

mặt phẳng axial có thể ưu thế hơn. Hệ số tương quan giữa rDOI và pDOI ($r = 0,825$) cho thấy mối tương quan mạnh giữa DOI trên MRI và trên giải phẫu bệnh. Kết quả đánh giá giai đoạn T trên MRI và trên GPB đạt mức độ đồng thuận đáng kể ($k = 0,618$). Về đánh giá di căn hạch trước phẫu thuật, MRI là phương tiện có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán di căn hạch lần lượt là 100% và 83,3% với giá trị tiên đoán dương là 80% và giá trị tiên đoán âm là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Quảng, Lê Thị Hồng Phượng, Ngô Quốc Duy, Bùi Văn Giang (2021) "Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư lưỡi phần di động và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn". Tạp chí Y học Việt Nam, 498 (2), 194-196.
2. H. A. Alsaffar, D. P. Goldstein, E. V. King, J. R. de Almeida, D. H. Brown, R. W. Gilbert, et al. (2016) "Correlation between clinical and MRI assessment of depth of invasion in oral tongue squamous cell carcinoma". Journal of otolaryngology - head & neck surgery = Le Journal d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, 45 (1), 61-61.
3. M.B. Amin, S.B. Edge, F.L. Greene, D.R. Byrd, R.K. Brookland, M.K. Washington, et al. (2018) AJCC Cancer Staging Manual, Springer International Publishing,
4. A. Baba, K. Hashimoto, R. Kayama, H. Yamauchi, K. Ikeda, H. Ojiri (2020) "Radiological approach for the newly incorporated T staging factor, depth of invasion (DOI), of the oral tongue cancer in the 8th edition of American Joint Committee on Cancer (AJCC) staging manual: assessment of the necessity for elective neck dissection". Jpn J Radiol, 38 (9), 821-832.
5. Piia Huopainen, Lauri Jouhi, Jaana Hagstrom, Satu Apajalahti (2021) "MRI correlates to histopathological data in oral tongue squamous cell carcinoma diagnostics". Acta Odontologica Scandinavica, 79 (3), 161-166.
6. Luca Giovanni Locatello, Chiara Bruno, Michele Pietragalla, Cecilia Taverna, Luca Novelli, Cosimo Nardi, et al. (2020) "A critical evaluation of computed tomography-derived depth of invasion in the preoperative assessment of oral cancer staging". Oral Oncology, 107, 104749.
7. Reddy Ravikanth (2020) "MR evaluation of tongue carcinoma in the assessment of depth of invasion with histopathological correlation: A single center experience". The Indian Journal of Radiology & Imaging, 30, 126 - 138.
8. T. Waech, S. Pazahr, V. Guarda, N. J. Rupp, M. A. Broglie, G. B. Morand (2021) "Measurement variations of MRI and CT in the assessment of tumor depth of invasion in oral cancer: A retrospective study". Eur J Radiol, 135, 109480.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM CỔ CHÂN, BÀN CHÂN BẰNG VẶT TRÊN MẮT CÁ NGOÀI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Thanh Thiên¹, Lô Quang Nhật¹, Vũ Hồng Ái¹, Nguyễn Văn Trường², Hoàng Văn Dung³, Tạ Văn công³, Nguyễn Việt Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khuyết hồng phần mềm (KHPM) cổ chân, bàn chân bằng vạt trên mắt cá ngoài. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 39 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật điều trị bằng vạt trên mắt cá ngoài trong thời gian từ 01/2018 đến 06/2024 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Kết quả gần: Tốt (35/39 = 89,7%), Vừa (03/39 = 7,7%), xấu (01/39 = 2,6 %). Kết quả xa: Tất cả BN đã liền sẹo tốt, vạt mềm mại, di động tốt, 01 BN đã phải ghép da bổ sung sau khi vạt bị chết > 50% nhưng không gây ảnh hưởng quá nhiều tới kết quả xa. Da ở vùng cẳng chân và cổ bàn chân

có sự tương đồng về màu sắc, độ dày của vạt với nơi nhận. **Kết luận:** Vạt trên mắt cá ngoài là một chất liệu tạo hình tốt để che phủ các khuyết hồng vùng cổ chân, bàn chân, đảm bảo cả về chức năng và thẩm mỹ. **Từ khóa:** khuyết hồng phần mềm cổ bàn chân, vạt trên mắt cá ngoài.

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT FOR ANKLE AND FOOT DEFECTS USING THE LATERAL SUPRAMALLEOLAR FLAP AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of surgical treatment for soft tissue defects of the ankle and foot using the lateral supramalleolar flap. **Subjects and Methods:** A total of 39 patients underwent surgical treatment using the lateral supramalleolar flap from January 2018 to June 2024 at the Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** Short-term outcomes: Excellence: 35/39 patients (89.7%), Good: 03/39 patients (7.7%), Bad: 01/39 patient (2.6%). Long-term outcomes: All patients had well-healed scars, and the flap remained

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

soft and flexible. One patient required additional skin grafting after more than 50% of the flap necrosed, but this did not significantly affect the long-term outcome. The skin in the lower leg and ankle region matched well in terms of color and thickness with the recipient site. **Conclusion:** The lateral supramalleolar flap is an effective reconstructive material for covering defects in the ankle and foot, ensuring both functional and aesthetic outcomes. **Keywords:** the soft tissue of ankle and foot defects, the lateral supramalleolar flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hổng phần mềm vùng cổ chân, bàn chân là tổn thương rất hay gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể gây nên nhiều biến chứng và di chứng phức tạp. Để che phủ KHPM vùng này thường rất khó khăn. Do vùng này khi bị khuyết hổng thường gây lộ gân, xương, mạch máu, thần kinh.

Lựa chọn chất liệu để tiến hành che phủ KHPM vùng này là không hề đơn giản. Có thể sử dụng các vật tự do hoặc vật cuống liền. Tuy nhiên, các vật tự do thường yêu cầu cao về cơ sở vật chất, đội ngũ phẫu thuật viên, kĩ thuật phức tạp. Vật trên mắt cá ngoài được ưu tiên sử dụng cho che phủ khuyết hổng vùng này do phần mềm tương đối giống nhau, có tính thẩm mỹ cao hơn, chức năng tốt hơn.

Đã có nhiều báo cáo khác nhau về giải phẫu ứng dụng, phương pháp phẫu thuật, cũng như có nhiều nghiên cứu đưa ra những kết quả tốt như: tác giả Philippe Voche (2004) nghiên cứu trên 41 bệnh nhân, Nambi, G.I. (2020) nghiên cứu trên 20 bệnh nhân, Hashmi, P.M. (2021) nghiên cứu trên 49 bệnh nhân và còn rất nhiều tác giả khác[1, 6, 8]. Ở Việt Nam, những KHPM vùng này ban đầu cũng được lựa chọn che phủ bằng các vật cuống tự do. Sau này, các vật cuống liền và vật lân cận cũng được ưu tiên sử dụng, đặc biệt là vật da chân trên mắt cá ngoài.

Cùng với xu hướng trong và ngoài nước, từ năm 2018 đến nay Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã bắt đầu triển khai phẫu thuật điều trị các KHPM vùng cổ chân, bàn chân bằng vật trên mắt cá ngoài và đã cho nhiều kết quả khả quan. Do vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khuyết hổng phần mềm cổ chân, bàn chân bằng vật trên mắt cá ngoài tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 39 BN được phẫu thuật điều trị KHPM cổ chân, bàn chân bằng vật trên mắt cá ngoài tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ năm 2018 đến 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

Các bước thực hiện. Thăm khám lâm sàng, kiểm tra và đảm bảo các xét nghiệm trong giới hạn phẫu thuật.

Đánh giá tổn thương: vị trí, kích thước KHPM, có lộ gân, hoại tử gân, lộ xương, lộ khớp hoặc lộ phương tiện kết hợp xương không. Dựa vào tổn thương thực tế, tiến hành đo đạc, vẽ và thiết kế vạt.

BN được vô cảm và gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản, garo trên đùi của bên chân có khuyết hổng. Làm sạch các tổn thương tại vị trí khuyết hổng vùng cổ bàn chân. Dựa theo thiết kế vạt trước đó, tiến hành bóc tách vạt theo đúng giải phẫu và phương pháp của tác giả Masquelet[5], đường rạch da bắt đầu từ bờ trước của vạt, rạch xung quanh đảo da chân. Khâu cố định lớp cân với lớp da để không làm bóc tách giữa chúng gây tổn thương mạch nuôi da. Phẫu tích cuống vạt, khi xuống tới điểm trên đỉnh mắt cá ngoài khoảng 3 khoát ngón tay thì phẫu tích tìm nhánh xiên động mạch (ĐM) mạc, đây chính là điểm xoay vạt, có thể mở rộng cuống vạt xuống dưới trong trường hợp vạt cần che phủ các KHPM ở xa, lúc này cần thắt và cắt nhánh xiên ĐM mạc, nguồn cấp máu chính cho vạt lúc này là ĐM mắt cá ngoài từ ĐM chày trước. Sau khi bóc tách vạt, tháo gara kiểm tra hồi lưu vạt, sau đó đưa vạt tới nơi cần che phủ, khâu cố định vạt, đặt lam dẫn lưu dưới găm vạt. Ghép da mỏng nơi cho vạt hoặc khâu khép kín nếu diện tích lấy vạt nhỏ.



Hình 1: Thiết kế vạt, bóc vạt, chuyển vạt tới nơi nhận và ghép da xẻ đôi tại nơi cho vạt

Theo dõi sự sống của vạt bằng quan sát hồi lưu vạt và đánh giá khả năng liền thương của nơi lấy vạt. Tại vị trí nhận vạt: vạt hồng, mép vạt da liền tốt. Tại vị trí cho vạt: vết mổ liền tốt (nếu đóng kín da ngay) hoặc da ghép, bám sống tốt (nếu ghép da).

Kết quả đánh giá theo tiêu chuẩn đánh giá của Oberlin, C. Và Duparc, J.[7]

Kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau mổ):

- Tốt: vạt sống hoàn toàn, tổn thương liền

seo, không viêm rò

- Vừa: vật thiếu dưỡng, xuất hiện phỏng nước trên bề mặt hoặc hoại tử mép vật, có hoặc không phải ghép da bổ xung hoặc vật bị hoại tử lớp da nhưng còn lớp cân mỡ

- Xấu: Vật bị hoại tử trên 1/3 diện tích đến hoại tử toàn bộ, phải cắt bỏ và thay thế bằng phương pháp điều trị khác.

Kết quả xa (trên 3 tháng): Bệnh nhân đến khám lại đánh giá cả chức năng và thẩm mỹ.

- Tốt: Vật mềm mại, di động tốt, không bị trượt loét, không thâm đen, tổn thương không bị viêm rò.

- Vừa: Tổn thương bị viêm rò kéo dài, nhưng chỉ cần nạo rò thay băng, không phải tạo hình phủ bổ sung.

- Xấu: Vật bị xơ cứng, thâm đen, chột loét hoại tử dần, tổn thương bị viêm rò kéo dài, phải tiếp tục tạo hình phủ hoặc tạo hình độn ổ khuyết hồng.

Phương pháp xử lý số liệu: Bệnh nhân được thăm khám, đánh giá thông qua bệnh án nghiên cứu thống nhất. Toàn bộ số liệu được xử lý thông qua phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 39 BN có KHPM vùng cổ chân, bàn chân được phẫu thuật điều trị bằng vật trên mặt cá ngoài, có 28 BN nam và 11 BN nữ, độ tuổi trung bình là 52,05 (từ 19 đến 87).

3.1. Phân bố theo nhóm nguyên nhân

Bảng 1: Nguyên nhân gây khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn sinh hoạt	3	7.7
Tai nạn lao động	3	7.7
Tai nạn giao thông	14	35.9
Di chứng phẫu thuật	5	12.8
Sau cắt bỏ khối u	1	2.6
Khác	13	33.3
Tổng	39	100

Có nhiều nguyên nhân gây tổn thương KHPM cổ chân, bàn chân, trong đó nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm đa số (14/39 = 35,9%), di chứng phẫu thuật (05/39 = 12,8%), các nguyên nhân khác như nhiễm trùng do khối urat vỡ, bong, loét (13/39 = 33,3%), tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động có tỉ lệ tương đương (03/39 = 7,7%), sau cắt bỏ khối u (01/39 = 2,6%).

3.2. Phân bố theo vị trí tổn thương

Bảng 2: Phân bố vị trí tổn thương của khuyết hồng

Vị trí tổn thương	Tần suất	Tỉ lệ (%)	Tổng	
Chân tổn	Trái	20	51,3	100%

thương	Phải	19	48,7
Vị trí cụ thể	1/3 dưới cẳng chân	4	10.3
	Cổ chân	17	43,6
	Mu chân	18	46,2

Vị trí tổn thương tập trung nhiều ở cổ chân (17/39 = 43,6%), mu bàn chân (18/39 = 46,2%). Phân bố của tổn thương ở chân trái và chân phải là gần như tương đương nhau.

3.3. Đặc điểm tổn thương khuyết hồng phần mềm

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương KHPM

Tình trạng tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
KHPM đơn thuần lộ gân	18	46.2
KHPM lộ xương	18	46.2
Lộ phương tiện kết xương	2	5.1
Khác	1	2.6
Tổng	39	100

Liên quan đến đặc điểm tổn thương KHPM, các KHPM lộ gân, lộ xương chiếm đa số và có tỉ lệ tương đương nhau (18/39 = 46,2%), lộ phương tiện kết xương (02/39 = 5,1%), chỉ có duy nhất 01 trường hợp sau cắt bỏ khối u.

3.4. Kích thước khuyết hồng phần mềm

Bảng 4: Kích thước khuyết hồng phần mềm

Kích thước	Kích thước KHPM		
	X±SD	Min	Max
Chiều dài (cm)	6.82 ± 2.892	3	15
Chiều rộng(cm)	5.03 ± 1.581	3	10
Diện tích (cm ²)	37.36 ± 27.981	9	150

Chiều dài trung bình KHPM là 6,82 cm, nhỏ nhất là 3 cm lớn nhất là 15 cm; trung bình chiều rộng KHPM là 5,03 cm, nhỏ nhất là 3cm và lớn nhất là 10 cm. Diện tích KHPM trung bình là 37,36 cm², nhỏ nhất là 9 cm² và lớn nhất là 150 cm².

3.5. Kết quả gân sau phẫu thuật

Bảng 5: Kết quả gân sau phẫu thuật

Tình trạng vật sau PT	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Sống hoàn toàn (Tốt)	35	89.7	
Hoại tử 1 phần	Hoại tử ≤ 1/3 diện tích vật (Vừa)	3	7.7
	Hoại tử > 1/3 diện tích vật (Xấu)	1	2.6
Tổng	39	100	

Trong số 39 BN, đa số BN được phẫu thuật điều trị KHPM có kết quả vật sống hoàn toàn (35/39 = 89,7%); hoại tử ≤ 1/3 diện tích vật (03/39 = 7,7%), chỉ có 01 trường hợp hoại tử > 50% diện tích vật.

3.6. Tình trạng vết mổ nơi cho vật

Bảng 6: Diễn biến vết mổ nơi cho vật

Diễn biến tại nơi cho vật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Liên kỳ đầu	39	100
Nhiễm khuẩn nông liền kỳ hai	0	0
Cắt lọc ghép da bổ sung	0	0
Không liền	0	0
Tổng	39	100

Tất cả các trường hợp nơi cho vật liền da kỳ đầu, không có trường hợp nào mắc phải biến chứng.

3.7. Kết quả xa sau phẫu thuật. Kết quả xa thường được đánh giá ở các bệnh nhân sau phẫu thuật >3 tháng. (36/39 = 92,3%) BN đã liền sẹo tốt, vật mềm mại, di động tốt, không bị trượt loét, không thâm đen, tổn thương không bị viêm rò. (02/39 = 5,1%) BN vật có viêm dò vật kéo dài, những bệnh nhân này sau đó được nạo viêm thay băng và khâu da thì 2, sau điều trị vết mổ liền tốt. (01/39 = 2,6%) BN hoại tử > 50% diện tích vật phải cắt lọc, đờ lên tổ chức hạt và ghép da xẻ đôi bổ sung, phần sẹo do da ghép có màu thâm nhưng không bị co kéo.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 39 BN, trong đó tỉ lệ nam/nữ là 28/11. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Hashmi, P.M. (2021) khi nghiên cứu 49 BN, tỉ lệ nam/nữ là 37/12. Tuy nhiên có sự khác biệt nhau về độ tuổi trung bình, trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 52,05 cao hơn khá nhiều so với tác giả Hashmi, P.M. tuổi trung bình là 31[1]. Tác giả Nambi, G.I. (2020) khi nghiên cứu 20 BN lại chỉ thấy tổn thương khuyết hồng này gặp toàn bộ trên nam giới[6], đó có thể do điều kiện kinh tế hoặc do sự phân công công việc ở mỗi nước khác nhau.

Có nhiều nguyên nhân khác nhau có thể dẫn tới khuyết hồng phần mềm vùng cổ chân nhưng nguyên nhân chiếm đa số là tai nạn giao thông 35,9%. Giao thông ở Việt Nam còn rất phức tạp, phương tiện chủ yếu vẫn là xe máy nên khi bị tai nạn giao thông vùng cổ bàn chân có thể bị mài xuống đường hoặc bị lóc da cuống ngoại vi rất dễ để lại những khuyết hồng phần mềm. Ngoài ra còn có 01 BN u phần mềm có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tế bào vẩy chưa di căn nên chúng tôi quyết định cắt rộng khối u và chuyển vật luôn một thì, cho kết quả liền thương khá tốt. 02/39 BN nhiễm trùng bị lộ nẹp vít xương gót, sau khi chuyển vật kết quả liền thương tốt. Điều đó cho thấy việc xoay vật che phủ khuyết hồng lộ xương, lộ nẹp vít có hiệu quả khá tốt. Tác giả Nambi, G.I. (2020) cũng thấy có những nhóm nguyên nhân tương tự[6].

Tỉ lệ suất hiện tổn thương ở cả hai chân

tương đương nhau, tổn thương tập trung nhiều hơn ở mu chân (18/39 = 46,2%) và cổ chân (17/39 = 43,6%).

Hình thái tổn thương chủ yếu là lộ gân và lộ xương và có tỉ lệ tương đương nhau (18/39 = 46,2%). Do cấu trúc vùng cổ chân, bàn chân chỉ có da và tổ chức dưới da khá mỏng, hệ thống gân duỗi thì rất nhiều, có những vị trí xương ngay sát dưới da, khi bị tổn thương sẽ dễ tạo thành khuyết hồng. Diện tích KHPM chính là diện tích vật, kích thước KHPM của nhóm nghiên cứu với chiều rộng trung bình (TB) (cm) là $5,03 \pm 1,581$, chiều dài TB (cm) là $6,82 \pm 2,892$, diện tích TB (cm²) là $37,36 \pm 27,981$. Đây không phải là kích thước quá lớn, số liệu này tương đương với nghiên cứu của tác giả Peifeng Li (2022) và Jae-Hoon Lee (2010)[2, 4]. Tuy nhiên, kích thước này nhỏ hơn khá nhiều so với nhóm nghiên cứu của tác giả Young Ho Lee (2004)[3]. Đặc biệt là tác giả Hashmi, P.M. (2021) đã báo cáo có kích thước lớn nhất lên tới 20x8 (cm)[1]. Sự chênh lệch này có thể do yếu tố nhân chủng học của mỗi quốc gia đất nước là khác nhau.

Kết quả gần (35/39 = 89,7%) vật sống tốt. (01/39 = 2,6%) BN kết quả xấu, bệnh nhân này bị hoại tử >50% diện tích vật sau đó phải ghép da bổ sung. Đây là trường hợp khuyết hồng phần mềm do TNGT, có thể do vị trí khuyết hồng xa, kích thước KHPM lớn 8x7cm, chúng tôi đã phải thắt và cắt nhánh xiên ĐM mạc để có thể che phủ tới nền ngón V do đó nguồn cấp máu cho vật không đủ dẫn tới hoại tử. Tại nơi cho vật đa số BN cần ghép xẻ đôi (33/39 = 84,6%), 06 BN được khâu đóng ngay. 100% BN đều liền ngay thì đầu sau ghép da.

Kết quả xa, tất cả BN đã liền sẹo tốt, vật mềm mại, di động tốt. 01 BN đã phải ghép da bổ sung sau khi vật bị chết >50% nhưng không gây ảnh hưởng quá nhiều tới kết quả xa. Không ghi nhận trường hợp nào bị sẹo co kéo ở cả nơi cho và nhận vật. Có thể do không phải hy sinh quá lớn nên chức năng của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có kết quả rất tốt, có tới (37/39 = 94,8%) BN đã trở lại cuộc sống hằng ngày mà không vướng mắc gì về mặt chức năng, 02 BN bị cứng khớp cổ chân, BN này do nguyên nhân TNGT trật hờ khớp cổ chân. Da ở vùng cẳng chân và cổ bàn chân có sự tương đồng về màu sắc, độ dày của vật ở nơi nhận.

V. KẾT LUẬN

Vật trên mắt cá ngoài là một chất liệu tạo hình tốt để che phủ các khuyết hồng vùng cổ chân, bàn chân, đảm bảo cả về chức năng và thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hashmi, Pervaiz Mehmood, et al. (2021), "Lateral supramalleolar flap: Is it based on perforator of peroneal/anterior tibial artery; A cross-sectional study at tertiary care centre", *Annals of medicine and surgery*. 71, p. 102916.
2. Lee, Jae-Hoon and Chung, Duke-Whan (2010), "Reverse lateral supramalleolar adipofascial flap and skin grafting for one-stage soft tissue reconstruction of foot and ankle joint", *Microsurgery*. 30(6), pp. 423-429.
3. Lee, Young Ho, et al. (2004), "Distally based lateral supramalleolar adipofascial flap for reconstruction of the dorsum of the foot and ankle", *Plastic and reconstructive surgery*. 114(6), pp. 1478-1485.
4. Li, Peifeng, et al. (2022), "Foot and ankle reconstruction using the lateral supramalleolar flap versus the anterolateral thigh flap in the elderly: A comparative study", *International wound journal*. 19(6), pp. 1518-1527.
5. Masquelet, AC, et al. (1988), "The lateral supramalleolar flap", *Plastic and reconstructive surgery*. 81(1), pp. 74-84.
6. Nambi, GI and Varanambigai, TK Arudra (2020), "Clinical study of the lateral supramalleolar flap in the soft tissue reconstruction around the ankle region", *Indian Journal of Plastic Surgery*. 53(01), pp. 083-089.
7. Oberlin, C, et al. (1986), "Treatment of cutaneous loss of substance in type III open fractures of the leg", *Chirurgie; Memoires de L'academie de Chirurgie*. 112(9), pp. 668-673.
8. Voche, Philippe, Merle, Michel, and Stussi, Jean-David (2005), "The lateral supramalleolar flap: experience with 41 flaps", *Annals of plastic surgery*. 54(1), pp. 49-54.

NHIỄM TRÙNG VẾT MỖ SAU PHẪU THUẬT SẠCH CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Huỳnh Thống Em¹, Nguyễn Hoàng Duy Tiên¹,
Huỳnh Văn Thế¹, Huỳnh Kim Hiệu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tình trạng nhiễm trùng trong các phẫu thuật sạch chấn thương chỉnh hình. **Phương pháp:** Hồi cứu các ca phẫu thuật kết hợp xương, thay khớp, nội soi khớp và phẫu thuật cột sống chương trình sạch tại Trung tâm Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong 3 năm (2020-2022). **Kết quả:** Ghi nhận 67 trường hợp nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉnh hình sạch. **Kết luận:** Nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉnh hình vẫn là một thách thức lớn trong điều trị và để lại hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh.

Từ khóa: Nhiễm trùng sau phẫu thuật kết hợp xương, nhiễm trùng sau phẫu thuật thay khớp, nhiễm trùng sau phẫu thuật nội soi khớp, nhiễm trùng sau phẫu thuật cột sống.

SUMMARY

SURGICAL WOUND INFECTION AFTER CLEAN TRAUMA ORTHOPAEDIC SURGERY IN CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To study the infection status in clean orthopedic trauma surgeries. **Methods:** Retrospective review of clean bone fusion, joint replacement, arthroscopy and spine surgery cases at the Orthopedic Trauma Center in 3 years (2020-2022). **Results:** 67 cases of infection after clean orthopedic surgery were

recorded. **Conclusion:** Infection after orthopedic surgery remains a major challenge in treatment and leaves serious consequences for patients.

Keywords: Infection after osteosynthesis surgery, infection after joint replacement surgery, infection after arthroscopic surgery, infection after spine surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật chấn thương chỉnh hình đã có những đóng góp quan trọng, tác động đáng kể đến cuộc sống người bệnh. Phẫu thuật giúp cải thiện khả năng vận động, giảm đau và nâng cao chất lượng cuộc sống, đồng thời đẩy nhanh quá trình phục hồi sức khỏe. Tuy nhiên, phẫu thuật chỉnh hình cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ và biến chứng, trong đó nhiễm trùng vết mổ là mối quan tâm hàng đầu của các bác sĩ. Vì vậy, mỗi phẫu thuật viên cần nắm rõ các rủi ro liên quan, từ đó lập kế hoạch và đưa ra các quyết định để giảm thiểu nguy cơ và biến chứng, giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm chi phí cho người bệnh.

Mặc dù tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ đã giảm đáng kể trong thập kỷ qua, nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật vẫn tồn tại và ảnh hưởng đến sự an toàn của người bệnh. Do đó, việc phòng ngừa để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng là vô cùng quan trọng, nhằm hạn chế những tác động tiêu cực đến sức khỏe của bệnh nhân. Nhiễm trùng sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, đặc biệt khi có đặt dụng cụ và xử lý chậm trễ, có thể để lại di chứng nghiêm trọng. Vì vậy, phòng ngừa

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Hiệu

Email: hkhiu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024