng phải mở vết mổ, tìm điểm chảy máu để cầm máu chính xác.

- Sụp mi: theo dõi sát trong vài ngày, nếu cần phải tìm cân cơ nâng mi để khâu nối.

- Hở mi: tình trạng hở mi có thể tự cải thiện sau vài tuần. Nếu do thiếu da phải tạo hình vạt da, ghép da.

- Trễ mi: có thể hết sau vài tuần, nếu không phải tạo hình vạt da, ghép da.

- Có hai nếp mí, hoặc không tạo được nếp mí cần mổ chỉnh lại.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Phẫu thuật thẩm mỹ – Bệnh viện Chợ Rẫy 2019.

DU DA MI MẮT DƯỚI

(LOWER BLEPHAROPLASTY)

ICD: H02.5

I. KHÁI NIỆM

Da dư mi dưới là tình trạng da mi dưới bị giãn, mắt đàn hồi cùng với tình trạng nhão cơ vòng mi tạo thành những nếp da chùn mỏng, lỏng lẻo. Nếu vách ngăn mi và cơ vòng mi cùng bị yếu thì mỡ ở hốc mắt sẽ lộ ra trước tạo thành túi mỡ ở mí dưới. Mỡ dưới da ở vùng mi dưới cũng có thể bị thoái triển làm mi mắt bị lõm, hình thành dòng lệ (tear trough).

II. CHẨN ĐOÁN

- Da mi mắt dưới chùng nhão.
- Bọng mắt mi dưới nhìn thấy.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: Phẫu thuật.

1. Chỉ định:

- Người bệnh có da dư mi dưới.
- Người bệnh có nguyện vọng được mổ.

2. Kỹ thuật:

- Gây tê tại chỗ bằng Lignospan, mỗi bên 3ml - 4ml.
- Cắt da dư.
- Lấy túi mỡ tùy theo từng trường hợp.
- May da mũi rời bằng chỉ Nylon 6-0.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường uống 5 đến 7 ngày sau mổ (augmentin), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (clindamycin).
- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Băng ép.
- Chườm lạnh.
- Thay băng hằng ngày, cắt chỉ sau mổ 5 đến 7 ngày.

- Theo dõi quá trình liền sẹo và tạo sẹo, áp dụng các biện pháp chống sẹo xấu nếu cần.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật:

- Chảy máu: đốt cầm máu tại chỗ
- Cắt quá nhiều da làm hở mi: tạo vạt da, ghép da

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu: nếu nhẹ, băng ép tại chỗ và chườm lạnh, nếu nặng phải mở vết mổ, tìm điểm chảy máu để cầm máu chính xác.
- Hở mi: tình trạng hở mi có thể tự cải thiện sau vài tuần. Nếu do thiếu da phải tạo hình vạt da, ghép da. Có thể dùng phẫu thuật treo góc ngoài mắt để cải thiện tình trạng này.
- Chảy máu: nhẹ băng ép tại chỗ, nếu nặng có thể đè vào thần kinh thị giác gây thiếu máu giảm thị lực nên phải cắt bỏ chỉ giải phóng máu tụ gây chèn ép. - Trễ mi: có thể hết sau vài tuần, nếu không phải tạo hình vạt da, ghép da.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Phẫu thuật thẩm mỹ – Bệnh viện Chợ Rẫy 2019.

SÓNG MŨI THẤP

(LOW NASAL BRIDGE)

ICD: Q30.1

I. KHÁI NIỆM

Sống mũi thấp là tình trạng mũi cần can thiệp phẫu thuật để đạt được một hình dạng hài hòa cân đối và toàn diện của mũi cho thích hợp với tổng thể khuôn mặt của từng người.

II. CHẨN ĐOÁN

+ Sống mũi thấp, lệch bẩm sinh hoặc biến dạng do di chứng chấn thương.

+ Chóp mũi ngắn: khi góc mũi môi $>90^\circ$.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: Phẫu thuật nâng mũi.

1. Chỉ định:

- Chính hình sống mũi theo yêu cầu thẩm mỹ của người bệnh.

- Sống mũi đủ dài.

2. Kỹ thuật:

- Gây tê tại chỗ bằng Lignospan 3 - 4 ml.

- Dùng dao gạt sống mũi nhân tạo trước và giữ vô trùng.

- Rạch da đường tiền đình mũi hai bên, dùng kéo bóc tách tạo khoang trên màng sụn nơi vùng mũi di động, đến ranh giới giữa sụn và xương tháp mũi dùng bay bén bóc tách tạo khoang dưới cốt mạc và may da một lớp bằng chỉ nylon 6-0.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường uống 5 đến 7 ngày sau mổ (augmentin), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (clindamycin).

- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

3. Điều trị tại chỗ:

- Băng ép cố định.

- Nhét gạc mũi

- Chăm sóc vết mổ mỗi ngày, hẹn tái khám và cắt chỉ sau 10 ngày.

V. XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Shock thuốc tê: Theo phác đồ chống shock phản vệ.
2. Chảy máu: băng ép, thêm thuốc đông máu...
3. Nhiễm trùng: kháng sinh dự phòng và kháng sinh theo kháng sinh đồ.
4. Lệch sống mũi: nắn chỉnh sửa lại sống mũi.
5. Mỏng da: chỉnh lại, đặt sống mũi khác có phủ cân thái dương, cấy mỡ tự thân.
6. Lộ sống mũi: Lấy bỏ Implant, có thể cho cấy mỡ tự thân. Hoặc 3 tháng sau đặt lại Implant khác hoặc tạo hình mũi lại bằng sụn tự thân...
7. Lộ sống mũi: Tháo sống mũi. Phẫu thuật lại sau 3-6 tháng.
8. Sẹo lồi: Thuốc kháng viêm toàn thân, chích Kenacort vào sẹo lồi
9. Dị ứng với implant mũi: lấy implant mũi ra, cấy mỡ tự thân. Hoặc 3 tháng sau đặt lại implant khác hoặc tạo hình mũi lại bằng sụn tự thân.
10. Bao xơ co thắt làm vẹo sống mũi: phẫu thuật lại lấy bỏ bao xơ và đặt implant mới.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Phẫu thuật thẩm mỹ – Bệnh viện Chợ Rẫy 2019.

DU MỠ BỤNG (LIPOSUCTION) ICD: L98.9

I. KHÁI NIỆM

Dư mỡ bụng là tình trạng mỡ tích tụ dưới da bụng quá mức làm thay đổi hình dáng bụng. Hút mỡ là phẫu thuật lấy đi mỡ thừa khu trú dưới bụng bằng nhiều loại ống qua hệ thống hút áp lực âm.

II. CHẨN ĐOÁN

- Mỡ dưới da dày.
- Thay đổi hình dáng bụng.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: PT hút mỡ bụng.

1. Chỉ định:

- Người bệnh có mỡ thừa khu trú dưới da, sau khi tập thể dục và ăn kiêng không giảm được.
- Có nhu cầu lấy bớt đi mỡ thừa khu trú.

2. Kỹ thuật:

- Người bệnh nằm ngửa, gập chân nhẹ, gây mê toàn thân, thường gây mê nội khí quản hay masque thanh quản. Cố định ống nội khí quản ở bên mép miệng.

2.1. Kỹ thuật hút mỡ cổ điển SAL (Suction - assisted liposuction):

Rất phổ biến ở Hoa Kỳ từ những năm 1980, phẫu thuật viên dùng ống hút đầu tù có một hay nhiều lỗ có kích cỡ khác nhau được nối với máy hút chân không. Kỹ thuật này khi hút lượng mỡ ít, mềm, đặc biệt khi cần dùng mỡ để cấy lại cho vùng khác.

Khi cần hút một lượng mỡ nhiều hay những vùng có nhiều mô xơ thì kỹ thuật này kém hiệu quả vì phẫu thuật viên cần nhiều sức để thực hiện.

2.2. Hút mỡ có trợ lực PAL (Power - assisted liposuction):

Kỹ thuật này phát triển vào cuối những năm 1990 để khắc phục những khuyết điểm của SAL. Về cơ bản cũng giống như SAL nhưng được tự động hóa bằng một máy tạo chuyển động ở đầu hút với biên độ giao động là 2mm ở tốc độ 4.000 lần/ phút. Kỹ thuật này có ưu điểm là hữu hiệu hơn ở những vùng mô xơ nhiều và phẫu thuật viên thao tác nhẹ nhàng hơn, không sinh nhiệt. Hiện nay, khoa Phẫu thuật thẩm mỹ đang sử dụng phương pháp này.

2.3. Dung dịch làm ướt mô mỡ:

Dung dịch làm ướt mô mỡ có nhiều ưu điểm, đây là cách gây tê tại chỗ, giảm mất máu khi phẫu thuật và giảm đau, giảm vết bầm da hậu phẫu

Thường sử dụng công thức Hunstad's để pha dung dịch làm ướt như sau:

- Lactate Ringer 1.000ml.
- Adrenaline 1% 1ml.
- Lidocaine 1% 50ml.

2.4. Hút mỡ:

Sau khi tiêm dung dịch làm ướt mỡ, cần đợi 10-15 phút để có kết quả co mạch ngoại vi tốt. Tùy theo vùng hút mỡ mà chọn nơi để rạch da, chỉ cần vết rạch da nhỏ theo nếp nhăn tự nhiên để tạo sẹo khó thấy. Hút mỡ phải theo hướng rẽ quạt và đan chéo nhau cẩn thận để tránh da lồi lõm không đều. Sau đó đặt pendrose dẫn lưu qua lỗ hút từng vùng; khâu đóng và băng ép nhẹ.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường tĩnh mạch 5 đến 7 ngày sau mổ (augbactam), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (lincomycin).
- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Băng ép.
- Cố định dẫn lưu.
- Hậu phẫu theo dõi những biến chứng gần có thể xảy ra như chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng...khách hàng thường có thể xuất viện sau một vài hôm nằm viện.
- Theo dõi những biến chứng xa như thuyên tắc hay viêm tĩnh mạch sâu, mỡ hút không đều, lồi, lõm...vùng hút mỡ nhiều quá da bám vào cơ, cân cơ gây xơ cứng, co rút khi di chuyển...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Chảy máu, tụ máu: dùng băng ép quấn chặt vùng mổ, chích thuốc cầm máu, truyền dịch bù hoặc máu khi cần thiết.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh mạnh hơn, phối hợp kháng sinh theo kháng sinh đồ; nếu không giảm thì rạch dẫn lưu dịch và để vết thương hở tự lên mô hạt.
- Lồi lõm không đều hay da bám vào cơ có thể phải cấy mô mỡ bổ sung.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Phẫu thuật thẩm mỹ – Bệnh viện Chợ Rẫy 2019.

DƯ DA MỠ BỤNG

(ABDOMINOPLASTY)

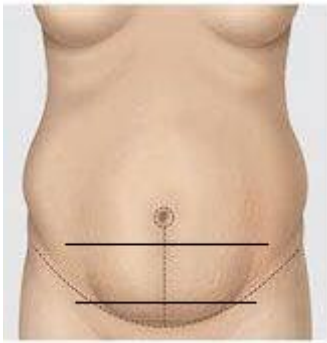
ICD: L98.9

I. KHÁI NIỆM

Phẫu thuật cắt da mỡ thừa vùng bụng do Saldanha và cộng sự khởi xướng từ năm 2003 dựa trên nghiên cứu về mạch máu da vùng bụng. Là một phẫu thuật vừa hút mỡ và vừa cắt da mỡ thừa sau hút mỡ an toàn, bóc tách có chọn lọc vùng trên rốn, bảo tồn cân Scarpa vùng dưới rốn có thể kèm tạo hình rốn với kết quả hiệu quả tức thì, tạo một đường cong hợp lý của cơ thể.

II. CHẨN ĐOÁN

Theo tương quan da dư với đường liên gai chậu trước trên và đường khớp mu



- Độ 1: da sa trễ ít.
- Độ 2: da sa trễ vừa, nếp da dư chưa đến đường liên gai chậu.
- Độ 3: da sa trễ nhiều, nếp da vượt quá đường liên gai chậu nhưng chưa đến đường khớp mu.
- Độ 4: da sa trễ rất nhiều, nếp da vượt quá đường khớp mu.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: Phẫu thuật.

1. Chỉ định:

- + PTTH bụng bán phần (không rời rốn): áp dụng cho dư da bụng độ 2.
- + PTTH bụng toàn bộ (có rời rốn): áp dụng cho dư da bụng độ 3 và 4.

2. Kỹ thuật:

- Chuẩn bị người bệnh
- PTTH bụng bán phần:
 - + Bóc tách thành bụng sát cân cơ thành bụng đến dưới rốn.
 - + Không rời rốn.

- PTTH bụng toàn bộ:
- + Bóc tách thành bụng sát cân cơ thành bụng đến rốn.
- + Giải phóng rốn khỏi vạt da mỡ, giữ lại cuống rốn.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường tĩnh mạch 5 đến 7 ngày sau mổ (augbactam), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (lincomycin).

- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Băng ép.
- Cố định dẫn lưu.
- Thay băng hằng ngày, cắt chỉ sau mổ 5 đến 7 ngày.
- Theo dõi quá trình liền sẹo và tạo sẹo, áp dụng các biện pháp chống sẹo xấu nếu cần.
- Kiểm tra vùng mổ: ống dẫn lưu, da vùng mổ, dịch trong ống dẫn lưu và số lượng dịch ra ống dẫn lưu nhằm phát hiện máu tụ vùng mổ. Cho người bệnh nằm tư thế co chân (kê gối dưới nhương chân)
- Thay băng, kiểm tra trường mổ, da vùng mổ. Chú ý máu tụ, lưu ý vùng da bị thiếu máu có khả năng hoại tử vạt một phần.
- Sát trùng vết mổ.
- Băng ép nhẹ.
- Rút ống dẫn lưu nếu lượng dịch ra dưới 30ml/24 h.
- Băng ép nhẹ bằng gen bụng.
- Cắt chỉ và tiếp tục gen bụng trong vòng 2 tháng.
- Cho thuốc kem chống sẹo lồi tại chỗ
- Dinh dưỡng tốt. Thoa kem dưỡng da, chống nắng.

Tài liệu tham khảo:

1. Bertheuil, Abdominoplasty: Risk Factors, Complication Rates and Safety of Combined Precedures. *Plast. Reconstr.Surg.* 2016 Jun; 137(6):1051e-2e.
2. Matarasso A et al., Abdominoplasty: classic principles and technique, *Clin Plast Surg.* 2014 Oct;41(4):655-72.

3. Pitanguy I (1975) Abdominal lipectomy. Clin Plast Surg 2:401.
4. Regan JP, Abdominoplasty (tummy Tuck) Treasure Island:StatPearls Publishing; 2019 Jan.
5. Sid Mirrafati, Abdominoplasty History and Techniques, [Aesthetic Surgery of the Abdominal Wall](#) pp 62-66.

LÃO HOÁ DA MẶT

(FACELIFT)

ICD: L98.9

I. KHÁI NIỆM

Lão hoá da mặt là tình trạng tổ chức dưới da bị thiếu hụt theo thời gian; phẫu thuật tác động trên da và mô dưới da vùng mặt để điều chỉnh các thay đổi do lão hóa ở các cấu trúc này, nhằm tạo lại những nét trẻ trung của khuôn mặt.

II. CHẨN ĐOÁN

- Mất khối lượng da, mất độ căng da.
- Mất mật độ da, da nhiều nếp nhăn chảy xệ.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: PT căng da mặt cổ điển.

1. Chỉ định:

- Chữa tình trạng sa xệ, kém đàn hồi, bị nhăn của mô mềm vùng mặt do lão hóa.
- Vị trí, cấu trúc gờ nét già nua của khuôn mặt.

2. Kỹ thuật:

- Gây tê bằng Lignospan.
- Đường rạch da theo thiết kế.
- Tạo vạt da vùng mặt.
- Bóc tách SMAS.
- Treo SMAS.
- Cắt bỏ da thừa
- Đóng da.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ:

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường tĩnh mạch 5 đến 7 ngày sau mổ (augbactam), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (lincomycin).
- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Dẫn lưu.

- Băng ép.
- Theo dõi sát máu tụ trong 12 giờ đầu.
- Giữ người bệnh yên tĩnh, chống đau tốt. Băng ép nhẹ.
- Thay băng ngay ngày hôm sau: kiểm tra vùng mô.
- Rút dẫn lưu sau 24-72 giờ
- Cắt chỉ sau 8 ngày.

V. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng sớm:

- Máu tụ.
- Hoại tử da
- Tổn thương thần kinh

2. Biến chứng muộn:

- Tổn thương thần kinh mặt.
- Sẹo xấu: quá phát, lồi

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Phẫu thuật thẩm mỹ – Bệnh viện Chợ Rẫy 2019.

TEO TUYẾN VÚ (MICROMASTIA) ICD: N60.3

I. KHÁI NIỆM

Teo tuyến vú là tình trạng tuyến vú kém phát triển hoặc teo nhỏ sau sinh. Phẫu thuật đặt túi ngực nhằm mục đích làm tăng kích thước của cải thiện hình dáng bộ ngực.

II. CHẨN ĐOÁN

- Tổ chức vú bị giảm khối lượng và lỏng lẻo.
- Vú không phát triển bẩm sinh.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: PT đặt túi nâng ngực.

1. Chỉ định:

- Vú nhỏ bẩm sinh hoặc cho con bú.
- Vú mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh.
- Người bệnh không hài lòng với kích thước và hình dáng của vú.

2. Kỹ thuật:

- Gây mê toàn thân, thường gây mê nội khí quản hay masque thanh quản. Cố định ống nội khí quản ở bên mép miệng.

- Thực hiện quy trình vô trùng tuyệt đối.

- *Đường mổ*: hiện nay có 3 đường mổ phổ biến nhất.

+ Đường quàng vú

+ Đường nếp dưới vú

+ Đường hõm nách.

Đường mổ dưới nếp vú được xem là đường mổ tiêu chuẩn, có độ an toàn cao nhất.

- *Vị trí khoang đặt túi*

+ Dưới tuyến.

+ Dưới cơ: nên chọn.

+ Dưới bao cơ.

Khoang đặt túi dưới cơ thông dụng nhất và có độ an toàn cao. Khoang đặt túi dưới tuyến chỉ dùng khi mô mềm của vú dày (trên 2cm) và trên đối tượng cần sự toàn vẹn của cơ ngực lớn.

- Bóc tách nhẹ nhàng tạo khoang dưới tuyến hoặc dưới cơ (có sử dụng nội soi hoặc không).

- Kiểm tra cầm máu.
- Đặt túi vào khoang.
- Khâu đóng vết mổ.

III. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường tĩnh mạch 5 đến 7 ngày sau mổ (augbactam), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (lincomycin).
- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Đặt dẫn lưu 2 bên.
- Băng chun cố định.
- Có thể chườm lạnh vùng ngực 48 giờ đầu sau mổ
- Theo dõi và chăm sóc vết mổ và dẫn lưu
- Dẫn lưu được rút sớm 24-48 giờ, vết mổ được cắt chỉ từ 7-10 ngày sau mổ.
- Theo dõi các biến chứng sau mổ

Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn qui trình kỹ thuật – Bộ Y Tế

NGỰC PHÌ ĐẠI (GIGANTOMASTIA) ICD: N62

I. KHÁI NIỆM

Ngực phì đại là tình trạng mô tuyến vú phát triển quá mức. Thu gọn ngực là một phẫu thuật được dùng để thu nhỏ thể tích vú gồm cả da và tuyến sữa.

II. CHẨN ĐOÁN

- Ngực phì đại độ I: thể tích vú từ 300 - 500ml.
- Ngực phì đại độ II: thể tích vú từ 500 - 1000ml.
- Ngực phì đại độ III: thể tích vú từ 1000 - 1500ml.
- Ngực phì đại khổng lồ: thể tích vú > 1500ml.

III. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị: PT thu gọn ngực.

1. Chỉ định:

- Người bệnh có vú phì đại bẩm sinh hoặc cho con bú.
- Người bệnh có vú mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh.

2. Kỹ thuật:

- Chuẩn bị người bệnh.
- Rạch da theo thiết kế.
- Phẫu tích cuống mạch nuôi quầng vú.
- Cắt bỏ phần da và tuyến vú theo thiết kế.
- Xoay vạt tạo hình vú cho tròn, cân 2 bên.
- Cầm máu kĩ.
- Khâu đóng da.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ:

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường tĩnh mạch 5 đến 7 ngày sau mổ (augbactam), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (lincomycin).
- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Đặt dẫn lưu
- Băng chun cố định
- Theo dõi tri giác. Sinh hiệu: huyết áp, mạch...
- Kiểm tra vùng mô: ống dẫn lưu, da vùng mô, dịch trong ống dẫn lưu và số lượng dịch ra ống dẫn lưu nhằm phát hiện máu tụ vùng mô.
- Thay băng, kiểm tra trường mô, da vùng mô. Chú ý máu tụ, lưu ý vùng da bị thiếu máu có khả năng hoại tử vạt một phần.
- Sát trùng vết mổ.
- Băng ép nhẹ.
- Cắt chỉ và tiếp tục gen ngực trong vòng 2 tháng.
- Hẹn tái khám mỗi tháng.
- Cho thuốc kem chống sẹo lồi tại chỗ
- Dinh dưỡng tốt. Thoa kem dưỡng da, chống nắng.
- Tái khám sau 2 tuần
- Tái khám mỗi tháng trong 6 tháng. Sau đó, mỗi 3 tháng trong năm đầu.

Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn qui trình kỹ thuật – Bộ Y Tế

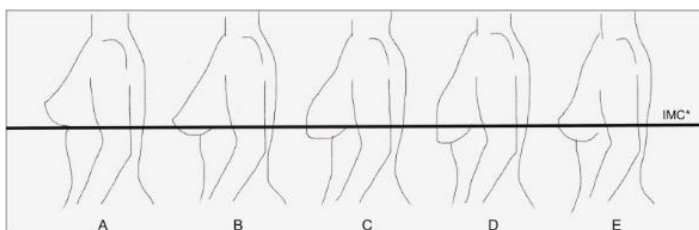
NGỰC SA TRỄ (MASTOPEXY) ICD: L98.9

I. KHÁI NIỆM

Ngực sa trễ là tình trạng các tổ chức tuyến vú bị tác động bởi tuổi tác làm ngực chảy xệ. Phẫu thuật tạo hình ngực sa trễ là biện pháp phẫu thuật thẩm mỹ giúp nâng đỡ bầu ngực lên đúng tỷ lệ, căng tròn mềm mại, thoát khỏi sự lỏng lẻo sau sinh hay do quá trình lão hóa gây nên

II. CHẨN ĐOÁN

Ngực sa trễ được chia thành 4 cấp độ là nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng dựa theo vị trí của núm vú so với đường nếp gấp chân ngực.



- + Độ 1 (nhẹ): núm vú nằm ngang chân ngực (B)
- + Độ 2 (trung bình): cực dưới vú nằm dưới chân ngực 1-2 cm (C)
- + Độ 3 (nặng): cực dưới vú nằm cách 2-3 cm dưới chân ngực (D)
- + Độ 4 (rất nặng): cực dưới vú nằm cách chân ngực từ 3 cm trở lên (E)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chỉ định:

- Người bệnh có ngực sa trễ.
- Người bệnh có nguyện vọng được mổ.

2. Kỹ thuật:

- *Vô cảm*: thường gây mê nội khí quản hay masque thanh quản.
- *Tư thế người bệnh*: người bệnh nằm ngửa với cánh tay giang rộng trên giá đỡ tạo một góc 80 - 90 hoặc hai tay để trên bàn mổ dọc theo người.
- *Thiết kế vùng da thừa và đường rạch da*:

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật:



- + Độ 1: sử dụng đường mổ hình trăng khuyết, trên quầng vú (The Crescent lift).
- + Độ 2: sử dụng đường mổ quanh quầng vú (Peri areolar).
- + Độ 3: sử dụng đường mổ chữ T (Anchor maxopexy).
- + Độ 4: sử dụng kỹ thuật hình mỏ neo (Full maxopexy).

- Các bước phẫu thuật:

- + Rạch da theo thiết kế.
- + Bóc tách, cắt bỏ da thừa.
- + Khâu treo tuyến, có thể kết hợp đặt túi nâng ngực.
- + Khâu đóng vết mổ.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Điều trị toàn thân:

- Dùng kháng sinh nhóm beta lactam (phân nhóm penicilin phối hợp kháng beta lactamase) đường tĩnh mạch 5 đến 7 ngày sau mổ (augbactam), nếu dị ứng dùng kháng sinh nhóm lincosamid (lincomycin).
- Phối hợp chống phù nề (alpha-choay), giảm đau NSAID (efferalgan).

2. Điều trị tại chỗ:

- Kiểm tra vùng mổ: ống dẫn lưu, da vùng mổ, dịch trong ống dẫn lưu và số lượng dịch ra ống dẫn lưu nhằm phát hiện máu tụ vùng mổ.
- Thay băng, kiểm tra trường mổ, da vùng mổ. Chú ý máu tụ, lưu ý vùng da bị thiếu máu có khả năng hoại tử vạt một phần.
- Sát trùng vết mổ.
- Băng ép nhẹ.
- Cắt chỉ và tiếp tục gen ngực trong vòng 2 tháng.
- Hẹn tái khám mỗi tháng.

- Cho thuốc kem chống sẹo lồi tại chỗ
- Dinh dưỡng tốt. Thoa kem dưỡng da, chống nắng.
- Tái khám sau 2 tuần
- Tái khám mỗi tháng trong 6 tháng. Sau đó, mỗi 3 tháng trong năm đầu.

Tài liệu tham khảo:

1. Breast ptosis: causes and cure, [Rinker B](#) et al., [Ann Plast Surg.](#) 2010 May;64(5):579-84
2. Thread Lift in Breast Ptosis, [Gulhima Arora](#) and [Sandeep Arora](#) , [J Cutan Aesthet Surg.](#) 2017 Oct-Dec; 10(4): 228–230.

MỤN THỊT

(SKINTAG)

ICD: H01.1

I. KHÁI NIỆM

Laser (khuyếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích) được phân loại dựa theo môi trường hoạt chất: rắn, lỏng, khí; Laser được sử dụng trong y học điều trị nhiều bệnh lý của da, các khối u não, gan. Các loại laser hay dùng trong y học: Laser Nd: YAG, laser He-Ne, laser CO₂, laser Argon, laser màu... Trong điều trị mụn thịt, laser CO₂ thường được sử dụng nhiều nhất.

II. CHẨN ĐOÁN

Mụn thịt thường xuất hiện trên má, mũi, mắt và mí mắt. Có 5 loại mụn thịt bao gồm

- Mụn thịt sơ sinh: xuất hiện ở trẻ sơ sinh.
- Mụn thịt nguyên phát
- Mụn thịt thứ phát: thường xuất hiện gần tổn thương như vết bỏng hoặc phát ban.
- Mụn thịt dạng mảng: hiếm gặp, biểu hiện là vùng sần trên da.
- Mụn thịt dạng multiple eruptive milia: xuất hiện thành từng đám, rất hiếm gặp.

III. ĐIỀU TRỊ : Bằng máy Laser CO₂.

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm, tư thế tùy thuộc tổn thương.
- Sử dụng kính bảo vệ mắt nếu cần thiết.

2. Vô cảm:

Tê tại chỗ bằng lidocain, xylocain tiêm dưới da hoặc bôi bề mặt tổn thương.

3. Kỹ thuật:

- Dùng laser CO₂ với công suất và chế độ phù hợp đốt cháy tổn thương theo từng lớp.
- Bôi mỡ kháng sinh lên diện đốt sau khi kết thúc.

Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn qui trình kỹ thuật – Bộ Y Tế

MỤN TRÚNG CÁ (ACNE VULGARIS) ICD: L13.1

I. KHÁI NIỆM

Mụn trứng cá, thường được gọi là mụn trứng cá thông thường, là bệnh da liễu được đặc trưng bởi tình trạng viêm khu trú vùng nang lông – tuyến bã

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có mụn trứng cá thông thường.

PHÂN LOẠI	Đầu đen, đầu trắng	NHẸ (<10 tổn thương)	TRUNG BÌNH (>10 tổn thương)	NẶNG (có thương tổn cục)	RẤT NẶNG (có thương tổn nang)
TẮN CÔNG	Thuốc thoa đơn chất	Thuốc thoa phối hợp	Kháng sinh kèm thuốc thoa không KS	Kháng sinh kèm thuốc thoa không KS hoặc/và Isotretinoin	Isotretinoin có thể kèm Kháng sinh
HỖ TRỢ	Ánh sáng xanh Liệu trình: 1-2 lần/tuần Liều 40J/cm ² trong 20-30p				
DUY TRÌ	Retinoid (thoa)		Rtionid + Benzoyl peroxide (thoa)		
THAY THỂ (NỮ)	Không khuyến cáo		Nội tiết antiadrogen		

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bằng thuốc thoa:

- + Theo dõi trong 6 tuần và theo dõi hiệu quả điều trị
- Nếu thành công, xem xét tiếp tục điều trị với liều duy trì.
- Nếu điều trị không hiệu quả, hãy xem xét một phương pháp điều trị tại chỗ thay thế.
- Nếu dung nạp kém, xem xét dùng acid hoặc kháng sinh thoa vì ít gây kích ứng hơn.
- + Các phương pháp điều trị tại chỗ cho mụn trứng cá thường cải thiện trong vòng 6 tuần. Có thể cần đến 6 tháng để có hiệu quả tối ưu.

2. Điều trị bằng kháng sinh đường uống:

+ *Xem xét dùng thuốc kháng sinh uống khi:*

- Thuốc thoa thất bại hoặc không dung nạp.
- MTC trung bình ở lưng hoặc vai.
- MTC trung bình hay nặng.
- Có nguy cơ gây sẹo.

+ *Lựa chọn thuốc kháng sinh:*

- Có thể lựa chọn một trong các kháng sinh: Doxycycline, minocycline, tetracycline, clindamycin, azithromycin, dapsone, quinolones.
- Phối hợp thuốc thoa không có thành phần kháng sinh.

+ *Thời gian dùng kháng sinh:*

- Không nên thay đổi kháng sinh nếu đang đáp ứng tốt.
- Nếu không đáp ứng sau 6-8 tuần, thay đổi nhóm kháng sinh khác.
- Thời gian điều trị kháng sinh có thể kéo dài 4-6 tháng.

3. ĐIỀU TRỊ BẰNG ISOTRETINON UỐNG

+ *Xem xét dùng Isotretinon uống:*

- Không đáp ứng với kháng sinh uống kèm thuốc thoa.
- MTC cục, nặng.
- Người bệnh >15 tuổi.

+ *Liều điều trị:*

- Liều 0,5 - 2mg/kg/ngày.
- Khởi đầu 0,5mg/kg/ngày.
- Điều trị cho đến khi đạt tổng liều không quá 120 - 150mg/kg.

4. LIỆU PHÁP ÁNH SÁNG XANH

+ **Chỉ định:**

- Là liệu pháp phối hợp.
- Mụn nhẹ hay trung bình.

+ **Liệu trình điều trị:**

- Cường độ ánh sáng khoảng 40 J/cm².
- Thời gian chiếu 20-30p.
- Liệu trình: 1-2 lần/tuần.

+ **Kỹ thuật**

- Người bệnh nằm tư thế thuận tiện, bộc lộ vùng bị mụn trứng cá
- Vệ sinh da vùng bị mụn trứng cá với dung dịch thích hợp.
- Che mắt người bệnh với kính chuyên dụng.
- Bác sỹ đeo kính mắt bảo vệ mắt thích hợp với bước sóng led sử dụng.

- Chọn ánh sáng màu xanh (blue light), chiếu 20 phút/lần.
- Lặp lại sau 3-7 ngày.
- Hướng dẫn người bệnh tự thoa thuốc điều trị mụn phù hợp tại nhà

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Bệnh viện Da liễu TP – 2019

SẠM DA
(MELASMA)
ICD: L81.1

I. ĐỊNH NGHĨA

Sạm da là tình trạng tăng sắc tố trên da làm cho da vùng tổn thương có màu nâu, nâu đen, vàng nâu, xanh, xanh đen, có thể gặp ở bất kỳ vùng da nào của cơ thể, tuy nhiên vị trí hay gặp là vùng hờ, đặc biệt là mặt, cổ. Bệnh ảnh hưởng nhiều đến tâm lý và thẩm mỹ của người bệnh. Điều trị sạm da bằng laser Yag là một kỹ thuật điều trị nội khoa, sử dụng laser Yag để điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các hội chứng lâm sàng:

+ Sạm da do di truyền, bẩm sinh:

- Hội chứng LEOPARD
- Hội chứng PEUTZ-JEGHERS
- Tàn nhang.
- Hội chứng CALM.
- Bệnh BECKER.
- Nhiễm sắc tố đầu chi của DOLI.
- Tăng sắc tố vùng đầu chi của Kitamura.
- Nhiễm sắc tố đằm dề (Incontinentia pigmenti)

+ Sạm da do rối loạn chuyển hoá:

- Bệnh thiếu sắc tố do thiếu sắt
- Thoái hoá

+ Sạm da do rối loạn nội tiết:

- Bệnh Addison:
- Dát sắc tố trong thời kì mang thai

+ Do hoá chất

+ Do dị ứng thuốc trong bệnh hồng ban

+ Những hoá chất hay thuốc gây tăng sắc tố da thường là các hoá chất có nguồn gốc dầu mỏ, mỹ phẩm, nước hoa. Những hoá chất này đóng vai trò là chất cảm quang gây nhiễm sắc tố da ở vùng tiếp xúc ánh sáng.

+ Các yếu tố khác:

- Nguyên nhân dinh dưỡng mà hàng đầu phải kể đến là thiếu vitamin A, B12, Vitamin PP: sạm da gặp chủ yếu ở vùng hờ.
- Yếu tố vật lý: như cháy nắng, rám nắng ở vùng có bộc lộ với ánh sáng mặt trời mà không được bảo vệ.
- Tăng sắc tố sau viêm: có thể khu trú ở thượng bì, cũng có khi ở cả trung bì do đại thực bào ăn sắc tố sau đó khu trú ở trung bì, vùng tăng sắc tố này có thể xảy ra sau một viêm cấp hay mạn, hay sau một đợt nhiễm nấm hay nhiễm khuẩn.
- Tăng sắc tố trong các khối u lành tính và ác tính.
- Tăng sắc tố trong bệnh hệ thống, bệnh lao, sốt rét, xơ cứng bì...

2. Cận lâm sàng:

Xác định sạm da khu trú ở thượng bì, trung bì hay hỗn hợp, sử dụng đèn Wood trong buồng tối bằng cách chiếu vào tổn thương tăng sắc tố, nếu:

- + Sắc tố tăng đậm hơn so với nhìn mắt thường - tăng sắc tố thượng bì.
- + Sắc tố mờ đi hay không nhìn thấy - tăng sắc tố ở trung bì.
- + Còn khi chiếu đèn Wood vào tổn thương mà có chỗ tăng sắc tố, có chỗ mờ đi - tăng sắc tố ở cả thượng bì và trung bì, hay còn gọi là tăng sắc tố hỗn hợp.

3. Chẩn đoán xác định:

- Để xác định tình trạng sạm da chủ yếu dựa vào lâm sàng.
- Để chẩn đoán chính xác bệnh lý cụ thể gây sạm da, chúng ta dựa vào biểu hiện lâm sàng trên da, biểu hiện rối loạn các cơ quan và kết quả xét nghiệm.

III. ĐIỀU TRỊ

Bằng máy Laser Yag.

IV. THAO TÁC KỸ THUẬT

1. Làm sạch da:

- Rửa mặt bằng dung dịch tẩy trang thích hợp
- Ủ thuốc tê bề mặt da vùng sạm

2. Tư thế:

- Người bệnh nằm thuận tiện
- Che mắt bằng gạc thấm ướt và kính chuyên dụng

3. Kỹ thuật: Sử dụng máy với các chế độ theo yêu cầu điều trị.

V. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU ĐIỀU TRỊ:

- **Điều trị:** Sản phẩm hỗ trợ và hướng dẫn cách dùng

- Chăm sóc:

- + Hướng dẫn Khách hàng chăm sóc tại nhà
- + Khi ra ngoài nắng cần đội mũ rộng vành, đeo kính, bôi kem chống nắng 30 phút trước khi ra ngoài trời - kể cả lúc trời râm. Hạn chế ra nắng nếu có thể nhất là vào mùa xuân hè.
- + Hạn chế sử dụng các chất có thể là chất cảm quang gây tăng sắc tố như các hoá chất có nguồn gốc dầu mỏ, nước hoa, mỹ phẩm, thuốc nhóm cyclin, sulphamid.
- + Có chế độ sinh hoạt điều độ, ít sử dụng bia rượu, chất kích thích.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Bệnh viện Da liễu TP – 2019

SẸO LỒI, SẸO PHÌ ĐẠI

(KELOID)

ICD: L70.3

I. KHÁI NIỆM

- Sẹo lồi, sẹo phì đại là bất thường trong quá trình lành vết thương.
- Sẹo lồi, sẹo phì đại thường xảy ra sau một tổn thương da như: vết rách da, xăm, bỏng, chích ngừa, sau phẫu thuật... hay do những bất thường của da do quá trình viêm như mụn trứng cá, nhiễm trùng da, côn trùng đốt.
- Sẹo lồi, sẹo phì đại thường xảy ra ở những vùng da chịu áp lực cao như: vai, vùng xương ức, cằm dưới, cánh tay.

II. CHẨN ĐOÁN

Biểu hiện lâm sàng thường là những nốt hay mảng giới hạn rõ, bề mặt trơn láng, thường có màu hồng hay tím.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Sẹo phì đại:

- + Sẹo phì đại có thể không cần điều trị vì có thể tự khỏi sau 6-12 tháng.
- + Nếu cần điều trị thì có thể lựa chọn:
 - Tiêm corticosteroid trong thương tổn.
 - Sử dụng laser xung màu với bước sóng 585-595 nm.
 - Phẫu thuật.
 - Kết hợp giữa tiêm corticosteroid trong thương tổn và laser xung màu.

2. Sẹo lồi:

- + Điều trị thường khó khăn vì không có một phương pháp điều trị nào có kết quả ưu việt và khả năng tái phát cao.
- + Có thể lựa chọn những cách điều trị sau:
 - Tiêm corticosteroid (triamcinolone acetonide) trong thương tổn, tùy theo vị trí có thể sử dụng nồng độ 10, 25 hay 40mg/ml với khoảng cách điều trị 6 tuần/lần. Tối đa 4-5 lần, nếu không có hiệu quả nên chuyển phương pháp khác. Theo dõi tác dụng phụ như teo da, giãn mạch.
 - Áp lạnh bằng nitơ lỏng: thường có hiệu quả đối với những thương tổn nhỏ với khoảng cách 1-4 tuần/lần (tùy vào độ lành thương tổn của người bệnh)
 - Dán hay bôi gel silicone khoảng 12 giờ/ngày, thời gian điều trị ít nhất 4-6 tháng.

- Phẫu thuật kết hợp với tiêm corticosteroid trong thương tổn cho kết quả tốt giúp giảm tỉ lệ tái phát và làm nhỏ kích thước sẹo. Nếu chỉ phẫu thuật đơn thuần thì tỉ lệ tái phát rất cao, từ 50 - 100%. Ngoài ra có thể bôi imiquimod sau phẫu thuật, bôi mỗi ngày trong 8 tuần giúp giảm tỉ lệ tái phát.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Bệnh viện Da liễu TP – 2019