

Thủ thuật tiểu phẫu

Trong da liễu thẩm mỹ

Quy trình từng bước

Editors

Beiju Vesudevan
Manas Chatterjee
Shilpa K

Assistant editors

Divya Gorur

Madura C

Savitha AS

Shekhar Neema

Harish Prasad

Sujala S Aradhya

Cuốn sách : “ **Các tiểu phẫu trong da liễu thẩm mỹ - từng bước thực hiện** ”
được chuyển ngữ sang tiếng Việt bởi nhóm y học E-bacsy.com .

Với mục tiêu giới thiệu những cuốn sách thẩm mỹ nổi tiếng trên thế giới, vừa đảm bảo nội hàm kiến thức chuyên môn cao vừa có giá trị áp dụng trên lâm sàng, chúng tôi đã nỗ lực hết mình trong quá trình tìm kiếm, lựa chọn đầu sách, đồng thời chuyển ngữ bám sát nội dung sách gốc với cách diễn đạt dễ hiểu nhất. Tuy vậy cũng không tránh khỏi sai sót trong quá trình biên soạn. Rất mong nhận được ý kiến đóng góp từ độc giả và quý đồng nghiệp để nhóm tiếp tục hoàn thiện hơn trong những lần sau và trong những tác phẩm sắp tới.

Mọi ý kiến đóng xin gửi vào địa chỉ mail: ducta.bic@gmail.com

Fanpage: <https://www.facebook.com/yhocvn2>

Website : E-bacsy.com / Yhoc.pro

Chân thành cảm ơn sự ủng hộ của quý độc giả !

Mục lục

1. GÂY TÊ TẠI CHỖ CHO CÁC THỦ THUẬT DA LIỄU	7
• GIỚI THIỆU.....	7
• CÁC LOẠI THUỐC TÊ.....	8
• KẾT HỢP GÂY TÊ TẠI CHỖ VỚI ADRENALINE.....	8
• CÁC LOẠI GÂY TÊ TẠI CHỖ	8
• MẸO ĐỂ GIẢM ĐAU TRONG THỜI GIAN SAU GÂY TÊ	27
• TRÁNH	27
• KẾT LUẬN	27
2. KỸ THUẬT KHÂU	29
• GIỚI THIỆU.....	29
• CHỈ KHÂU VẾT THƯƠNG.....	30
• KIM KHÂU.....	36
• KỸ THUẬT	38
• CẮT CHỈ.....	51
• BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH KHẮC PHỤC.....	52
• CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG VẾT THƯƠNG KHÁC	55
3. CẮT BỎ U NANG VÀ KHỐI U NHỎ	59
• GIỚI THIỆU.....	59
• CÁC KHỐI U NHỎ VÀ NANG	60
• UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO ĐÁY.....	70
• U NANG TUYẾN BÃ / U NANG BÌ	78
• LIPOMA	86
• ĐAU NANG TUYẾN BÃ	90
• CẮT BỎ CHAI.....	93
4. PHẪU THUẬT NỐT RUỒI	97
• GIỚI THIỆU.....	97
• LỰA CHỌN BỆNH NHÂN.....	98
• NGUYÊN TẮC PHẪU THUẬT CHO NỐT RUỒI	99
• CÁC LOẠI PHẪU THUẬT NỐT RUỒI	100
• CHĂM SÓC HẬU PHẪU	115
• CÁC BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT NỐT RUỒI.....	116
• NEVI HẮC TỔ BẨM SINH	118
• TỔNG KẾT.....	120

5. MÀI DA	121
• GIỚI THIỆU	121
• LỊCH SỬ.....	123
• NGUYÊN TẮC.....	123
• CHỈ ĐỊNH.....	124
• CHỐNG CHỈ ĐỊNH	124
• TRANG THIẾT BỊ.....	125
• THAM VẤN BỆNH NHÂN.....	127
• CÁC BƯỚC	127
• QUY TRÌNH THỦ THUẬT	127
• KẾT HỢP	134
• CHĂM SÓC HẬU PHẪU.....	135
• BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH GIẢI QUYẾT	135
• THẢO LUẬN.....	137
6. LẤN KIM VI ĐIỂM	139
• ĐỊNH NGHĨA.....	139
• SỰ PHÁT TRIỂN.....	140
• CHỈ ĐỊNH LẤN KIM VI ĐIỂM.....	140
• CHỐNG CHỈ ĐỊNH	141
• CÁC NGUYÊN LÝ CỦA LẤN KIM VI ĐIỂM	141
• MÔ HỌC	142
• DỤNG CỤ	142
• QUY TRÌNH LẤN KIM VI ĐIỂM	144
• CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT	147
• BIẾN CHỨNG (Hình 6.4 A đến D).....	147
• ƯU ĐIỂM.....	148
• NHƯỢC ĐIỂM.....	149
• CẢI TIẾN.....	149
• KẾT LUẬN	149
7. HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU	151
• GIỚI THIỆU.....	151
• SINH LÝ HỌC CỦA LIỆU PHÁP PRP	152
• CHUẨN BỊ PLATELET RICH PLASMA.....	153
• NGUYÊN TẮC CƠ BẢN CỦA QUY TRÌNH PRP	153
• KỸ THUẬT STEP-WISE CỦA QUY TRÌNH PLATELET RICH PLASMA	153
• KỸ THUẬT CHUẨN BỊ	156

• HOẠT HÓA TIỂU CẦU.....	162
• KỸ THUẬT SỬ DỤNG PRP.....	162
• PHÂN LOẠI PRP.....	164
• CHỈ ĐỊNH CỦA PRP TRONG DA LIỄU VÀ CHĂM SÓC DA.....	165
• CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	167
• BIẾN CHỨNG.....	168
• KẾT LUẬN.....	168
8. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SẸO MỤN.....	169
• GIỚI THIỆU.....	169
• CÁC LOẠI SẸO.....	170
• ĐÁNH GIÁ ĐIỂM.....	170
• NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ SẸO MỤN.....	170
• QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ SẸO MỤN.....	173
• LẤN KIM VI ĐIỂM.....	173
• LASER TÁI TẠO BỀ MẶT ĐIỀU TRỊ SẸO MỤN.....	176
• CẮT ĐÁY SẸO.....	180
• KỸ THUẬT BẮM SẸO.....	181
• TCA CROSS.....	184
• DERMAL GRAFTING.....	186
• TỔNG KẾT.....	189
9. GHÉP DA.....	191
• GIỚI THIỆU.....	191
• CHỈ ĐỊNH.....	191
• CÁC BƯỚC CỦA GHÉP DA.....	193
• QUY TRÌNH.....	194
• GHÉP DA XẺ.....	196
• GHÉP DA TOÀN BỘ.....	205
• CHĂM SÓC HẬU PHẪU.....	205
• CO KÉO MẢNH GHÉP.....	211
• CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	211
• BIẾN CHỨNG.....	211
• KẾT LUẬN.....	214
10. KỸ THUẬT SỬA SẸO.....	215
• GIỚI THIỆU.....	215
• SẸO LÝ TƯỞNG.....	215
• TƯ VẤN.....	216

• ĐỊNH NGHĨA.....	216
• KỸ THUẬT SỬA SẸO	216
• CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG CỦA PHẪU THUẬT SỬA SẸO	216
• CÁC LOẠI CHỈNH SỬA SẸO	221
• BIẾN CHỨNG CỦA VIỆC SỬA SẸO VÀ LỜI KHUYÊN ĐỂ NGĂN CHẶN CHỨNG	239
• PHẦN KẾT LUẬN	239
11. ĐIỀU TRỊ SẸO LỖI VÀ SẸO PHÌ ĐẠI	241
• GIỚI THIỆU.....	241
• CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SẸO LỖI	242
• CÁC NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ BỆNH LÝ CỦA BỆNH NHÂN	242
• QUY TRÌNH CHI TIẾT QUẢN LÝ VÀ PHÁT HIỆN BỆNH NHÂN	243
• KẾT LUẬN	250
• THAM KHẢO	251
12. SỬA DÁI TAI	253
• GIỚI THIỆU.....	253
• NGUYÊN LÝ CỦA QUY TRÌNH PHẪU THUẬT	253
• QUY TRÌNH PHẪU THUẬT	254
• NGĂN NGỪA RÁCH DÁI TAI	266
13. TẠO HÌNH MI MẮT.....	267
• GIỚI THIỆU.....	267
• CHỈ ĐỊNH.....	267
• GIẢI PHẪU.....	268
• THAM VẤN TRƯỚC PHẪU THUẬT	270
• DỤNG CỤ TẠO HÌNH MI MẮT	270
• TẠO HÌNH MI MẮT TRÊN.....	270
• PHẪU THUẬT HAI MÍ HOẶC TẠO HÌNH MI MẮT Ở NGƯỜI CHÂU Á	276
• TẠO HÌNH MI DƯỚI.....	282
• KẾT LUẬN	290
• LỜI CẢM ƠN	290
14. TẠO HÌNH MÁ LÚM	295
• GIỚI THIỆU.....	295
• GIẢI PHẪU CỦA MÁ LÚM.....	295
• NGUYÊN LÝ.....	296
• VỊ TRÍ CỦA MÁ LÚM	296

- KỸ THUẬT PHẪU THUẬT 296
- CHĂM SÓC HẬU PHẪU 302
- THẢO LUẬN 302
- KẾT LUẬN 303
- LỜI CẢM ƠN 304

Chương 1 GÂY TÊ TẠI CHỖ CHO CÁC THỦ THUẬT DA LIỄU

Sushil Tahiliani, Savitha AS

Mục lục

GIỚI THIỆU.....	7
CÁC LOẠI THUỐC TÊ	8
KẾT HỢP GÂY TÊ TẠI CHỖ VỚI ADRENALINE.....	8
CÁC LOẠI GÂY TÊ TẠI CHỖ.....	8
MẸO ĐỂ GIẢM ĐAU TRONG THỜI GIAN SAU GÂY TÊ.....	27
TRÁNH.....	27
KẾT LUẬN	27

GIỚI THIỆU

Các bác sĩ da liễu thường xuyên thực hiện các thủ thuật, có thể là chẩn đoán hoặc điều trị. Hầu hết các thủ tục này được thực hiện dưới gây tê cục bộ trong môi trường ngoại trú. Theo hướng dẫn : “Phẫu thuật da liễu tại phòng khám được định nghĩa là phẫu thuật được thực hiện bởi bác sĩ được cấp phép để chẩn đoán và điều trị một số tình trạng da nhất định bằng cách sử dụng gây tê tại chỗ, vùng, tiêm thấm hoặc tumescent tại phòng khám hoặc cơ sở ngoài trung tâm phẫu thuật cấp cứu và cơ sở bệnh viện. ”¹ Vì hầu hết các thủ thuật được thực hiện là các thủ thuật tự chọn, sự thoải mái hoàn toàn của bệnh nhân cũng rất quan trọng.

CÁC LOẠI THUỐC TÊ

Cấu trúc của thuốc gây tê cục bộ có thể được chia thành ba phần riêng biệt: một phần nhân thơm (ưa béo), chuỗi trung gian (bao gồm liên kết ester hoặc amide), và nhóm amin (ưa nước). Đây là cơ sở để phân loại chất gây tê cục bộ là este hoặc amit. Thuốc mê Ester được chuyển hóa qua enzym huyết tương và pseudocholinesterase. Quá trình thủy phân diễn ra nhanh chóng và các sản phẩm phụ được bài tiết qua nước tiểu. Thuốc mê amide được chuyển hóa chủ yếu qua gan. Chúng nên được sử dụng thận trọng ở những bệnh nhân bị bệnh gan (**Bảng 1.1**).

KẾT HỢP GÂY TÊ TẠI CHỖ VỚI ADRENALINE

Sự kết hợp này mang lại những ưu điểm sau:

- Giảm hấp thu thuốc tê và độc tính toàn thân với hiệu quả được cải thiện; do đó yêu cầu số lượng nhỏ hơn.
- Thời gian tác dụng kéo dài (tăng gần gấp đôi); đặc biệt là với lignocaine và procaine.
- Ít chảy máu tại chỗ phẫu thuật; đặc biệt hữu ích trên các khu vực mạch máu với hình ảnh phẫu trường rõ ràng hơn.

Adrenaline có thể gây ra các tác dụng phụ. Vì vậy, việc sử dụng nó phải được cân nhắc cẩn thận ở những bệnh nhân bị bệnh tim và những bệnh nhân đang dùng đồng thời các thuốc chặn thụ thể khác

CÁC LOẠI GÂY TÊ TẠI CHỖ

- Gây tê bề mặt
- Gây tê tiêm thấm
- Gây tê tumescent
- Phong bế thần kinh

GÂY TÊ BỀ MẶT/GÂY TẠI CHỖ

Gây tê tại chỗ làm mất cảm giác đau sau khi bôi trực tiếp dung dịch gây tê cục bộ, thuốc mỡ, gel hoặc thuốc xịt.

Bảng 1.1. Đặc tính dược lý của các loại thuốc gây tê tại chỗ thường dùng.

Thuốc	Procaine	Prilocaine	Lidocaine	Bupivacaine
Khởi phát tác dụng (min)	2-5	>2	<2	5
Thời gian tác dụng (min)	20-30	30-90	30-60	120-240
Thời gian tác dụng khi có adrenaline	30-45	120	120	180-240
Thời gian bán thải (hrs)	0.66	1.5	1.6	3.5
Liều tối đa	500 mg or 7 mg/kg	350 mg	300 mg 4.5 mg/kg	175 mg or 2 mg/kg
Liều tối đa khi kết hợp adrenaline	600 mg	550 mg	500 mg or 7 mg/kg	200 mg

Chúng có thể ngăn chặn ngược lại sự dẫn truyền thần kinh gần vị trí tác động của chúng bằng cách nhắm mục tiêu vào các đầu dây thần kinh tự do ở lớp hạ bì hoặc niêm mạc, do đó gây ra mất cảm giác tạm thời ở một vùng giới hạn.

Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của thuốc gây tê tại chỗ .

- Dạng thuốc: Các bazơ tự do là chất ưa béo và có thể tự xâm nhập vào lớp sừng, trong khi các dạng muối cần có hệ thống phân phối đặc biệt để làm như vậy.
- Điểm nóng chảy và hỗn hợp eutectic '. Điểm nóng chảy càng thấp thì độ thâm nhập càng tốt. Hỗn hợp eutectic có nhiệt độ nóng chảy thấp hơn, do đó thẩm thấu tốt hơn so với một trong hai thành phần riêng lẻ của chính nó.
- Nồng độ thuốc trong dung dịch '. Nồng độ thuốc trong dung dịch càng cao thì tốc độ xâm nhập càng cao.

Chất tăng cường thẩm thấu da

Các hợp chất này thúc đẩy tính thẩm thấu của da bằng cách tăng tính thẩm thấu tạm thời của lớp sừng và có thể đảo ngược. Chúng có thể là:

- Dung môi, ví dụ: nước, rượu, glycerol, ete trọng lượng phân tử thấp, este sucrose, chất lỏng silicone, v.v.
- Chất hoạt động bề mặt, ví dụ: muối mật ion và không ion
- Các chất khác, ví dụ: urê, thuốc kháng cholinergic.

Các phương tiện vật lý để tăng cường thấm

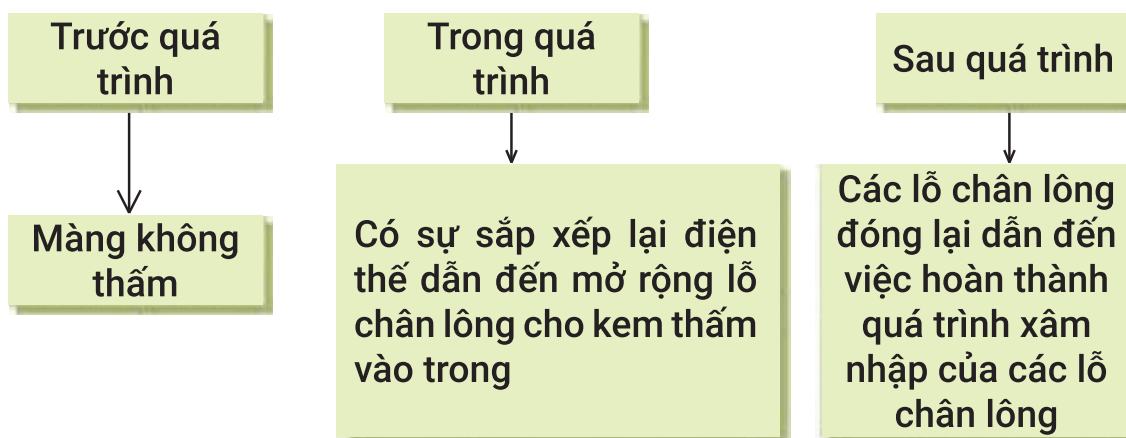
Sự thấm qua da của thuốc gây tê bôi tại chỗ có thể được tăng cường bằng các biện pháp vật lý sau:

- Tẩy da chết.
- Tẩy dầu mỡ bằng cồn.
- Bằng cách che phủ khu vực ứng dụng bằng một miếng băng hoặc miếng dán băng vật liệu không xốp như micropore và tegaderm.
- Iontophoresis¹. Lignocaine HC1 10% / adrenaline 0,1% miếng dán điện chuyển ion tại chỗ (LidoSite) được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) phê duyệt là miếng dán có sẵn đầu tiên gây tê hoạt tính.

Nhược điểm của kỹ thuật iontophoresis là: "có thể gây kích ứng da cao hơn hoặc khi sử dụng lâu hơn."

- Sử dụng lâu dài cũng có thể gây ra phân cực điện hóa trong da, làm giảm độ lớn của dòng điện chạy qua da.

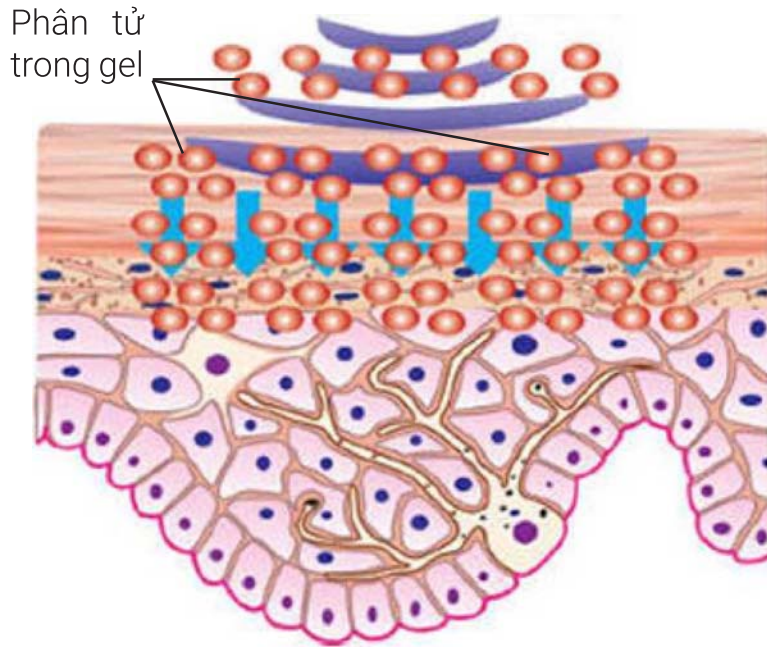
Hình 1.1. Sơ đồ quá trình điện hóa.



- Cảm giác điện nhẹ có thể gây khó chịu cho một số bệnh nhân.
- Nó không thể được sử dụng trên các diện tích bề mặt lớn của cơ thể.
- Quá trình điện hóa (sử dụng các xung điện ngắn của dòng điện cao áp qua da để các lỗ chân lông thông thoáng) (**Hình 1.1**).
- Sonophoresis hoặc phonophoresis (tần số thấp, năng lượng siêu âm để phá vỡ lớp sừng): Sóng siêu âm tăng cường phân phối thuốc bằng cách tạo khoảng trống, vi hóa hơi và gia nhiệt (**Hình 1.2**).

Hình 1.2. Giải đồ của sonophoresis

Rung động được tạo ra bởi sóng âm gây ra các khoảng trống trong da-điều đó làm cho thuốc thấm nhiều hơn



- Magnetophoresis / magnetokinesis (ứng dụng từ trường để tăng cường sự thẩm thấu) .5
- Nhiệt năng (nhiệt làm tăng tính thẩm thấu của da).

* Tiền xử lý bằng laser Erbium: YAG6 Việc sử dụng lại thuốc gây tê tại chỗ sau lần đầu tiên đi qua tia laser xâm lấn làm thuốc tê hấp thụ nhanh hơn và sâu hơn.

* Tiền xử lý da bằng dụng cụ lăn kim vi điểm.7

Hỗn hợp Eutectic của thuốc gây tê cục bộ

Hỗn hợp eutectic là các hợp chất nóng chảy ở nhiệt độ thấp hơn bất kỳ thành phần nào của chúng, cho phép sử dụng nồng độ thuốc tê cao hơn. Nó là 5% dầu trong kem nhũ tương nước với điểm nóng chảy 18 ° C và bao gồm 25 mg / mL lignocaine, 25 mg / mL prilocaine, chất làm đặc, chất nhũ hóa và nước cất được điều chỉnh đến mức pH 9,4 . EMLA cũng có thể được sử dụng an toàn trên niêm mạc.

Ứng dụng

Gây tê tại chỗ được áp dụng một lớp dày (1-2 g / 10 cm², lên đến liều tối đa 20 g / 200 cm²) lên vùng da còn nguyên vẹn. Sau đó, khu vực này được bao phủ bởi một miếng tegaderm hoặc bọc nhựa trong để tạo điều kiện cho sự xâm nhập qua lớp sừng (**Hình 2.3**). Độ sâu của thuốc tê phụ thuộc vào thời gian tiếp xúc với hỗn hợp thuốc gây tê tại chỗ Eutectic (EMLA).

Hình 1.3. Gây tê tại chỗ



Hiệu ứng gây tê đã được chứng minh là đạt độ sâu tối đa 3 mm sau khi bôi 60 phút và 5 mm sau khi bôi 120 phút. Giảm đau ngoài da có thể tăng lên đến 3 giờ khi băng kín và kéo dài trong 1-2 giờ sau khi loại bỏ kem. Hỗn hợp eutectic gây tê tại chỗ không có hiệu quả đáng tin cậy trên lòng bàn tay và lòng bàn chân vì khả năng thâm nhập khác nhau.²

Ưu điểm của gây tê tại chỗ

- Không đau so với gây tê tiêm thấm
- Sử dụng an toàn cho những bệnh nhân lo lắng về kim tiêm
- Không gây phù nề mô, điều có thể làm biến dạng vị trí phẫu thuật.

Nhược điểm của gây tê tại chỗ

- Đắt
- Thời gian khởi phát: 30-45 phút
- Phản ứng dị ứng ở những bệnh nhân nhạy cảm
- EMLA là tác nhân loại B trong thời kỳ mang thai, nên sử dụng thận trọng cho phụ nữ cho con bú, vì lignocaine được bài tiết qua sữa mẹ
- Với ứng dụng 60 phút, độ sâu của thuốc tê thu được chỉ là 3 mm. Các thủ thuật xâm lấn ít được chấp nhận hơn khi gây tê tại chỗ.

Chỉ định gây tê tại chỗ

- Phương pháp điều trị bằng laser không xâm lấn
- Sinh thiết da, tiêm độc tố Botulinum và chất làm đầy
- Để giảm đau khi gây tê tiêm thấm
- Phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú.

Gây tê tiêm thấm

Đây là kỹ thuật gây tê được sử dụng phổ biến nhất. Tại đây, tác nhân gây tê được tiêm trực tiếp vào vị trí tổn thương hoặc trong da hoặc dưới da. Lignocaine 1% là chất gây tê được sử dụng phổ biến nhất.

Lời khuyên: Sự xâm nhập trực tiếp vào vùng phẫu thuật gây ra sự biến dạng của các điểm mốc, vì vậy việc đánh dấu khu vực này là quan trọng trước khi xâm nhập (**Hình 1.4**).



Hình 1.4. Đánh dấu các đường viền của tổn thương trước khi tiêm thấm.

Quy trình (Hình 1.5)



Hình 1.5. Thuốc tê thẩm thấu trực tiếp vào bên dưới tổn thương.



Hình 1.6. Nốt sần màu cam khi tiêm thẩm là ở trung bì.

- Da được giữ căng.
- Kim đưa vào theo mặt vát, tốt nhất là vào trung bì nông vì điều này làm giảm đau.
- Thẩm nhập vào khu vực vừa đủ ở cấp độ sâu của lớp trung bì sâu.
- Xuất hiện nốt sần màu da cam cho thấy mức độ nằm ở lớp trung bì nông, gây khó chịu cho bệnh nhân (**Hình 1.6**).
- Chọc kim bổ sung khi cần thiết phải được đặt vào các vùng lân cận đã được gây tê trước đó và sau đó tiến tới vùng không được gây tê để giảm đau do kim đâm (tham khảo hình ảnh ring block).

Ring Block/ Gây tê vùng (Hình 1.7A đến E)

Ring block là một loại gây tê thẩm nhập. Chất gây tê được thẩm thấu theo đường chu vi xung quanh vùng phẫu thuật, không cần tiêm trực tiếp vào vùng phẫu thuật.

Một ring block rất hữu ích khi không mong muốn sự biến dạng của vị trí phẫu thuật do ngấm thuốc tê. vào cả mặt phẳng bề ngoài và chiều sâu để có hiệu quả.⁸

Ưu điểm: Ring block cho phép giảm thể tích thuốc tê để gây tê một vùng rộng hơn.

Các bước: Các bước cho ring block / gây tê vùng được thể hiện trong **(Hình 1.7A đến E)**.

Hình 1.7A đến E. (A) Đưa kim với góc xiên hướng lên trên. (B) Tiêm một lượng nhỏ thuốc tê trước. (C) Đưa kim qua khu vực đã được gây tê trước đó. (D) Rút kim, thay đổi hướng và thâm nhập sang phía bên kia. (E) Thấm tê toàn bộ xung quanh tổn thương.

