

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BV	: Bệnh viện
BN	: Bệnh nhân
CTCH	: Chấn thương Chỉnh hình
MM	: Mạch máu
ĐM	: Động mạch
TK	: Thần kinh
TP	: Thành phố
HCM	: Hồ Chí Minh

MỤC LỤC

	Trang
Đặt vấn đề	1
Chương 1: Tổng quan	
1.1. Đặc điểm giải phẫu phần dưới cẳng chân bàn chân.	3
1.2. Phân loại các vật da	
1.2.1. Lịch sử các vật da	4
1.2.2. Phân loại các vật da	6
1.3. Sự lành thương trong ghép da	7
1.4. Vật da trên mắt cá ngoài	
1.4.1 Đặc điểm của vật da	8
1.4.2 Các nghiên cứu nước ngoài về ứng dụng của vật	10
1.4.3 Các nghiên cứu sử dụng phương pháp điều trị này ở Việt Nam	12
Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	
2.1. Đối tượng nghiên cứu	13
2.2. Phương pháp nghiên cứu	13
Chương 3: Kết quả	19
Chương 4: Bàn luận	23
Chương 5: Kết luận	31
Tài liệu tham khảo	
Phụ lục	

DANH MỤC HÌNH

Tên hình	Trang
Hình 1.1: Các thần kinh mặt trước cẳng chân và vùng chi phối	3
Hình 1.2: Phân loại vật da theo Cormack và Lamberty	7
Hình 1.3: Nguyên ủy vật trên mắt cá ngoài và vòng nối quanh cổ chân	9

DANH MỤC ẢNH

Tên ảnh	Trang
Ảnh 2.1: Thiết kế vật da	14
Ảnh 2.2: Bóc tách tìm cuống ra da của nhánh mạch xuyên	15
Ảnh 2.3: Lấy vật có cuống đầu xa	15
Ảnh 2.4: Vật có cuống đầu gần	16
Ảnh 4.1: Minh họa khâu da thì đầu và để mũi chỉ chờ	26

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT DA TRÊN MẮT CÁ NGOÀI CHE PHỦ MẮT DA VÙNG CỔ CHÂN BÀN CHÂN

Tóm tắt:

Từ tháng 1/ 2015 tới 6/2018, chúng tôi nghiên cứu ở 25 trường hợp mắt da vùng cổ chân bàn chân được điều trị bằng vật da trên mắt cá ngoài, các vùng tổn thương được che phủ gồm có vùng gân gót, vùng trước cổ chân và lưng bàn chân, có 22 trường hợp vật da sống hoàn toàn, 3 trường hợp vật bị hoại tử cần mổ tiếp bằng ghép da bổ sung. Các vật da có mật độ, màu sắc như vùng nhận, vùng cho được ghép da ngay từ đầu và đều thành công. Chúng tôi nhận thấy vật da trên mắt cá ngoài là lựa chọn tốt để điều trị các khuyết hồng mô mềm vùng cổ chân bàn chân

Abstract:

From Jan/ 2015 to June/ 2018, we've researched on 25 cases with soft tissue defect at ankle and dorsal foot, which were covered by supramalleolar flap, injury areas include Achilles tendon expose, anterior ankle and dorsal foot, 22 flaps survive, 3 flaps with necrosis which were treated by skin graft further. All survival flaps have the same texture, color with recipient site, donor sites were treated by skin graft initially and all succeed. We identify that supramalleolar flap is a good choice to cover soft tissue defect at foot and ankle.

Đặt vấn đề

Nước ta về cơ bản người dân sử dụng xe máy là phương tiện di chuyển chủ yếu, tuy nhiên điều này lại gây ra những tai nạn đáng tiếc. Thống kê ở Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP. HCM năm 1996^[4] và bệnh viện Chợ Rẫy năm 1998^[5] ghi nhận 40,6% chấn thương do tai nạn giao thông xảy ra ở vùng cẳng bàn chân.

Tái tạo khuyết hồng vùng cổ bàn chân là thử thách lớn cho các phẫu thuật viên, vì độ di động của da vùng này kém và các khuyết hồng thường kèm với tổn thương gân cơ mô mềm hay thậm chí xương, các cấu trúc này vốn chỉ nằm sát dưới bề mặt da cổ bàn chân. Với các tổn thương nhỏ, thường chúng ta đợi cho mô hạt đầy lên rồi ghép da, tuy nhiên với vùng này thì việc chờ đợi lên mô hạt rất chậm, đôi khi vẫn còn lộ gân cơ, việc sử dụng phương án ghép da có thể gây xơ dính các cấu trúc, co rút và từ đó dẫn tới cứng khớp.

Điều này đưa tới yêu cầu cần phương án điều trị hiệu quả, cho phép bệnh nhân vận động sớm để có kết quả tối ưu. Vạt tại chỗ để xoay che phủ vết thương cũng được đề cập như là phương án điều trị cho vùng này, tuy nhiên giới hạn di động của da nơi đây thấp, vì thế hiệu quả che phủ bằng vạt tại chỗ không cao. Một số vạt da có cuống được sử dụng mà điển hình là vạt thần kinh hiển ngoài^[1] cho thấy hiệu quả che phủ cao, tuy nhiên có nhược điểm là độ dày lớn so với vùng chung quanh nơi nhận vạt làm ảnh hưởng tới yếu tố thẩm mỹ và khó khăn khi đi lại^[24]. Gần đây, việc sử dụng vạt nhánh xuyên kiểu cánh quạt để điều trị khuyết hồng ở cổ chân^{[9],[19],[33],[42]} cũng được sử dụng nhiều, cho thấy hiệu quả thẩm mỹ cao vì cấu trúc da của vạt đồng nhất với vùng chung quanh khuyết hồng, tuy nhiên tỉ lệ hoại tử vạt còn cao >11%^[17] và tỉ lệ biến chứng > 25%^[17]

Vạt trên mắt cá ngoài là loại vạt da cân dựa vào nhánh xuyên của động mạch mạc, cho 2 tới 3 nhánh xuyên ra vạt da và nhánh xuống ở lớp sâu của

cổ chân, nhánh này có thông nối với nhánh trước mắt cá ngoài của động mạch chày trước và tiếp tục đi tới bàn chân, tạo cung nối ở vùng xoang cổ chân và cung nối mặt lưng bàn chân^[8]. Điều này thuận lợi cho việc sử dụng vạt theo kiểu cuống đầu gần vốn đủ che phủ cho các khuyết hồng ở cổ chân, gót hay cuống đầu xa để che phủ cho mặt lưng bàn chân. Đã có một số báo cáo của các tác giả nước ngoài và trong nước về ứng dụng của vạt này^{[3][6][21][43]}, tuy nhiên các nghiên cứu trên có tính giản đơn là chia sẻ các kinh nghiệm sử dụng vạt da, hay phối hợp với các vạt da khác để cho ra kết quả chung, chưa nổi bật được hiệu quả điều trị gồm sự sống và kết quả che phủ của vạt da. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài “**Đánh giá kết quả sử dụng vạt da trên mắt cá ngoài che phủ mắt da vùng cổ chân – bàn chân**”.

Mục tiêu nghiên cứu:

Đánh giá kết quả sống vạt da và khả năng che phủ của vạt da.

Chương 1

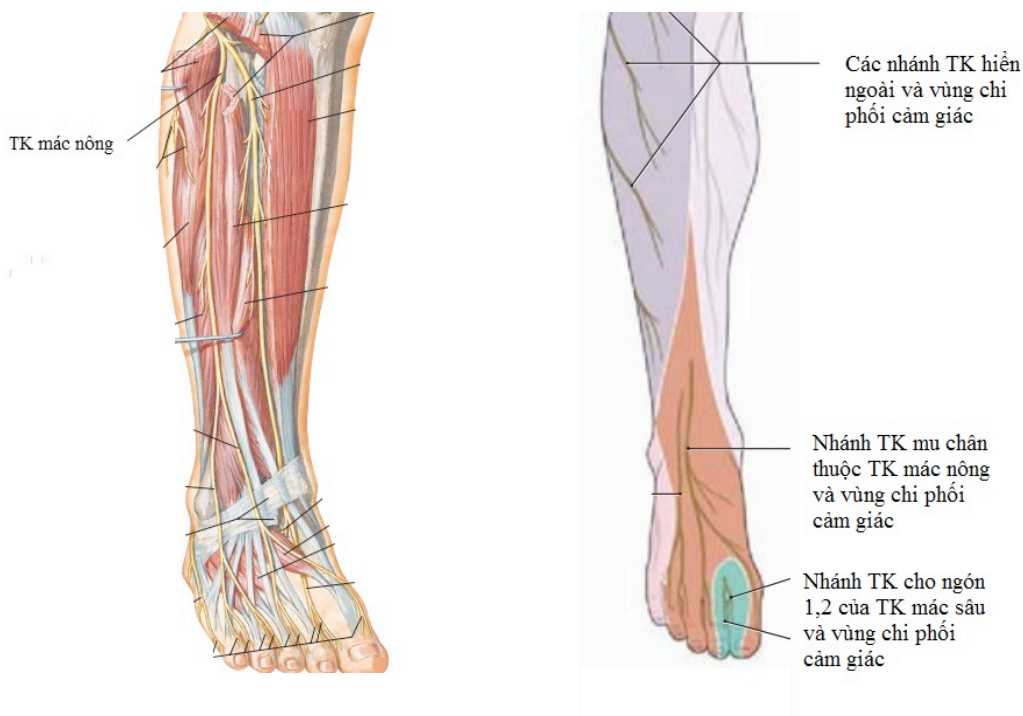
TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm giải phẫu phần dưới cẳng chân bàn chân.

Bộ khung của cẳng chân chính là 2 xương dài: Xương mác và xương chày, dưới cùng với màng gian cốt. Ba cấu trúc này chia cẳng chân làm 2 phần giải phẫu quan trọng là khoang trước và khoang sau.

Mặt lưng bàn chân: Các cấu trúc gân nằm ngay sát dưới da, bó mạch nằm nông, có thể sờ được ngoài da. Cơ nội tại ở mặt lưng gồm cơ duỗi ngón cái ngấn và duỗi các ngón ngấn

Mặt lòng bàn chân: Ngay dưới da, phía sau là xương gót, phía trước là cân gan chân.



Hình 1.1: Các thần kinh mặt trước cẳng chân và vùng chi phối (Netter 2014 Muscles of leg ^[12] và Schuenke 2010 Lower limb ^[29]).

Mạch máu vùng cẳng chân bàn chân:

Động mạch chày trước: Ở vùng cẳng chân trước động mạch nằm trên màng gian cốt, trong ĐM là cơ chày trước, ngoài và hơi trước động mạch là cơ duỗi ngón chân dài và duỗi ngón cái dài. Động mạch đi tới cổ chân, nằm trên xương chày và khớp cổ chân, thần kinh mạc sâu sau khi chạy vòng qua chỏm mạc và xuyên qua cơ duỗi các ngón chân dài tới khu trước thì bắt chéo phía trước vào trong động mạch. ĐM chày trước cho các nhánh quặt ngược chày sau, quặt ngược chày trước, ĐM trước mắt cá ngoài- nối với nhánh xuyên của động mạch mạc, là cơ sở để thiết kế vạt da trên mắt cá ngoài có cuống đầu xa. Ngoài ra còn cho nhánh ĐM mắt cá trước trong.

Động mạch mạc: Được tách ra khỏi ĐM chày khoảng 2,5cm^[2] bờ dưới cơ khoeo, cho các nhánh nuôi cơ, xương và nhánh xuyên qua vách gian cơ tới khu trước: Là nơi bắt nguồn của vạt trên mắt cá ngoài khi ứng dụng theo kiểu vạt da có cuống đầu gần. Các nhánh nối với ĐM chày sau, nhánh mắt cá ngoài, nhánh gót.

1.2. Phân loại các vạt da

1.2.1. Lịch sử các vạt da

Vạt là cấu trúc mô có thể di chuyển được mà vẫn giữ được tuần hoàn. Vạt có thể gồm da, da và gân, da và cơ hay da cơ và cả xương. Bởi vì tuần hoàn của khối mô được di động là thiết yếu cho sự sống của vạt nên sự phát triển của kỹ thuật lấy vạt phụ thuộc vào việc xác định nguồn cấp máu cho da và khối mô bên dưới.

Vạt da đầu tiên được sử dụng là vạt ngẫu nhiên, vùng da được lấy không phụ thuộc trực mạch máu rõ ràng mà nhờ vào mạng lưới mạch máu dưới da, vạt sống nhờ vào tỷ lệ chiều dài và chiều rộng nhất định^[25]

Tác giả Milton^[30] đã làm mờ nhạt vai trò của vạt ngẫu nhiên vốn phụ thuộc vào tỷ lệ chiều dài và chiều rộng, thay vào đó ông xác nhận rằng sự

sống của vật da phụ thuộc vào nguồn cấp máu cho vật đó. Phát hiện này mở ra một kỷ nguyên mới trong việc sử dụng vật da để tái tạo khuyết hồng, dựa trên những hiểu biết cơ bản về tuần hoàn da, khởi đầu với McGregor và Morgan^[27] khi họ khám phá ra một số vùng của cơ thể có mạng lưới mạch máu lớn và riêng biệt vốn được xuyên qua lớp cân sâu và có thể bóc tách ngược dòng theo cuống mạch để tìm nguồn cấp máu này, đây là vật da kiểu trực (như vật bện).

Orticochea^[32] cho thấy rằng vật bao gồm cơ có thể làm tăng diện tích sống của vật da. McCraw và cộng sự^[26] đã giải thích rõ ràng hơn về nhận xét trên và gọi mạch máu đi từ cơ ra da là “nguồn mạch cơ da”. Tanzini vào năm 1906 đã báo cáo về vật cơ da này, ông nhận thấy nhánh hằng định từ cơ ra da để hình thành nên phức hợp vật cơ da. Tuy nhiên tới năm 1970 vật cơ da mới trở thành lựa chọn tiêu chuẩn trong tạo hình.

Sự sốt sắng trong việc thừa nhận vật da sống nhờ vào mạch máu cơ da có lẽ đã làm trì hoãn việc nhận biết về đóng góp quan trọng của “mạng lưới mạch cân” vốn dĩ đủ cung cấp máu để vật da tồn tại.

Mạng lưới mạch cân cần thiết cho sự tồn tại của vật cân da không phải là một cấu trúc riêng lẻ mà hiện diện như một tổ hợp của mạch dưới cân trong cân và trên cân. Mạng lưới này được hợp thành bởi cách nhánh mạch xuyên cơ, xuyên vách hay nhánh xuyên trực tiếp từ trực mạch chính.

Ngày nay với tiến bộ của vi phẫu thuật, việc chuyển ghép vi phẫu các cấu trúc được thực hiện rộng rãi, số lượng các vật lựa chọn tăng lên nhanh chóng. Hầu như mọi cấu trúc đều có thể chuyển ghép như cơ^[16], xương^{[39],[41]}, thần kinh^[37], mạch máu, và vật da. Từ đó, các dạng vật da đơn lẻ và phức hợp được sử dụng rộng rãi như vật cân, vật nhánh xuyên, vật kết hợp cơ da, xương da. Việc phân loại tất cả các vật này vào một hệ thống vẫn là thách thức lớn, nhằm để dạy học, nghiên cứu và trao đổi kinh nghiệm.

1.2.2. Phân loại các vật da.

Trong những thập niên gần đây có rất nhiều nỗ lực để cung cấp một sơ đồ phân loại hiện đại cho vật da. Hệ thống đơn giản nhất mô tả tất cả các vật da có nhánh xuyên trực tiếp ra da, nhánh xuyên vách hoặc nhánh xuyên cơ da^{[38],[40]}. Tuy nhiên, nhiều tác giả đã đưa ra những khái niệm về nguồn cấp máu cho vật, điều này làm dấy lên những mức độ nhầm lẫn về thuật ngữ, dưới đây là cách phân loại được dùng phổ biến nhất.

Nakajima và cộng sự^[31] năm 1986 chia vật da ra thành 5 loại: Vật ngẫu nhiên, vật da cân, vật cân mỡ, vật vách da và vật cơ da.

Cormack và Lamberty^[10] năm 1984 nhấn mạnh thuật ngữ “vật cân da” ngụ ý nói về hệ thống mạch máu cung cấp cho vật. Vì vậy, thậm chí nếu da (vật cân mỡ) và/ hoặc cân sâu (vật dưới da) bị lấy ra khỏi vật, thì chúng vẫn phụ thuộc vào nguồn cấp của “mạng mạch máu cân” nên vẫn là vật da cân. Vật này có thể bao gồm vài hoặc tất cả các lớp mô giữa da và cân sâu. Với định nghĩa này, Cormack và Lamberty đã rút ngắn tất cả các vật da thành 3 nhóm gồm vật mạch trực tiếp ra da, vật mạch cơ da và vật mạch cân da.

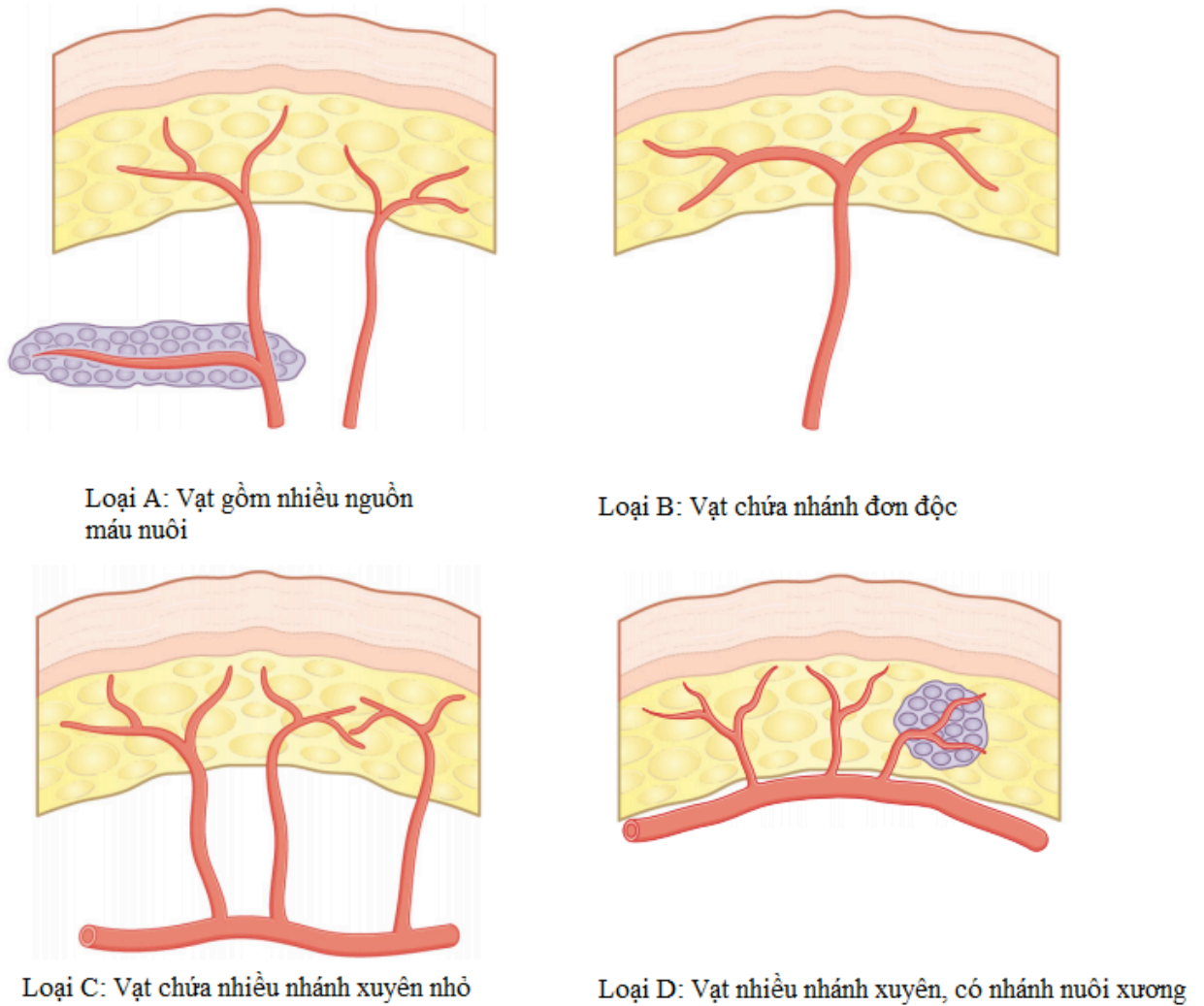
Cormack và Lamberty chia vật da cân ra 4 loại chính, khác nhau bởi nguồn cấp máu cho “mạng mạch máu cân”.

Loại A: Vật gồm nhiều nguồn máu nuôi tới cân hoặc không cần phân biệt nhánh xuyên cụ thể nào, gọi nhắc lại kiểu vật ngẫu nhiên.

Loại B: Vật chứa một nhánh xuyên vách lớn đơn độc nuôi vật.

Loại C: Vật dựa trên nhiều nhánh xuyên vách nhỏ, nên khi bóc tách vật phải lấy cho bằng được các nguồn cấp máu theo để duy trì sự toàn vẹn của vật da.

Loại D: Giống với loại C ở có nhiều nhánh xuyên nhỏ, tuy nhiên nó có nhánh nuôi xương.



Hình 1. 2: Phân loại vạt da theo Cormack và Lamberty

(Wei 2017 classification of flaps^[13])

1.3 Sự lành thương trong ghép da.

Ghép da là chuyển tế bào da tự thân đi nơi khác mà không có mạch máu kèm theo vì vậy điều kiện ở vùng mô nơi nhận quyết định sự sống của da ghép.

Quá trình lành thương da ghép trải qua 3 thì:

Hấp thu dưỡng chất

Tái tạo mạch máu

Trưởng thành

Thay băng lần đầu tiên sau ghép da: Việc này thực hiện khi vùng da ghép đã trải qua quá trình tái tạo mạch máu và như thế da ghép dính vào nơi nhận. Thay băng sớm vào ngày thứ 3 có thể giúp dự đoán tỉ lệ dính da ghép nhưng có thể dẫn tới việc hư hại một phần da ghép do lực kéo làm rách các mạch máu nhỏ mới hình thành, do đó sẽ tốt hơn nếu thay băng da ghép lần đầu tiên sau 5 tới 10 ngày^[35].

1.4 Vạt da trên mắt cá ngoài

1.4.1. Đặc điểm của vạt da

Được tác giả Masquelet giới thiệu năm 1988^[8], vạt được nuôi dưỡng bằng nhánh xuyên động mạch mạc, đây là vạt da cân được bóc tách từ phía ngoài phần dưới cẳng chân và thường được sử dụng như vạt da có cuống đầu xa.

Chỉ định của vạt:

Vạt được sử dụng như bán đảo da xoay quanh trục có cuống đầu gần được dùng che phủ khuyết hồng ở cổ chân, gót chân và vùng mắt cá trong.

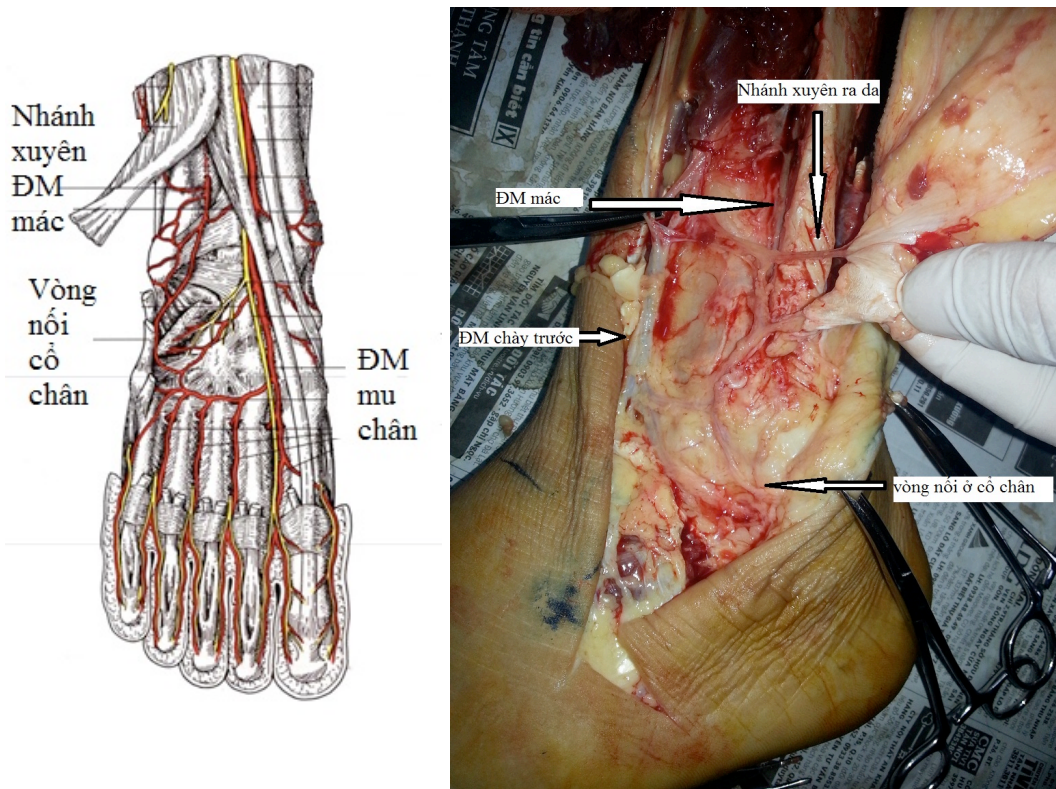
Vạt sử dụng cuống đầu xa có cung che phủ lớn, có thể che tới mặt lưng bàn chân, phía trong, ngoài và cả vùng gót chân. Tuy nhiên vạt không nên dùng cho vùng chịu lực ở gót vì vạt có độ đàn hồi thấp, da mỏng.

Mạch máu nuôi vạt:

Mạch máu của vạt dựa vào cung mạch vùng cổ chân. Nhánh xuyên động mạch mạc đi ra trước màng liên cốt ở điểm 5cm về phía đầu gần so với đỉnh của mắt cá ngoài^[7], nó thông nối với động mạch trước mắt cá ở vị trí dao động, là nhánh của động mạch chày trước, sau đó nó đi xuống về phía trước và nằm dưới dây chằng cổ chân và thông nối với động mạch phía ngoài vùng xương cổ chân ở phía bờ ngoài của bàn chân.

Động mạch được bao bọc bởi mạng lưới tĩnh mạch, nhánh xuyên đôi khi lớn và đóng vai trò của động mạch mu chân. Trong những trường hợp này có thể sờ thấy mạch đập ở vùng mắt cá ngoài.

Những nhánh ra da này chạy phía trước xương mác, hướng lên và nối với mạng mạch máu, đi kèm với thần kinh mác nông vốn đi vào lớp dưới da ở điểm nối giữa 1/3 giữa và 1/3 xa cẳng chân sau đó chia ra nhánh trong và ngoài ở vùng khớp cổ chân.



Hình 1.3: Nguyên ủy vật trên mắt cá ngoài và vòng nối quanh cổ chân (Masquelet 1995 transfers from the lower limb^[7] và tư liệu giải phẫu tiêu bản chi thể do tác giả thực hiện)

Vật trên mắt cá ngoài có thể sử dụng theo các cách khác nhau như sau:

Điểm xoay vật dựa trên sự liên tục của nhánh xuyên, là điểm nối lên phía trước của nhánh xuyên và nhánh ra da. Có thể sử dụng vật như là bán

đảo da với cầu da ở phía xa hoặc đảo da thực thụ mà không cần bóc tách chi tiết cuống vạt, đây là cách dùng vạt trên mắt cá ngoài theo cách có cuống đầu gân^[7].

Cách dùng vạt kiểu cuống đầu xa cũng dựa vào nhánh xuyên, cột mạch máu phía điếm từ động mạch mạc ra, bóc tách ngược từ vạt vào cuống cho tới các điếm thông nối với động mạch chày trước ở phía dưới, điếm xoay lúc này thường nằm ở vùng khối xương cổ chân, chiều dài cuống mạch có thể lên tới 7cm^[7], các tĩnh mạch tùy hành đủ hiệu quả để dẫn lưu máu về, diện tích ước lượng của vạt da được bao bọc phía ngoài bởi bờ xương mác và phía trong bằng gân cơ chày trước, phía xa của vạt nên bao phủ điếm vào da của cuống mạch vốn có thể sờ được ngoài da là hõm ở đầu xa giữa xương chày và mác, đầu gân của vạt có thể lấy tới giữa cẳng chân.

1.4.2. Các nghiên cứu nước ngoài về ứng dụng của vạt

Năm 2005, tác giả Philippe Voche và cộng sự^[43] đã báo cáo kết quả sử dụng vạt trên mắt cá ngoài cho 41 trường hợp có tổn thương vùng cổ bàn chân, dùng kiểu vạt có cuống đầu gân ở 33 ca và cuống ngược dòng cho 8 ca còn lại. Kết quả có 8 ca bị ứ máu và hoại tử một phần, hầu hết các ca đều hài lòng về kết quả che phủ, tuy nhiên chỉ có 6 ca hài lòng về tính thẩm mỹ. Tác giả khuyến khích sử dụng vạt da trên mắt cá ngoài cho các tổn thương ở cổ bàn chân, nhằm tránh hiện tượng tai chớ xảy ra ở các vạt xoay và giảm tỉ lệ ghép da lên vùng gân cổ chân. Tác giả nhận định ưu điếm của vạt là không hi sinh mạch máu lớn của chi vì dùng nhánh của động mạch mác. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy trong báo cáo của mình tác giả Voche không công bố bảng chi tiết kết quả, chưa ghi nhận các diện tích da được che phủ bởi vạt và các giải pháp khắc phục để cải thiện mặt thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Năm 2012 tác giả Hamdi và cộng sự^[28] đã sử dụng vạt trên mắt cá ngoài cho 8 bệnh nhi có tổn thương khuyết hồng mô mềm ở cổ bàn chân và

gân gót, có 5 nam 3 nữ, tuổi trung bình 6.4, khuyết hồng mô mềm là thứ phát sau chấn thương, thời gian theo dõi khoảng 31 tháng. Kết quả tất cả các ca đều lành thương, không có trường hợp nào bị hoại tử, tổn thất nơi cho là nhỏ. Tác giả nhận định vật da trên mắt cá ngoài phù hợp để tái tạo khuyết hồng cổ bàn chân ở bệnh nhi vì vật có diện tích da lớn, có cung xoay rộng và dựa trên nhánh của động mạch chính. Chúng tôi nhận thấy ở nghiên cứu này các tác giả chỉ thực hiện trên 8 ca, cỡ mẫu còn nhỏ, nên chưa cho thấy được rõ rệt hiệu quả điều trị.

Năm 2010 tác giả JaeHoon Lee và cộng sự^[20] đã báo cáo kết quả lâm sàng hiệu quả sử dụng vật da trên mắt cá ngoài dạng cân mỡ có ghép da ở thì đầu cho tái tạo mô mềm cổ bàn chân, thực hiện trên 8 ca trong 4 năm từ 2005 tới 2009, tất cả bệnh nhân là nam, tuổi trung bình 53, theo dõi trung bình 20 tháng. Nguyên nhân khuyết hồng là bàn chân người bệnh tiểu đường, nhiễm trùng, vết thương hở và viêm xương mạn. Diện tích trung bình của vật là 3,5 x 4,5cm, Vật được lấy dạng cân mỡ, ghép da nơi nhận vật trong cùng thì mỡ. Tất cả các vật đều sống, da ghép vào vật cũng sống ở tất cả các ca, không có trường hợp nào bị ứ máu tĩnh mạch hay hoại tử vật được ghi nhận, không có giới hạn vận động khớp cổ chân và ngón chân sau mổ. Không có trường hợp nào than phiền về khó khăn khi lựa chọn giày dép để đi. Tác giả nhận định trong các trường hợp cần vật để che phủ xương hoặc gân ở bàn chân với tổn thương nhỏ, sử dụng vật trên mắt cá ngoài dạng cân mỡ kết hợp ghép da thì đầu là phương án hiệu quả. Chúng tôi nhận thấy ưu điểm của phương pháp này là tổn hại nơi lấy vật ít, không cần ghép da thêm ở nơi cho vật điều này tạo được yếu tố thẩm mỹ ở cẳng chân. Tuy nhiên số liệu nghiên cứu nhỏ nên chưa thể hiện trọn vẹn được kết quả điều trị bằng phương pháp này.

1.4.3. Các nghiên cứu sử dụng phương pháp điều trị này ở Việt Nam

Năm 1997 trong luận án nghiên cứu sinh tác giả Nguyễn Tiến Bình^[3] đã ứng dụng lâm sàng trên 49 vạt da trong đó có 21 vạt da trên mắt cá ngoài và 28 vạt bắp chân cuống ngoại vi, để điều trị khuyết hồng phần mềm ở đoạn 2/3 dưới cẳng chân và vùng quanh khớp cổ chân, đạt kết quả tốt 43/49 vạt sống hoàn toàn, trong đó thất bại hoàn toàn ở vạt trên mắt cá ngoài là 2/21 ca, vạt sống hoàn toàn 12/21, vạt hoại tử một phần và chậm lành ở 6/21 ca. Chúng tôi nhận thấy đây là nghiên cứu chung cho nhiều loại vạt, và tác giả đã đưa ra kết luận chung cho các phương án điều trị của mình do đó chưa nổi bật được hiệu quả điều trị của riêng vạt da trên mắt cá ngoài.

Năm 2009 tác giả Vũ Nhất Định^[6] sử dụng vạt trên mắt cá ngoài điều trị khuyết hồng vùng 1/3 dưới cẳng chân, quanh khớp cổ chân, mu chân và củ gót trên 20 bệnh nhân (1998- 2007). Trong đó có 17 nam và 3 nữ, độ tuổi trung bình là 44,9 tuổi. Sử dụng vạt có cuống đầu gần trong 17 trường hợp, cuống đầu xa trong 3 ca còn lại, có 3 trường hợp bị hoại tử một phần vạt da. Tác giả kết luận vạt che phủ thuận lợi cho các khuyết hồng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, quanh khớp cổ chân bàn chân và củ gót, cuống vạt dài, nguồn nuôi dưỡng hằng định, có thể xoay cuống vạt ở các mức độ cao thấp khác nhau. Chúng tôi nhận thấy tác giả không đề cập tới sự hài lòng về mặt tạo hình và mặt thẩm mỹ của bệnh nhân đối với vạt sau quá trình điều trị, cũng như các giải pháp tiếp theo để cải thiện các vấn đề liên quan tới việc mang giày dép đi lại của bệnh nhân, thẩm mỹ nếu chưa đạt hiệu quả trong lần mổ đầu, đa số trường hợp tác giả sử dụng cuống mạch đầu gần để che phủ nên chưa đánh giá được độ dài che phủ của vạt với các tổn thương ở vùng bàn chân trước.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân:

Các bệnh nhân mất da, mô mềm cổ bàn chân nhập viện Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2015 tới 06/2018, đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

Vị trí: Khuyết hồng nằm ở vùng cổ chân, gân gót, mặt lưng bàn chân.

Tuổi: Mọi lứa tuổi

Tình trạng nơi thương tổn: Nhiễm trùng đã được kiểm soát hoặc không có nhiễm trùng, có thể là vết thương lộ gân, cơ, xương, dụng cụ kết hợp xương hay sẹo co rút vùng cổ chân cần được giải phóng và che phủ lại bằng vạt da.

Đối tượng loại trừ:

Các tổn thương ở vùng dưới ngoài cẳng chân, là nơi sẽ lấy vạt da.

Mất da vùng đế gót hay mặt lòng bàn chân.

Dụng cụ vật liệu:

Hồ sơ bệnh án từ 01/2015 tới 06/2018

Dụng cụ phẫu thuật thông thường và thêm các dụng cụ dùng trong vi phẫu

Kính lúp phóng đại 2,5 lần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, tổng kết và phân tích

Các bước tiến hành như sau:

Đánh giá bệnh nhân trước mổ:

Tổng trạng ổn định, đáp ứng được cuộc phẫu thuật.

Đánh giá tổn thương: Vị trí mất da, kích thước mất da, tình trạng nhiễm trùng vết thương, các thương tổn kèm theo.

Phẫu thuật che phủ tổn thương:

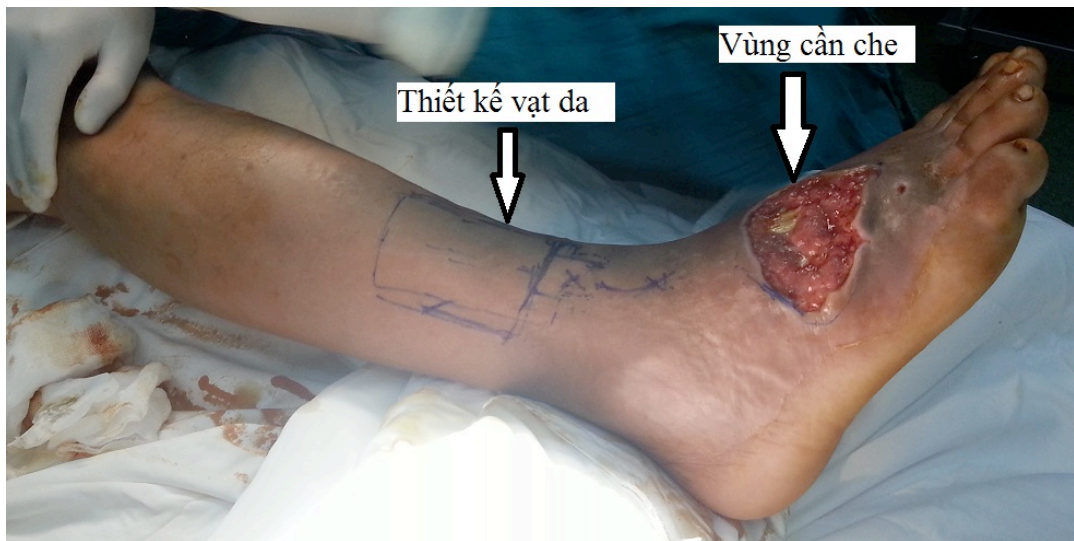
Chuẩn bị tiền phẫu như các phẫu thuật khác.

Tổn thương phải sạch: Tổn thương mất da thường kèm các tổn thương ở gân xương, để đáp ứng việc che phủ bằng vạt da, yêu cầu nền vết thương phải ổn định, không có nhiễm trùng, tiết dịch, nếu có mô hoại tử phải được cắt lọc sạch trước lần mổ che phủ bằng vạt da.

Phẫu thuật lấy vạt da:

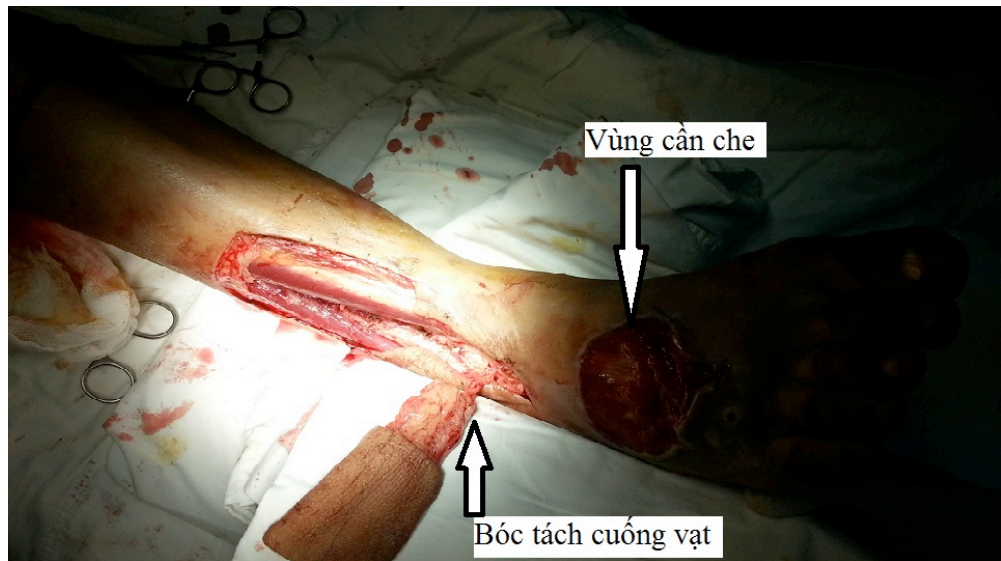
Thường sử dụng tê tủy sống.

Bệnh nhân nằm ngửa kê mông bên bị thương để cẳng chân xoay trong.



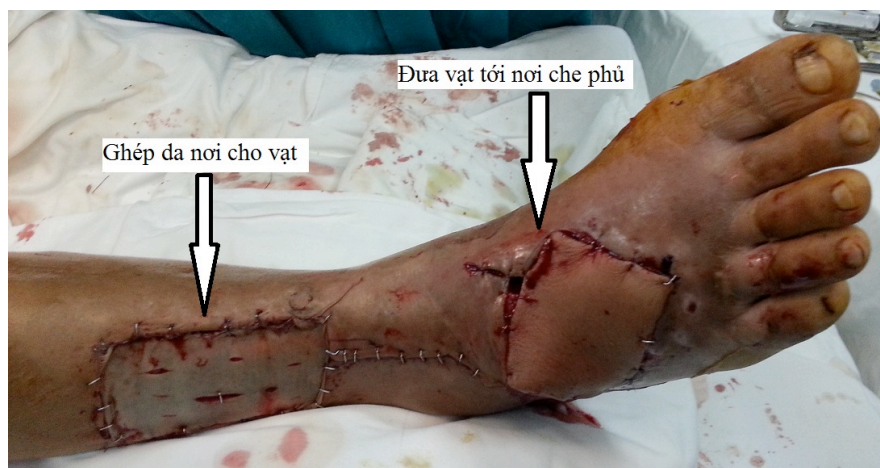
Vạt da được phác họa ở mặt trước giữa hai xương cẳng chân gần khớp cổ chân

Ảnh 2.1 : Thiết kế vạt da
(tư liệu trong lô nghiên cứu của tác giả)



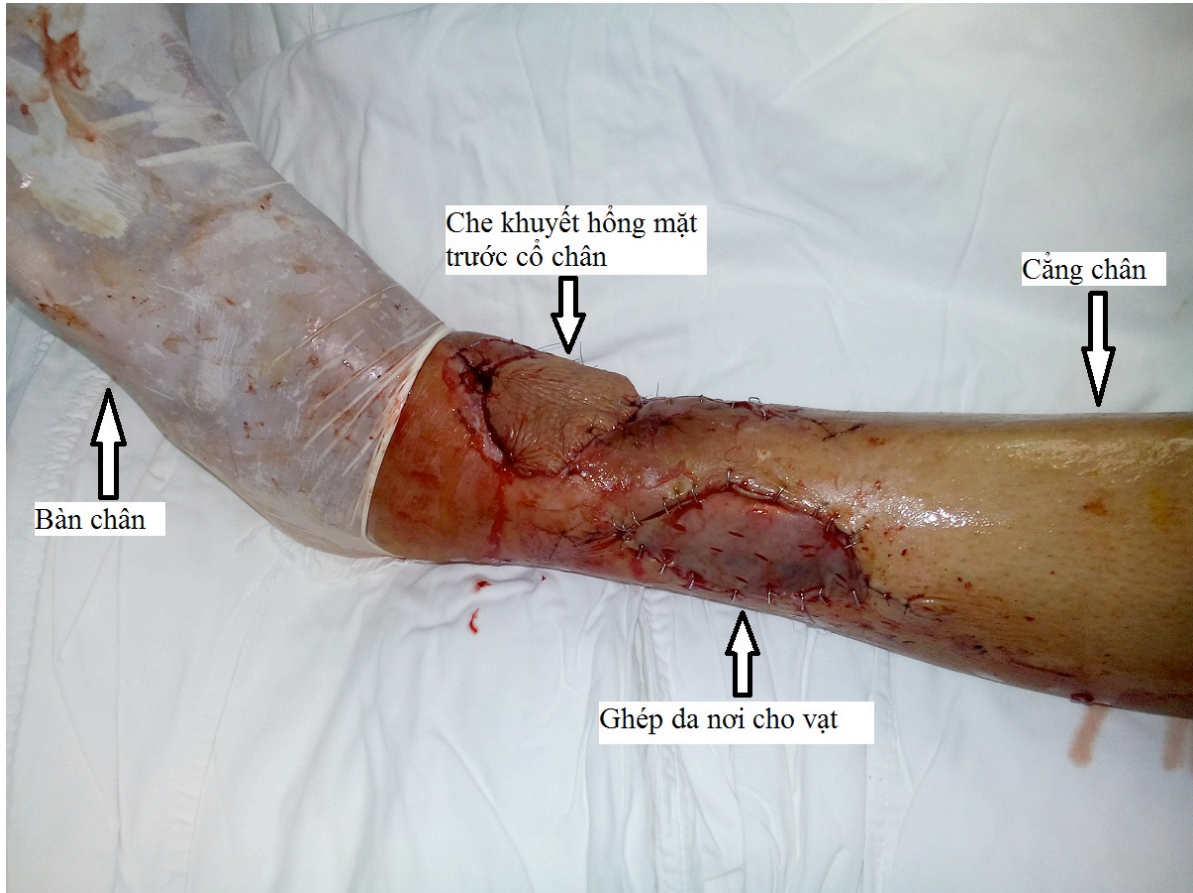
Cuống mạch nằm ở chỗ lõm giữa hai xương trên mắt cá ngoài 5cm, bắt đầu rạch da ở bờ trước, rạch xuống dưới qua mắt cá ngoài

Ảnh 2. 2: Bóc tách tìm cuống ra da của nhánh mạch xuyên
(tư liệu trong lô nghiên cứu của tác giả)



Bóc tách cuống đi theo vạt da, thường phải bóc dưới màng xương
mác

Ảnh 2. 3: Lấy vạt có cuống đầu xa
(tư liệu trong lô nghiên cứu của tác giả)



Ảnh 2. 4: Vạt có cuống đầu gần
(tư liệu trong lô nghiên cứu của tác giả)

Chế độ chăm sóc và tập luyện sau mổ:

Trong thời gian đầu hậu phẫu, cần kê cao chi để tối ưu hóa việc hồi lưu máu tĩnh mạch.

Khi vạt da đã lành: Cho bệnh nhân tập vận động nhẹ nhàng để tránh việc cứng khớp cổ chân, cần mang giày dép rộng để hạn chế loét vạt thứ phát do tì đè, lý do thời gian đầu vạt có hiện tượng phì đại chưa ổn định độ dày.

Phương pháp, tiêu chuẩn đánh giá kết quả lâm sàng:

Thời điểm đánh giá:

Kết quả sống: 2 tuần sau mổ. Đánh giá sự sống của vạt da và sự lành vết thương

Kết quả chức năng vạt da và di chứng sau lấy vạt: 6 tháng sau phẫu thuật

Đánh giá sự sống vạt da: Sống hoàn toàn, hoại tử mép xa vạt da, hoại tử một phần vạt da, hoại tử toàn bộ vạt da

Khả năng che phủ: Cổ chân, gót, mặt lưng bàn chân, bờ trong bàn chân, bờ ngoài bàn chân

Tiêu chí xác định thành công của phương pháp điều trị là sau mổ vạt da sống hoàn toàn hoặc có hoại tử mép xa nhưng không cần phải thêm lần phẫu thuật bổ sung cho bệnh nhân. Còn đối với hoại tử một phần hay hoại tử hoàn toàn vạt da cần phải cắt lọc và ghép da bổ sung hoặc sử dụng vạt da khác nên được đưa vào nhóm thất bại. Một số bệnh nhân có để hở vạt da không khâu kín ngay thì đầu, sau đó khi vạt đã sống hoàn toàn sau 2 tuần thì có khâu da thứ cấp ở tiểu phẫu thì chúng tôi vẫn coi là được điều trị thành công.

Đặc điểm số liệu bệnh nhân:

Giới tính: Nam hay nữ

Độ tuổi

Nguyên nhân tổn thương: Tai nạn, viêm loét tại chỗ, giải phóng sẹo hay lộ dụng cụ sau phẫu thuật

Diện tích mất da: Tính theo chiều dài nhất và rộng nhất

Chân phía tổn thương: Trái hay phải

Thương tổn kèm theo

Số liệu kỹ thuật:

Chiều dài vạt da

Kích thước vạt da

Cách che phủ cuống vạt da: Lây kèm dải da, luồn dưới da, ghép da

Kết quả sống vạt da: Sống toàn bộ, hoại tử mép xa vạt da (<10mm), hoại tử một phần vạt da, hoại tử toàn bộ vạt da

Diễn tiến lành vết thương: Lành hoàn toàn, cần tiểu phẫu khâu vết thương, cần thêm lần phẫu thuật che phủ

Về tính thẩm mỹ, đánh giá:

Màu sắc vật da: Hồng hào, sậm màu

Mật độ vật da: Mềm mại, hơi cứng, cứng

Độ dày so với vùng chung quanh

Loét trên vật da: Do va chạm hay do tì đè

Di chứng vùng cho vật:

Sự dính da ghép: Dính tốt hay loét trên mặt da

Tình trạng sẹo: Bằng mặt da, lồi ít, lồi nhiều, loét

Di chứng cắt thần kinh mức nông: Sự hiện diện của u thần kinh ở đầu cắt

Sự phục hồi chức năng:

Tầm vận động khớp cổ chân

Khả năng sử dụng vật da trong sinh hoạt

Đánh giá chủ quan sự hài lòng của bệnh nhân: Bệnh nhân tự đánh giá về kết quả điều trị theo thang điểm 10.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ

Chúng tôi theo dõi 25 bệnh nhân từ lúc nhập viện điều trị, cho tới khi xuất viện và tái khám, tuy nhiên thời gian theo dõi tối đa chỉ dừng lại ở 1 năm, vì sau khi bệnh nhân đã lành thương, rất khó khăn để tiếp tục theo dõi xa hơn vì bệnh nhân không tới bệnh viện tái khám nữa.

3.1 Tuổi

Các bệnh nhân có độ tuổi rải rác từ 11 tới 70 tuổi, độ tuổi trung bình 35.04 tuổi

Nhận xét: Phân bố tuổi có tính ngẫu nhiên, rải rác, các đối tượng bệnh nhân có từ trẻ em tới người cao tuổi.

3.2 Giới tính

Nam 13. Nữ 12

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh ở giới nam 13/25 và nữ 12/25 là tương đương nhau

3.3 Nguyên nhân tai nạn

Tai nạn giao thông 14/25

Sẹo co rút vùng cổ chân 10/25

Rắn cản 1/25

Nhận xét: Đa số bệnh nhân bị khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn chân có nguyên nhân từ tai nạn giao thông

3.4 Điều trị tuyến trước

Có xử trí tuyến trước 10/25

Không xử trí 15/25

Nhận xét: Đa số bệnh nhân tới thẳng bệnh viện Chấn thương chỉnh hình để nhận sự chăm sóc y tế ngay từ ban đầu

3.5 Tổn thương kèm theo

Mất mô mềm đơn thuần 14/ 25

Gãy xương bàn 7/25

Tổn thương gân 4/25

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chỉ có mất mô mềm vùng cổ bàn chân đơn thuần.

3.6 Chân bên tổn thương

Chân phải 18/25

Chân trái 7/25

Nhận xét: Bệnh nhân bị tổn thương bên chân phải chiếm đa số

3.7 Vùng tổn thương

Vùng trước cổ chân 11/25

Vùng sau gót 7/25

Vùng lưng bàn chân 7/25

Nhận xét: Vạt được sử dụng nhiều cho vùng cổ chân và sau gót

3.8 Diện tích mất da

Các tổn thương có diện tích từ 12 tới 54 cm². Trung bình 26,72 cm²

Nhận xét: Tổn thương mất mô mềm vùng cổ bàn chân có diện tích mất da phân bố trong dải rộng, mang tính rải rác.

3.9 Sử dụng vạt da cuống đầu gân, xa

Vạt cuống đầu gân 18/25

Cuống đầu xa 7/ 25

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được sử dụng vạt da có cuống đầu gân để che phủ khuyết hổng

3.10 Khâu vết thương ngay ở thì 1 và khâu ở thì 2

Khâu ngay thì đầu 20/25

Khâu thì hai 5/ 25

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được khâu vết thương ngay ở thì đầu

3.11 Sự sống vạt da sau 2 tuần

Sống hoàn toàn: 22/25 trường hợp

Hoại tử hoàn toàn: 3/ 25 trường hợp

Nhận xét: Đa số ca bệnh vạt da sống hoàn toàn sau điều trị

3.12 Tình trạng vết mổ nơi nhận vạt

Vết mổ khô 21/ 25

Rỉ dịch sau mổ 4/25

Nhận xét: Đa số các ca bệnh có vết thương sau che phủ ổn định không rỉ dịch

3.13 Màu sắc vạt da

Màu hồng 22/ 25

Nâu sậm 3/ 25

Nhận xét: Đa số vạt da sau điều trị có màu hồng, trùng với màu da chung quanh vùng tổn thương của bệnh nhân

3.14 Mật độ của vạt da

Mật độ cứng 3/25

Mật độ mềm mại 22/25

Nhận xét: Đa số trường hợp sau điều trị vạt da mềm mại

3.15 Độ dày của vạt da

25/ 25 trường hợp có độ dày lớn hơn so với vùng da lành chung quanh

3.16 Loét bề mặt vạt da

25/25 trường hợp không có loét trên vạt da

3.17 Sẹo quanh vạt da

- 25/25 trường hợp có sẹo bằng phẳng với vật da
- 3.18 Biến dạng cẳng chân
- 25/25 ca không có biến dạng cẳng chân
- 3.19 Sự dính da ghép
- 25/25 trường hợp da ghép dính hoàn toàn
- 3.20 Màu da ghép
- 25/25 ca có màu da ghép hồng
- 3.21 Sẹo da ghép
- 25/25 ca có sẹo bằng phẳng
- 3.22 U thần kinh mạc nông
- 25/25 ca không có triệu chứng đau của u thần kinh mạc nông
- 3.23 Vận động khớp cổ chân
- 25/25 ca có vận động khớp cổ chân bình thường
- 3.24 Khả năng đi lại
- 25/25 ca có khả năng đi lại bình thường
- 3.25 Đánh giá chủ quan
- 25/ 25 trường hợp có đánh giá chủ quan 8/10, hài lòng với phương pháp điều trị khuyết hồng này.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1 Tuổi

Các bệnh nhân có độ tuổi rải rác, dải phân bố từ 11 tới 70 tuổi, có thể gặp tổn thương mắt mô mềm vùng cổ bàn chân ở bất cứ độ tuổi nào, khi các bệnh nhân tham gia mọi hoạt động trong xã hội thì tai nạn xảy ra, do đó không có tính thống nhất về nhóm tuổi và tổn thương.

4.2 Giới tính

Số lượng bệnh nhân nam (13) và nữ (12) là như nhau. Tổn thương mắt da và mô mềm cổ bàn chân có thể gặp ở cả giới nam và nữ, không có đặc thù về giới tính

4.3 Nguyên nhân tai nạn:

Số trường hợp tổn thương do tai nạn giao thông chiếm đa số (14/25), điều này bởi vì phương tiện di chuyển chính ở đất nước chúng ta là xe máy, với mật độ giao thông cao thì việc va quệt gây tai nạn là thường thấy, bàn chân lại thường bị xe đè lên sau tai nạn cùng với việc bị chà sát xuống mặt đường gây lóc da. Hầu hết người dân Việt Nam đều dung xe máy không kể nam nữ nên tỉ lệ bệnh ở cả 2 giới như nhau.

Chúng tôi còn điều trị cho các sẹo co rút vùng cổ chân (10/25) do các tai nạn trước đó, và cá biệt có trường hợp hoại tử da lưng bàn chân do bị rấn cắn

4.4 Điều trị tuyến trước

Có 10/25 trường hợp đã được xử trí ở tuyến trước, chủ yếu là chăm sóc vết thương, điều trị nội khoa cho ổn định, có 1 trường hợp đã được mổ kết hợp xương bàn chân trước đó. Điều này bởi vì tổn thương ở vùng cổ bàn chân không phải là một tình huống cấp cứu, do đó thường bệnh nhân tới cơ sở y tế

gần nhất để nhận được sự chăm sóc về y tế, sau đó vì quá khả năng điều trị nên bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên ở bệnh viện chúng ta.

4.5 Tổn thương kèm theo

Đa số thường chỉ là mất mô mềm đơn thuần (14/25), có gãy xương bàn chân kèm theo (7/25), tổn thương gân kèm theo (4/25). Da vùng lưng bàn chân và gót mỏng, căng, bám sát vào các cấu trúc bên dưới, độ đàn hồi kém nên khi có va chạm, chà xát thường gây ra khuyết hồng. Bên cạnh đó tổn thương ở bàn chân trong tai nạn giao thông có năng lượng cao nên cũng có trường hợp gãy xương bàn chân kèm theo. Việc điều trị xoay vạt da che phủ mô mềm sẽ tạo thuận lợi cho việc kết hợp xương hay ghép xương tiếp sau đó, mang lại hiệu quả tốt nhất cho bệnh nhân sau điều trị.

4.6 Chân phía tổn thương

Chúng tôi có 18/25 trường hợp có chân phải bị tổn thương, chân trái chiếm 7/25 ca. Điều này bởi vì đa số mọi người thuận chân phải, sử dụng chân này thường xuyên trong lúc vận hành xe máy, nên khi tai nạn bên chân phải thường gặp tổn thương hơn.

4.7 Vùng tổn thương

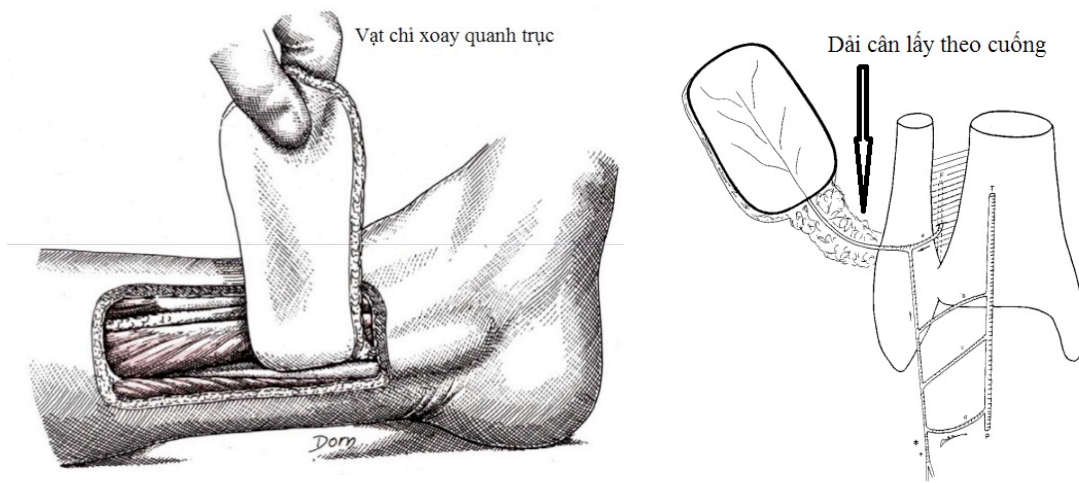
Đa số trường hợp sử dụng vạt da để che phủ cho vùng gót (8/25) và trước cổ chân (10/25), điều này là do chúng tôi thường xử trí các di chứng sẹo co rút ở cổ chân, và ưu tiên chọn loại vạt có độ dày mỏng tương thích với da vùng cổ chân, cũng tương tự với mất da gót, thì vạt da trên mắt cá ngoài có cuống đầu gần là lựa chọn rất tốt, đáp ứng được sự an toàn về điều trị và mục đích che phủ cũng như độ dày thích hợp.

4.8 Diện tích mất da

Các tổn thương có diện tích từ 12 cm^2 (3 x4 cm) tới 54 cm^2 (6 x9 cm), mang tính phân bố rải rác tùy thuộc mức độ tai nạn gây ra thương tổn và nhìn chung không quá lớn, tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả Voche 2005^[43] với diện tích mất da lớn nhất có thể che phủ là 9 x 15cm thì khả năng sử dụng vật da này để che phủ của chúng tôi còn hạn chế hơn. Điều này có thể đến từ việc thể hình người Pháp lớn hơn người Việt Nam nên khả năng lấy vật da ở cẳng chân nhằm che phủ cổ bàn chân được lớn hơn.

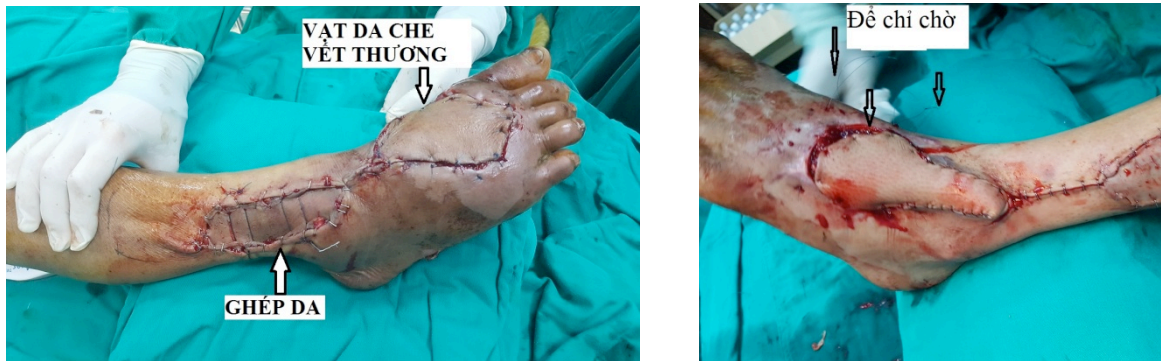
4.9 Sử dụng vật da cuống đầu gân, xa

Chúng tôi có 18/25 trường hợp sử dụng vật da trên mắt cá ngoài cuống đầu gân để che phủ vết thương, có 7/25 ca dùng vật có cuống đầu xa. Với vật da có cuống đầu gân chúng tôi có thể bóc tách thêm dải cân quanh cuống mạch, điều này có thể giúp chúng tôi kéo dài vật da về phía trên cẳng chân tạo ra 1 vật cuống đầu gân có chiều dài lớn, so với kỹ thuật bóc tách cuống đầu gân cơ bản mà tác giả Masquele AC chỉ xoay vật cuống đầu gân ngay tại điểm ra da của động mạch mạc nên chỉ che phủ quanh mắt cá ngoài thì vật của chúng tôi dài hơn nhiều, cho phép vươn tới những tổn thương xa hơn ở sau gót hay là trước cổ chân hay bàn chân sau. Việc sử dụng vật da cuống đầu gân cũng giúp hạn chế bóc tách cuống mạch máu ở cổ chân vốn sát màng xương là điều khó khăn và mang lại sự an toàn lớn hơn cho sự sống vật da, do đó với các thương tổn ở cổ chân, gót chân hay bàn chân sau, chúng tôi ưu tiên dùng vật cuống đầu gân hơn, chỉ với những khuyết hỏng phần mềm ở xa như bàn chân trước thì bắt buộc chúng tôi sử dụng vật da trên mắt cá ngoài có cuống ở đầu xa.



Hình 4.1 Minh họa cách lấy dải cân đi theo cuống mạch máu đầu gân
4.10 Khâu vết thương ngay ở thì 1 và khâu thì 2

Chúng tôi khâu vết thương thì đầu ở hầu hết các trường hợp 20/25 ca, có 5/25 trường hợp được khâu thì 2 ở phòng tiểu phẫu hoặc cột chỉ thì 2 ngay tại phòng bệnh. Điều này là do chúng tôi căn cứ vào vị trí vết thương và đánh giá ngay trong lúc phẫu thuật, với những tổn thương ở vị trí xa so với tầm che phủ của vạt, nếu để kéo căng nhằm che phủ hết tổn thương ngay thì thấy hiện tượng vạt bị trắng, khi đó chúng tôi tiến hành khâu chỉ chờ nhằm làm vạt lỏng lẻo ra để đảm bảo tưới máu được tốt, khâu định hướng vạt da đối với các trường hợp này để tránh vạt da bị căng, sau 5-7 ngày vạt đã dần ổn định chúng tôi tiến hành cột các chỉ chờ này tại phòng bệnh, nếu gây đau đớn cho bệnh nhân, chúng tôi đưa bệnh nhân xuống tiểu phẫu tiến hành tê tại chỗ trước khi cột hoặc khâu bổ sung để vạt da che kín tổn thương.



Khâu kín từ đầu

Đề chỉ chờ

Ảnh 4.1 Minh họa khâu da thì đầu và đề mũi chỉ chờ

4.11 Sự sống vạt da sau 2 tuần

Đa số vạt da của chúng tôi sống tốt sau 2 tuần (22/25) trường hợp. Có 3/25 ca bị hoại tử hoàn toàn. Các trường hợp hoại tử này nhận thấy 2 ca ở vạt da có cuống đầu xa, 1 trường hợp trong quá trình bóc tách có làm dập cuống mạch máu, tuy là trong mổ nhận thấy vẫn có máu tưới và rỉ ra ở đầu xa của vạt nhưng các ngày sau đó thì vạt tím dần đi và hoại tử toàn bộ. Trường hợp kế tiếp là được luồn dưới đường hầm da dài để tiến tới đầu xa bàn chân che phủ, chúng tôi nghĩ rằng vạt bị hỏng là do đường hầm luồn này quá dài và hẹp gây hiện tượng chẹn dòng mạch máu trong cuống gây ra nên hoại tử vạt, chúng tôi có sử dụng nẹp bột căng bàn chân đặt mặt lòng cho bàn chân gập lưng sau mổ để hạn chế chèn ép ở đường hầm, tuy nhiên nẹp bột đã mềm và không giữ tốt vai trò trong hậu phẫu ở phòng bệnh, sau ca này chúng tôi mỗi khi luồn thì luôn cố gắng làm rộng và ngắn đường hầm thì kết quả tốt. Ca cuối cùng là vạt da có cuống đầu gần, kích thước nhỏ chỉ 2 x4cm, tuy nhiên do vạt da nhỏ nên quá trình bóc tách có thể đã đi lệch khỏi trục mạch máu nuôi vạt, hoặc lớp cân sâu bị bong ra khỏi khối vạt da vì thế không đảm bảo máu nuôi cho vạt, do đó khi xoay xuống che vết thương thì vài ngày sau hoại tử hoàn toàn. Cả 3 trường hợp hoại tử này sau khi cắt lọc thì còn lớp mô hạt ở

dưới tốt, chúng tôi tiến hành ghép da bỏ sung là có kết quả ổn định cho bệnh nhân mà không cần xử trí bằng vật da nào khác nữa.

4.12 Tình trạng vết mổ nơi nhận vạt

Đa số có vết mổ khô 21/25 trường hợp, có 4/25 ca có rỉ dịch sau mổ, cần sử dụng kháng sinh nhiều ngày sau đó mới ổn định được vết thương. Các trường hợp chảy dịch sau mổ nằm ở các ca có tổn thương gãy xương đi kèm, dù chúng tôi đã không chế nhiễm trùng trước mổ vạt da tuy nhiên đã không thể triệt để và chấp nhận việc che phủ bằng vạt da nhằm nhanh chóng không chế vết thương tránh lan rộng gây hư hại gân cơ cũng như đưa vạt da cấp máu nhiều hơn cho vùng tổn thương giúp sự nuôi dưỡng được tốt hơn. Sau điều trị nội khoa cả 4/25 trường hợp này đều ổn mà không cần can thiệp phẫu thuật cắt lọc hay ảnh hưởng hơn nữa tới vạt da.

4.13 Màu sắc vạt da

Cả 22/25 trường hợp vạt da sống thì đầu đầu có màu hồng, 3/25 ca được ghép da sau hoại tử vạt có màu nâu sậm. Hầu hết các ca có màu hồng vì vạt trên mắt cá ngoài lấy ở vùng 1/3 dưới cẳng chân, về màu sắc rất tương đồng với da vùng cổ bàn chân và sau gót, nên sau khi được đưa tới nơi mới, không có sự khác biệt về màu sắc xảy ra, đây cũng là ưu điểm lớn của vạt da trên mắt cá ngoài.

Tác giả Voche 2005^[43] cũng có chung nhận định với chúng tôi về màu sắc vạt tương hợp với nơi nhận.

4.14 Mật độ của vạt da

Chúng tôi có 3/25 ca đã được ghép da sau hoại tử vạt nên mật độ cứng, còn lại 22/25 trường hợp vạt da có mật độ mềm mại, điều này tạo thuận tiện cho bệnh nhân trong quá trình lựa chọn giày dép đi lại, không ảnh hưởng tới sinh hoạt của bệnh nhân.

4.15 Độ dày của vật da

Tất cả vật da đều có xu hướng dày hơn so với bề mặt của bàn chân, tuy nhiên độ dày không quá lớn. Điều này bởi vì đây là kiểu vật da ngược dòng, các tĩnh mạch phải tự phá hủy van để đưa máu quay ngược trở lại sau khi nhận máu đến từ động mạch, quá trình này có gây nên sự phù nề và gia tăng độ dày của vật da, theo thời gian thì độ dày được giảm xuống nhưng vẫn còn dễ nhận biết so với da lành chung quanh.

4.16 Loét vùng vật da

Không có trường hợp nào bị loét ở nơi vật da, điều này do các vùng che phủ của vật trên mắt cá ngoài hầu như là vùng không chịu lực, nên việc bị cọ xát mạnh gây loét là không xảy ra.

4.17 Sẹo quanh vật da

Tất cả các ca sẹo bằng phẳng với vật, không gây gồ hay sẹo phì đại, sẹo xấu, không ảnh hưởng tới quá trình sinh hoạt của bệnh nhân

4.18 Biến dạng cẳng chân

Tất cả các trường hợp đều không gây biến dạng cẳng chân, bởi vì chúng tôi chỉ lấy lớp vật da mỏng không gây tổn hại các cấu trúc gân cơ, xương bên dưới nên sự tổn hại nơi cho vật là không nhiều.

4.19 Sự dính da ghép

Tất cả các trường hợp ghép da nơi cho vật đều sống tốt, bởi vì khi bóc tách vật chúng tôi nhận rõ lớp cân sâu chứa mạch máu nuôi vật và dừng ở lớp này, bảo vệ tối đa lớp màng gân cũng như các cơ phía dưới vật, chính nhờ điều này mà khi ghép da lên vùng cho vật chúng tôi có được kết quả sống da ghép ở mức tối đa.

4.20 Màu da ghép

Tất cả da ghép có màu hồng, về lâu dài vùng này trở về màu như da lành vùng chung quanh, không gây mất thẩm mỹ cho bệnh nhân

4.21 Sẹo da ghép

Tất cả da ghép đều lành bằng phẳng không gây khiếm khuyết về sẹo ảnh hưởng tới bệnh nhân

4.22 U thần kinh ác tính

Chúng tôi không có trường hợp nào gặp u thần kinh ác tính. Bởi vì trong quá trình bóc tách, vì bắt buộc phải hi sinh thần kinh này nên chúng tôi tiến hành cột đầu tận của thần kinh trước khi cắt và tiến hành vùi vào trong cơ, nhằm tránh việc tiếp xúc trực tiếp của đầu thần kinh sau cắt với các lực tì đè lên da của bệnh nhân gây đau, phương pháp này đã có hiệu quả, mang lại sự dễ chịu cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của mình tác giả Voche^[43] cũng dùng chung phương án vùi thần kinh ác tính vào cơ như chúng tôi và không có ca nào gặp trở ngại về biến chứng u thần kinh.

4.23 Vận động khớp cổ chân

Tất cả đều có vận động khớp cổ chân bình thường, chúng tôi không làm tổn hại tới các cấu trúc quanh khớp và dây chằng giữ vững khớp cổ chân nên sau điều trị khớp cổ chân đều có vận động bình thường

4.24 Khả năng đi lại

Tất cả bệnh nhân đều có khả năng đi lại tốt, không có phàn nàn nào đáng kể, bệnh nhân có thể vận động mạnh như chạy nhảy mà không gặp trở ngại nào

4.25 Đánh giá chủ quan

Tất cả bệnh nhân đều hài lòng về kết quả điều trị che phủ khuyết hồng bằng vạt da trên mắt cá ngoài và có nhận định đánh giá 8/ 10 cho hiệu quả điều trị.

CHƯƠNG 5

KẾT LUẬN

Vạt da trên mắt cá ngoài dùng điều trị khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn chân có thể sử dụng ở dạng vạt có cuống đầu gần hay cuống đầu xa, che phủ an toàn cho các tổn thương vùng sau gót, vùng trước cổ chân, vùng lưng bàn chân. Vùng nhận vạt được che phủ và có màu sắc, mật độ phù hợp, không ảnh hưởng tới quá trình đi lại của bệnh nhân, vùng cho vạt được ghép da an toàn, không tổn hại nhiều ở nơi cho, mang lại sự hài lòng cho bệnh nhân sau quá trình điều trị. Đây là một vạt da tốt để điều trị cho các tổn thương mắt mô mềm vùng cổ chân- bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Mai Trọng Tường (2010). “ Khảo sát giải phẫu cuống mạch đầu xa đảo da cân thân kinh hiển ngoài và các cải tiến lâm sàng”. *Luận án tiến sĩ Y học*, trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh , tr 136
2. Nguyễn Quang Quyền và cộng sự (2012). “Chi dưới”. *Nhà xuất bản Y học*, tái bản lần 5, tr. 201- 238.
3. Nguyễn Tiên Bình (1997). “Nghiên cứu giải phẫu vạt da cân trên mắt cá ngoài, vạt bắp chân cuống ngoại vi và ứng dụng điều trị khuyết hồng phần mềm đoạn 2/3 dưới cẳng chân, cổ chân”. *Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược*, học viện Quân Y Hà Nội.
4. Trần Đăng Khoa, Đại Hoàng Ân (1997). “Khảo sát các loại gãy xương chân thương điều trị cấp cứu tại Trung tâm chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh năm 1996”. *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa*, trung tâm đào tạo và bồi dưỡng cán bộ Y tế thành phố Hồ Chí Minh , tr. 12-67
5. Trương Bá Ngạc (1998) . “Nghiên cứu một số đặc điểm gãy xương điều trị nội trú tại BV Chợ Rẫy” từ (1/7/1997 đến 1/7/1998). *Luận văn thạc sĩ Chấn thương chỉnh hình*, trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh , tr. 27-30
6. Vũ Nhất Định, Nguyễn Văn Ngẫu (2009). “Sử dụng vạt da cân trên mắt cá ngoài hình đảo cuống ngoại vi điều trị khuyết hồng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, quanh khớp cổ chân, mu chân và củ gót”. *Tạp chí Y học thực hành 2009*

Tiếng Anh

7. Alain C Masquelet, Alain Gilbert (1995). “Transfers from the lower limb”. *An atlas of flaps in limb reconstruction*. CRC press, 1st edition, 148-157.
8. Alain C Masquelet et al (1988). “The lateral supramalleolar flap”. *Plast Reconstr Surg*, 81(1): 74- 81.
9. Blondeel PN (2006). “Perforator flaps: anatomy, technique, and clinical applications”. *St Louis Quality Medical Publishing*
10. Cormack GC, Lamberty BG (1984). “A classification of fascio-cutaneous flaps according to their patterns of vascularisation”. *Br J Plast Surg* , 37:80–7.
11. Demirseren ME, Gokrem S, Can Z(2004). “Reappraisal of island modifications of lateral calcaneal artery skin flap”. *Plast Reconstr Surg* , 113:1167–74.
12. Frank H. Netter (2014). “Muscles of leg”. Elsevier, 6th edition, 503- 510.
13. Fu Chan Wei et al (2017). “Classification of flaps”. *Elsevier*, 2nd edition, e1-e8.
14. Fu Chan Wei et al (2017). “Lower extremity reconstruction”. *Elsevier*, 2nd edition, 263-264.
15. Georgescu AV(2012). “Propeller perforator flaps in distal lower leg: evolution and clinical applications”. *Arch Plast Surg* , 39:94–105.
16. Ger R (1971). “The technique of muscle transposition in the operative treatment of traumatic and ulcerative lesions of the leg”. *J Trauma* , 11: 502–10.

17. Gir P, Cheng A, Oni G, et al(2012). “Pedicled-perforator (propeller) flaps in lower extremity defects: a systematic review”. *J Reconstr Microsurg* , 28:595–602
18. Jeung SF, Wei FC (1997). “Distally based sural island flap for foot and ankle reconstruction”. *Plast Reconstr Surg*, 99:744–750
19. Koshima I, Moriguchi T, Ohta S, et al(1992). “The vasculature and clinical application of the posterior tibial perforator-based flap”. *Plast Reconstr Surg*, 90:643–9.
20. Lee JH, Chung DW (2010). “Reverse lateral supramalleolar adipofascial flap and skin grafting for one stage soft tissue reconstruction of foot and ankle joint”. *Microsurgery*, 30(6): 423-9
21. Lee YH, Rah SK, Choi SJ, et al (2004). “Distally based lateral supramalleolar adipofascial flap for reconstruction of the dorsum of the foot and ankle”. *Plast Reconstr Surg* ,114:1478–85.
22. Lin C-H, Mardini S, Wei F-C, et al (2006). “Free flap reconstruction of foot and ankle defects in pediatric patients: long-term outcome in 91 cases”. *Plast Reconstr Surg* , 117:2478–87.
23. Lindenblatt N, Calcagni M, Contaldo C, et al(2008). “A new model for studying the revascularization of skin grafts in vivo: the role of angiogenesis”. *Plast Reconstr Surg*, 122:1669–1680.
24. Mark FP, Peter JC, Paul AW, Salvatore L(2002). “Reverse sural artery flap: Caveats for success”. *Ann Plast Surg*, 48:496–504.
25. Mathes SJ, Nahai F(1997). “The reconstructive triangle: a paradigm for surgical decision making”. *Reconstructive surgery*:

principles, anatomy, and technique. New York: Churchill Livingstone, 9–36.

26. McCraw JB, Dibbell DG, Carraway JH (1977). “Clinical definition of independent myocutaneous vascular territories”. *Plast Reconstr Surg*, 60:341–52.
27. McGregor IA, Morgan G(1973). “Axial and random pattern flaps”. *Br J Plast Surg*, 26:202–13
28. Med Faouzi Hamdi (2012). “Lateral supramalleolar flap for coverage of ankle and foot defect in children”. *The journal of foot and ankle surgery*, 51: 106- 109
29. Michael Schuenke (2010) . “Lower limb”. *General anatomy and musculoskeletal system*. Thieme, 1st edition, 453- 479.
30. Milton SH(1970). “Pedicled skin-flaps: the fallacy of the length: width ratio”. *Br J Surg*, 57: 502–8.
31. Nakajima H, Fujino T, Adachi SA (1986). “New concept of vascular supply to the skin and classification of skin flaps according to their vascularization”. *Ann Plast Surg*, 16:1–19.
32. Orticochea M (1972). “The musculo-cutaneous flap method: an immediate and heroic substitute for the method of delay”. *Br J Plast Surg*, 25:106–10
33. Ozalp T, Masquelet A, Begue T(2006). “Septocutaneous perforators of the peroneal artery relative to the fibula: anatomical basis of the use of pedicled fasciocutaneous flap”. *Surg Radiol Anat*, 28: 54–8.

34. Pearl RM, Johnson D (1983). "The vascular supply to the skin: an anatomical and physiological reappraisal" – *Part II. Ann Plast Surg*, 11:196–205.
35. Peter C. Neligan, Geoffrey C. Gurtner (2013). "Skin graft". *Plastic surgery*. Elsevier, volume one: Principles, 3rd edition, 319- 338.
36. Samson MC, Morris SF, Tweed AE (1998). "Dorsalis pedis flap donor site: acceptable or not?" *Plast Reconstr Surg*, 102:1549–54.
37. Taylor GI (1999). "Free vascularized nerve transfer in the upper extremity". *Hand Clin*, 15:673–95
38. Taylor GI (2003). "The "Gent" consensus on perforator flap terminology: preliminary definitions". *Plast Reconstr Surg*, 112:1384–7.
39. Taylor , Miller GD, Ham FJ(1975). "The free vascularized bone graft. A clinical extension of microvascular techniques". *Plast Reconstr Surg* ,55:533-44
40. Taylor GI, Palmer JH (1987). "The vascular territories (angiosomes) of the body: experimental study and clinical applications". *Br J Plast Surg*, 40:113–41.
41. Taylor GI, Townsend P, Corlett R (1979). "Superiority of the deep circumflex iliac vessels as the supply for free groin flaps". *Clinical work. Plast Reconstr Surg* , 64:745–59.
42. Vaienti L, Calori G, Leone F, et al(2014). "Posterior tibial artery perforator flaps for coverage of Achilles region defects". *Injury* , 45:133–7.

43. Voche P, Merle M, Stussi J-D(2005). "The lateral supramalleolar flap: experience with 41 flaps". *Ann Plast Surg* , 54:49–54.

PHIẾU THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU MỔ

Ngày tái khám.....

Họ và tên.....Nam/Nữ

Năm sinh.....

Số hồ sơ nhập viện.....

Kết quả ghi nhận:

1. Vạt da

Màu sắc vạt da: Hồng/ Sạm màu

Mật độ vạt da: Mềm mại/ Hơi cứng/ Cứng

Độ dày của da: Giống da chung quanh/ Dày hơn

Loét trên vạt da: Không/ Có : Diện tích loét.....

Sẹo quanh vạt da: Bằng mặt da/ Lồi ít/ Lồi nhiều

2. Vùng cho vạt

Biên dạng cẳng chân: Có/ Không

Sự dính da ghép: Dính tốt/ Loét trên mặt da

Màu sắc da ghép:.....

Tình trạng sẹo: Bằng mặt da/ Lồi ít/ Lồi nhiều

3. Di chứng sau cắt thần kinh mạc nông

Sự hiện diện u thần kinh ở đầu cắt: Có/ Không

4. Sự phục hồi chức năng che phủ

Cử động cổ chân: Cứng khớp/ Hạn chế

Tầm vận động:.....

Đi lại: Bình thường/ Bất thường: Khoảng đi bộ xa nhất.....

5. Đánh giá chủ quan của bệnh nhân theo thang điểm 10

Số điểm.....

MẪU THU THẬP SỐ LIỆU

Hành chánh:

Họ và tên bệnh nhân:.....Nam/ Nữ.....

Ngày tháng năm sinh:.....

Địa chỉ:.....

Ngày vào viện:.....

Bệnh sử:

Ngày giờ bị tai nạn:.....

Nguyên nhân:.....

Xử trí tuyến trước:.....

Khác:.....

Tổng trạng:

Tổn thương đi kèm:.....

Chân bị tổn thương:.....

Diện tích khuyết hồng:.....

Phẫu thuật lấy vạt da:

Cuống đầu gần:.....

Cuống đầu xa:.....

Khâu kín từ đầu:.....

Khâu thì 2 ở tiểu phẫu:.....

Mổ ghép da bỏ sung ở lần phẫu thuật kế:.....

Hậu phẫu trong 2 tuần đầu:

Sự sống của vật: Hoàn toàn/ hoại tử mép xa/ hoại tử một phần/ hoại tử hoàn toàn

Tình trạng vết mổ: Nhiễm trùng/ không nhiễm trùng

CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Vũ Văn T.

Giới tính Nam. Tuổi 44

Nguyên nhân tai nạn: Tai nạn giao thông

Lâm sàng: Mất da và mô mềm lưng bàn chân Phải 4 x7cm, lộ gân duỗi

Được điều trị sử dụng vật da trên mắt cá ngoài có cuống đầu xa che vết thương, khâu da thì đầu ở vật, ghép da ở vùng cho vật.

Sau mổ vết thương khô, lành tốt, vật sống hoàn toàn

Tái khám 6 tháng sau mổ bệnh nhân vận động cổ chân bình thường, vật có màu hồng, mật độ mềm, có độ dày lớn hơn không đáng kể với vùng chung quanh. Da ghép dính hoàn toàn, bề mặt bằng phẳng.

Bệnh nhân không có than phiền về khó khăn khi đi lại, không có đau do u thần kinh mạc nông, bệnh nhân hài lòng về kết quả điều trị

Phụ lục



Tổn thương trước mổ



che vạt da

Phẫu thuật che vạt da trong mổ



vạt sống
hoàn toàn

Hậu phẫu sau 1 tuần



Vạt da lành

Kết quả sau 6 tháng