

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP VÙNG CỔ BÀN CHÂN BẰNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI TỰ DO

Vũ Thị Dung¹, Phạm Thị Việt Dung^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị các khuyết hồng phần mềm phức tạp vùng cổ, bàn chân bằng vật đùi trước ngoài (ĐTĐN) tự do. **Đối tượng và phương pháp:** 17 bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm phức tạp vùng cổ bàn chân được phẫu thuật che phủ bằng vật ĐTĐN ngoài dạng tự do trong thời gian từ tháng 08/2016 đến 08/2017 tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Vật da cân sử dụng dạng tự do với chiều dài vật từ 10 - 25 cm, chiều rộng vật 7 - 12cm. Vật có diện tích lớn nhất là 276cm², nhỏ nhất 70cm². 16/17 (94,12%), vật sống hoàn toàn, một vật hoại tử một phần. 16 trường hợp nơi cho vật đóng trực tiếp, 3 trường hợp ghép da nơi cho vật. Tất cả các trường hợp nơi cho vật liền thương tốt và không để lại di chứng. Kết quả sau 6 tháng có 6/13 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 7 vật đạt kết quả khá. **Kết luận:** Vật ĐTĐN có sức sống rất cao, cuống vật hằng định, ít hi sinh nơi cho vật, do đó vật ĐTĐN là chất liệu thích hợp để tạo hình che phủ các KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân, giúp bảo tồn chức năng chi thể.

Từ khóa: Vật đùi trước ngoài, khuyết hồng phần mềm phức tạp cổ chân và bàn chân.

SUMMARY

THE RESULTS OF USING FREE ANTEROLATERAL THIGH FLAP FOR RECONSTRUCTION OF THE COMPLEX FOOT AND ANKLE SOFT TISSUE DEFECT

Purpose: To evaluate the initial results of using free anterolateral thigh (ALT) flap for reconstruction of the complex soft tissue defects at the foot and ankle region. **Patients and methods:** 17 patients with complex soft tissue defects at the foot and ankle region underwent a defect reconstruction by using ALT free flap from August 2016 to August 2017 at Saint Paul Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The size of flaps ranged from 70 cm² to 276 cm². The flap lengths ranged from 10 cm to 25 cm. The flap widths ranged from 7 cm to 12 cm. 16 out of 17 flaps (equivalent to 94.12%) survived completely, and partial necrosis was detected in only one case. At the donor site, primary closure was performed in 14 patients and skin grafting was carried out in 3 patients. All wounds at the donor sites healed quickly.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường ĐHY Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Dung

Email: vuthidung.ptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 15/1/2022

Ngày duyệt bài: 9/2/2022

Follow up after 6 months showed good results in 6 out of 13 patients and fair outcomes from the rest. **Conclusion:** The ALT flap, with advantages of a high survival rate, a stable pedicle, and minimal morbidity at the donor sites, is ideal a reliable alternative for reconstruction of complex soft tissue defects at the foot and ankle region, restoring function of extremities.

Keyword: Anterolateral thigh flap, the complex foot and ankle defects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng phần mềm (KHPM) vùng cổ bàn chân thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau như: bỏng, sau mổ cắt u, biến chứng loét, chấn thương...Vùng này khi bị tổn thương thường gây những tổn khuyết phức tạp: khuyết, lóc da phần mềm rộng, dập nát tổ chức da cơ tại chỗ và vùng lân cận để lộ gân, xương, mạch máu, thần kinh. Hơn nữa đây cũng là vùng khó huy động tổ chức phần mềm xung quanh. Với những tổn khuyết rộng, lộ gân xương, kèm theo dập nát toàn bộ da và phần mềm tại chỗ và lân cận, thì các kĩ thuật ghép da, vật tổ chức tại chỗ và lân cận không đáp ứng được yêu cầu của phẫu thuật. Vấn đề cấp thiết là cần lựa chọn chất liệu thích hợp để che phủ sớm giúp bảo tồn chi thể cho bệnh nhân.^{1,2,3} Vật đùi trước ngoài (ĐTĐN) được Song và cộng sự mô tả lần đầu năm 1984 như một vật nhánh xuyên cân da xuất phát từ nhánh xuống động mạch mũ đùi ngoài. Vật có nhiều ưu điểm: cuống mạch dài, khá hằng định, kích thước mạch đủ lớn phù hợp để nối mạch vi phẫu, sức sống của vật cao; vật cung cấp khối lượng da lớn, có thể huy động một lượng lớn cơ, cân kèm theo, vật có cảm giác khi lấy kèm thần kinh bì đùi ngoài. Trên thể giới và trong nước, vật ĐTĐN đang được chỉ định rộng rãi trong tạo hình. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *đánh giá kết quả điều trị các KHPM phức tạp vùng cổ, bàn chân tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 17 BN có KHPM phức tạp vùng cổ, bàn chân được tạo hình che phủ bằng vật ĐTĐN tại khoa Phẫu thuật tạo Thẩm mỹ Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội Từ tháng 08/2016 đến tháng 08/2017.

- Các KHPM vùng cổ bàn chân được xác định là phức tạp theo tiêu chuẩn thống nhất của

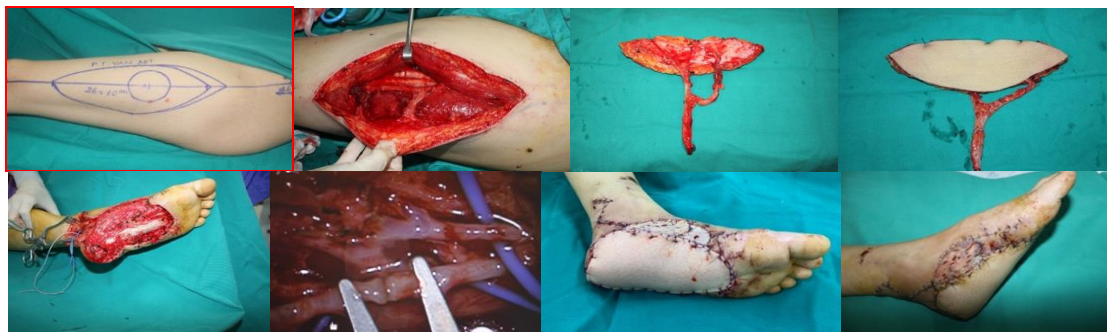
Santanelli di Pompeo và công sự: tổn khuyết phần mềm rộng > 3cm² và đồng thời tổn thương các thành phần khác vùng cổ, bàn chân như gân, xương, mạch máu, thần kinh.

Quy trình phẫu thuật:

- Cắt lọc, làm sạch tổn thương, bộc lộ động mạch (ĐM) và tĩnh mạch (TM) nơi nhận vạt: Lựa chọn mạch gần nhất với tổn thương mà ít phải hi sinh ở nơi nhận vạt: Bó mạch chảy trước, chày sau hoặc mu chân.

- Phẫu tích vạt ĐTN theo hình dạng và kích thước được xác định trước mổ. Thông thường kích thước vạt được lấy tăng 20% so với kích thước tổn thương. Phẫu tích tìm các nhánh mạch xuyên cấp máu cho vạt, từ đó tìm cuống mạch chính cấp máu cho vạt (nhánh xuống hoặc nhánh ngang động mạch mũ đùi ngoài).

- Chuyển vạt đến nơi nhận, tiến hành nối ĐM, TM của vạt với nơi nhận dưới kính hiển vi phẫu thuật bằng chỉ nylon 10.0.



Hình 1. Mô tả quy trình thiết kế, bóc vạt, cắt lọc xử lý tổn thương, chuyển vạt đến nơi tổn thương, nối mạch vi phẫu và tạo hình vạt. Kết quả sau mổ 7 ngày.

- Theo dõi đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

Kết quả gần: Kết quả gần khi bệnh nhân ra viện, theo các mức độ như sau

- Tốt: vạt sống hoàn toàn sau khi chuyển, liền các vết mổ kỳ đầu.

- Khá: vạt bị hoại tử một phần (<1/3 diện tích vạt) nhưng vẫn đảm bảo che phủ kín gân xương khớp, vết thương nhiễm khuẩn nông, không cần phẫu thuật bổ sung.

- Trung bình: vạt bị hoại tử một phần (>1/3 diện tích vạt) không còn che phủ kín gân xương khớp, vết thương viêm rò kéo dài, phải can thiệp phẫu thuật bổ sung.

- Kém: vạt chết phải lấy bỏ, phải tạo hình lại bằng phương pháp khác thay thế.

Kết quả xa: sau ít nhất 6 tháng

Tốt: Vết thương liền sẹo ổn định, đạt yêu cầu về thẩm mỹ, BN thấy hài lòng về màu sắc vạt, hình dáng chi phù hợp, nơi tiếp nhận vạt có thể mang được giày dép; Nơi lấy vạt: sẹo đẹp, mềm mại, chức năng chi bên lấy vạt bình thường như bên lành.

Khá: Vết thương liền sẹo, tạo điều kiện tốt cho các phẫu thuật trên gân, xương tiếp theo; Thẩm mỹ: vạt phồng to, dư thừa mức độ ít, BN chấp nhận được; Nơi lấy vạt: sẹo phì đại, sẹo giãn nhưng ổn định mềm mại, sức cơ tứ đầu khoẻ, vận động khớp gối khớp háng bình thường như bên lành.

Trung bình: Vết thương viêm rò hoặc loét tái

phát, phải can thiệp bổ sung để làm liền tổn thương, vạt to xù không đạt yêu cầu về thẩm mỹ phải phẫu thuật sửa chữa vạt thì hai. Nơi lấy vạt: sẹo lồi, biên độ vận động khớp gối và khớp háng giảm.

Kém: Vạt bị xơ cứng phì đại, trượt loét, còn viêm lộ xương, phải tạo hình bằng vạt khác hoặc phải cắt cụt chi thể. Nơi lấy vạt: chức năng chi thể bị ảnh hưởng nghiêm trọng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tổn thương

- Trong nhóm nghiên cứu có 3 BN nữ; 14 BN nam, tuổi từ 12 - 61 tuổi.

- Theo nguyên nhân tổn thương: 12/17 BN bị khuyết do tai nạn giao thông, 5/17 BN do tai nạn lao động

- Mức độ tổn thương: Theo kích thước tổn thương
+ Khuyết hồng < 100cm²: 4/17 (chiếm 23,53%)
+ Khuyết hồng từ 100cm² - 200cm²: 8/17 (chiếm 47,06%)

+ Khuyết hồng > 200cm²: 5/17 (chiếm 29,41%)
Kích thước KHPM từ 54cm²- 460cm². Tỷ lệ khuyết hồng có diện tích > 100cm² chiếm (76,47%), đây là những tổn thương có diện tích vừa và lớn hoặc có diện tích nhỏ nhưng lộ các thành phần giải phẫu quan trọng, không thể ghép da hoặc ở vị trí mà các vạt tại chỗ không với tới được cần được che phủ bằng vạt tự do.

- Theo tính chất tổn khuyết: 100% BN KHPM phức tạp có tổn thương gân, xương kèm theo, trong đó 6/17 BN có tổn thương mạch tại

chỗ. Có những tổn thương rất nặng nề nếu không được che phủ có nguy cơ cắt cụt chi.

- Phân loại theo tính chất nhiễm khuẩn:

+ Tổn thương không tìm thấy vi khuẩn: 6/17 (35,29%)

+ Tổn thương có nhiễm khuẩn: 11/17 (64,71%)

Tất cả các BN đều được làm xét nghiệm vi sinh và làm kháng sinh đồ nếu có nhiễm khuẩn, trong đó có 64,70% BN nhiễm trực khuẩn mủ xanh.

3.2. Đặc điểm vạt

- Kích thước vạt: chiều dài 10 - 25 cm, chiều rộng 7 - 12cm. Vạt có kích thước lớn nhất 24 x 11,5cm, nhỏ nhất 10 x 7cm, chiều dài cuống mạch vạt trên lâm sàng 6 - 14,5cm.

- Vạt có ba mạch xuyên gặp ít nhất, đa số vạt được cấp máu bởi một 41,17(%) hoặc hai mạch xuyên (41,17%). Chỉ 17,66% có 3 mạch xuyên trong vạt. Nhánh xuyên xuất phát từ nhánh ngang ĐM mủ đùi ngoài 6/17 (chiếm 35,29%), nhánh xuyên xuất phát từ nhánh xuống ĐM mủ đùi ngoài là 11/17 (64,71%). Đa số gặp nhánh xuyên cơ (27/30), nhánh xuyên vách ít gặp (3/30).

3.3. Kết quả khâu nối mạch máu

- Cuống mạch chính đều có 1ĐM và 2TM. Có 3/17 BN chỉ nối 1ĐM và 1TM; còn 14/17 BN nối 1 ĐM VÀ 2 TM.

- Có 17/48 mỗi nối ĐM và 31/48 mỗi nối TM. Trong đó có 3/48 mỗi nối ĐM kiểu tận - bên vào ĐM chày sau, 45/48 mạch nối kiểu tận - tận.

- Tỷ lệ nối mạch thành công 100% mạch.

- Vị trí mạch nhận: có 13/17 BN nối vào bó mạch chày trước, 4/17 BN nối vào bó mạch chày sau, 1/17 BN nối vào bó mạch mu chân.

- 14 nơi cho vạt được đóng trực tiếp, 3 trường hợp nơi cho vạt phải ghép da.

3.4. Kết quả gân. 15/17 (88,24%) BN vạt hồng, sống hoàn toàn sau mổ; 1/17 (11,76) vạt bị hoại tử phía gần của vạt nhưng vẫn che phủ được kín gân xương lộ và 1/17 (11,76) vạt sống hoàn toàn sau mổ nhưng vết thương viêm rõ chảy dịch khớp cổ chân kéo dài.

3.5. Kết quả xa. Chúng tôi đánh giá kết quả xa được trên 13 BN, có 6 vạt đạt kết quả tốt, 7 vạt đạt kết quả khá, không có vạt nào đạt kết quả kém hay thất bại.

IV. BÀN LUẬN

Cho đến nay chưa có định nghĩa rõ ràng nào về KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân, tuy nhiên một số tác giả thừa nhận những tổn thương khuyết da rộng kèm theo tổn thương gân, xương là những tổn khuyết phức tạp. Theo Tscherne và Ocstern hay theo Gustilo tổn khuyết phức tạp là tổn khuyết > 10cm, lộ gân xương hoặc tổn

thương gân xương kèm theo mạch máu và thần kinh⁸. Hidalgo và Shaw thì cho rằng tổn khuyết phần mềm rộng > 3cm², kèm theo tổn thương gân xương được xem là tổn khuyết phức tạp. Gần đây Santanelli di Pompeo và cộng sự cũng thống nhất với quan điểm tổn khuyết phức tạp vùng cổ, bàn chân là tổn khuyết phần mềm rộng > 3cm² và đồng thời tổn thương các thành phần khác vùng cổ, bàn chân như gân, xương, mạch máu, thần kinh. Điều này được giải thích rằng: những trường hợp ổ khuyết < 3cm² thì chỉ cần tạo hình bằng vạt tại chỗ, còn với những ổ khuyết > 3cm² thì cần phải tạo hình bằng vạt kế cận, từ xa hay vạt vi phẫu¹. Trong nghiên cứu này tất cả các tổn khuyết đều > 50cm², trong đó, diện tích tổn thương >100cm² chiếm 76,47% ,có tổn thương lộ gân, xương hoặc mất đoạn gân, xương; tổn thương mạch máu vùng cổ bàn chân chiếm 35,29% trường hợp. Tỷ lệ nhiễm khuẩn khá cao (64,71%) chủ yếu là trực khuẩn mủ xanh. Có 2/17 BN đã được mổ tạo hình che phủ bằng các vạt lân cận (vạt mạch xuyên động mạch chày sau và vạt sural) nhưng thất bại. Đây đều là những tổn khuyết phức tạp mà vạt tại chỗ và vạt lân cận không đáp ứng được yêu cầu điều trị, vì vậy cần được che phủ bằng một vạt tổ chức tự do có kích thước rộng, sức sống tốt nhằm mục đích giữ lại được chi thể cho người bệnh.

Từ khi Song và cộng sự sử dụng vạt lân đầu tiên trong phẫu thuật tạo hình đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu về giải phẫu và ứng dụng vạt trên lâm sàng¹. Lý do đầu tiên để các phẫu thuật viên lựa chọn vạt ĐTN cho các khuyết hổng lớn là vạt có kích thước lớn trong khi ít phải hi sinh ở nơi cho vạt. Các vạt bả, bên bả, vạt cơ lưng rộng... cũng cho phép lấy vạt với diện tích lớn nhưng phải thay đổi tư thế sau lấy vạt và không thể tiến hành đồng thời 2 kíp phẫu thuật do tổn thương thường nằm ở mặt trước cơ thể làm giảm tối đa thời gian phẫu thuật, đây cũng là lợi ích cần quan tâm. Đường kính lòng mạch vạt tương đối phù hợp với kích thước bó mạch chày trước, chày sau, mạch mu chân.

Việc khâu nối mạch máu: khâu nối mạch máu tận - tận mũi rời được sử dụng chủ yếu, chúng tôi thường sử dụng kỹ thuật khâu 2 mũi chuẩn của Chen Zong Wei hay 3 mũi chuẩn của Cobbert³. Trong những trường hợp một trong hai mạch chày trước và chày sau bị đứt, lại không đảm bảo an toàn khi sử dụng làm ĐM nơi nhận vạt thì ĐM được nối kiểu tận - bên để tránh thiếu máu vùng cổ bàn chân. Kết quả khâu nối mạch được đánh giá qua việc tất cả các mối nối đều thông tốt sau mổ. Lựa chọn mạch và phương

pháp khâu nối cũng đóng vai trò quan trọng trong sự thành công của phẫu thuật.

Trong nghiên cứu có 16/17 (94,12%) vạt sống hoàn toàn. 1/17 (15,88%) vạt bị hoại tử mép đầu gần của vạt, không có vạt nào bị hoại tử toàn bộ. Như vậy, tỷ lệ vạt sống rất cao lên đến 100%. Có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi quá nhỏ. ⁴ Ozkan sử dụng 31 vạt ĐTN để điều trị các KHPM chi dưới, kết quả cho thấy 30/31 (96,8%) vạt sống hoàn toàn, 1/31(3,2%) vạt bị hoại tử toàn bộ do tắc mạch. ²Trần Thiết Sơn nghiên cứu sử dụng 21 vạt ĐTN điều trị các KHPM vùng cổ bàn chân kết quả: 15/21(71,43) vạt sống hoàn toàn, 4/21(19,05%) vạt bị hoại tử một phần, có 2/21 (9,52%) vạt bị hoại tử toàn bộ. ³ Ngô Thái Hưng nghiên cứu sử dụng 64 vạt ĐTN điều trị KHPM vùng cẳng bàn chân nhận thấy: 60/64 (93,8%) vạt sống hoàn toàn. 1/64 (1,5%) vạt bị hoại tử toàn bộ do tắc mạch, 3/64 (4,7%) vạt bị hoại tử mép đầu xa của vạt. Vậy yếu tố quyết định sự sống chết của vạt là tình trạng lưu thông máu qua mỗi nối ở cuống mạch vạt. Điều này lại phụ thuộc kỹ thuật nối ghép mạch máu và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Trong 13 BN khám lại sau ba tháng có 6/13 trường hợp vạt mềm mại, màu sắc tương đối phù hợp với vùng cổ bàn chân, sẹo mềm mại, BN có thể đi lại tốt và có thể đi giày cùng size với bên lành. 7/13 Trường hợp vạt liền sẹo tốt, vạt phồng, dư thừa vạt mức độ ít, BN chấp nhận được, sẹo giãn nơi cho vạt nhưng mềm mại, BN

đi lại được bình thường.

V. KẾT LUẬN

Vạt ĐTN có sức sống rất cao, cuống vạt hằng định, ít hi sinh nơi cho vạt, do đó, vạt ĐTN là chất liệu thích hợp để tạo hình che phủ các KHPM phức tạp vùng cổ bàn chân, giúp bảo tồn chức năng chi thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. Br J Plast Surg, 1984, 37:149 - 159.
2. Phạm Thị Việt Dung, Trần Thiết Sơn. Tính linh hoạt của vạt đùi trước ngoài trong phẫu thuật tạo hình. Tạp chí y học thực hành, 2011; 777, 8 - 11.
3. Ngô Thái Hưng. Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng vạt đùi trước ngoài trong điều trị khuyết hồng vùng cẳng bàn chân. Hà Nội, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; 2015.
4. Ozkan O., Coskunfirat O. K., Ozgentas H. E. The use of freeanterolateral thigh flap for reconstructing soft tissue defects of the lower extremities. Ann Plast Surg; 2004, 53(5), pp. 455-461
5. Wei F. C., Jain V., Celik N., et al. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thighflaps. Plast Reconstr Surg; 2002. 2109, 22192226; discussion 2227 - 2230.
6. Wei F. C., Mazdini S. Flaps and reconstructivesurgery. Elsevier Inc; 2009.
7. H. Tscherne và H. J. Oestern. A new classification of soft-tissue damage in open and closed fractures (author's transl). Unfallheilkund; 1982, 85(3), 111-115.
8. R. B. Gustilo, R. L. Merkow và D. Templeman. The management of open fractures. J Bone Joint Surg A; 1990, 72(2), 299-304.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT TRONG MỔ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Phạm Văn Linh², Võ Huỳnh Trang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp với nội soi đường mật trong mổ ở bệnh nhân cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng trên 72 bệnh nhân cao tuổi

¹Bệnh viện Đa khoa TP Cần Thơ.

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng.

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu67@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 13/1/2022

Ngày duyệt bài: 7/2/2022

sỏi đường mật chính điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ từ 05/2016 đến 11/2020 tại Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ.

Kết quả: Tuổi trung bình là 73,13 + 9,34 tuổi. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công 97,22% (70 BN). Tỷ lệ lấy sạch sỏi là 90,14%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 8,45%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: Sỏi đường mật chính, cao tuổi, phẫu thuật nội soi, nội soi đường mật trong mổ.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF THE TREATMENT OF