ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM CƠ QUAN VẬN ĐỘNG BẰNG CÁC VẠT DA CÂN CÓ CUỐNG MẠCH LIỀN

VÕ TIẾN HUY, VŨ VĂN VƯƠNG, LÊ PHI LONG

TÓM TẮT

Đối tượng: gồm 32 bệnh nhân có khuyết hổng phần mềm cơ quan vận động được điều trị nội trú tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Thời gian nghiên cứu: từ 2/2008 đến 9/2009: số bệnh nhân bị tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 46,9%, nam/nữ là 4/1. Tai nạn lao động là 28,1% và toàn bộ là nam. Tai nạn sinh hoạt chiếm 18,8%, nam/nữ là 3/1. KHPM do vết thương lóc, mất da là 53,1%, bỏng sâu 15,6%. loét điểm tỳ 18,8%, loét lâu liền 12,5%. KHPM ở chi trên chiếm 40,6%, chi dưới là 59,4%. Số bệnh nhân bị KHPM có kích thước ≥6-15cm chiếm tỷ lệ 62,6%, ≤5cm là 37,4%. Tổn thương phối hợp gẫy xương là 52,4%, tổn thương gân, lộ gân là 47,6%. Che phủ KHPM bằng vạt hiển cuống ngoại vi là 40,6%, vạt diều bay 15,6%, vạt lưng kẽ ngón 15,6%. vạt bắp chân trong 12,6%, vạt liên cốt sau 9,3%, vạt gan tay 6,3%. Số bệnh nhân được ghép da tự thân tại vị trí bóc vạt chiếm tỷ lệ 71,9%, khâu kín vết mổ là 28,1%. Có 24/32 (75%) số bệnh nhân phẫu thuật 1 lần, số bệnh nhân phải phẫu thuật 2 lần là 25%. Mức độ sống của vạt tốt chiếm tỷ lệ 84,4%, vừa 6,3%, xấu 9,3%. Đánh giá sẹo sau khi ra viện có sẹo mềm mại chiếm tỷ lệ 85%, sẹo lồi là 15%, chức năng và thẩm mỹ chấp nhận được.

SUMMARY

Objective: 32 patients with soft tissue defects, who are inpatients treatment in traumatology and orthopedic department. Time from 2/2008-9/2009: 46,9% in which male/female: 4/1; occupatienal accidents: 28,1% all them are male; accident activities: 18,8% in which male/female: 3/1. Soft tissue defects by the loss of skin and skin avulsion: 53,1%, deep burns 15,6%, ulcer points: 18,8%, ulcers often associated: 12,5%. Soft tissue defects on arm: 40,6%, on leg: 59,4%. Patients with soft tissue defects ≥6-15cm: 62,6%; ≤5cm: 37,4%. Combination fracture injuries: 52,4%; tendon injuries and tendon expose: 47,6%. Cover the soft tissue defects by Sural island flaps: 40,6%; Pedicled Dorsal Digital flaps: 15,6%; back alternative finger flaps: 15,6%; Medial Sural perforator flaps: 12,6%; Posreior interosseous flaps: 9,3%, hand flaps: 6,3%. The patients who were split skin grafted on peeled flap: 71,9%; Close wound surgery: 28,1%. The patients who were surgeried 1 time: 75%, 2 times: 25%. The level of living of the good flaps: 84,4%; median: 6,3%; bad: 9,3%. 20 patients were examined after 3 months: scar soft: 85%; convex scar: 15% function and aesthetics may be more acceptable.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm trước đây để điều trị các khuyết hổng phần mềm người ta thường dùng các cách như ghép da với độ dầy mỏng khác nhau, vạt bắt chéo chi hay vạt hình trụ Filatov- Gillis, thế nhưng các phương pháp này còn bộc lộ một số những nhược điểm như là phải phẫu thuật nhiều thì, chăm sóc khó khăn, các tổn thương lộ gân, xương, khớp thì ghép da rất khó khăn. Trong vài thập kỷ trở lại đây nhiều tác giả trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã nghiên cứu và ứng dụng điều trị khuyết hổng phần mềm (KHPM) bằng các vạt có cuống mạch liền đã đem lại hiệu quả rất đáng khích lệ. Tại khoa CTCH BVĐKTƯTN cũng mới bắt đầu ứng dụng điều trị các KHPM bằng các vạt có cuống mạch liền và đã đem lại một kết quả bước đầu khả quan.Các KHPM là tổn thương thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau như: tai nạn lao động,

tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, hay vết thương do rắn cắn….gây nên các tổn thương sâu, rộng như lộ gân, cơ, xương, khớp. Để điều trị các tổn thương này nhất là ở những vùng khớp, vùng tỳ đè đòi hỏi phải sử dụng phương pháp tạo hình che phủ bằng các vạt như: vạt cơ, vạt da cân, vạt da cơ…để đảm bảo chức năng sinh lý tại chỗ cũng như tính thẩm mỹ cho người bệnh. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: ***Đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng phần mềm bằng các vạt da cân có cuống mạch liền***

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 32 bệnh nhân có KHPM cơ quan vận động được điều trị nội trú tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2/2008 đến tháng 9/2009.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: những bệnh nhân có KHPM sâu vùng cơ quan vận động do mọi nguyên nhân.
- Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân có KHPM nông, hẹp không có chỉ định sử dụng vạt cuống liền

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả.

2.2. Các bước tiến hành:

- Khám lâm sàng, xét nghiệm (các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật) được sử dụng trong chẩn đoán.
- Đánh giá tổn thương: vị trí tổn thương, kích thước tổn thương chiều dài, chiều rộng (cm): lộ gân, hoại tử gân, lộ xương, khớp.
- Vẽ thiết kế vạt dựa theo tổn khuyết của từng bệnh nhân. Chụp ảnh tổn thương và vạt được thiết kế.
- Tiến hành phẫu thuật: tuỳ tình trạng tổn khuyết mà quyết định sử dụng các vạt khác nhau để che phủ.
- Theo dõi sát sự sống của vạt và tại vị trí lấy vạt trong thời gian điều trị.
- Đánh giá kết quả trên lâm sàng: 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).
- Đánh giá kết quả gần được thực hiện trong 3 tháng đầu sau mổ.
- Đánh giá chức năng và thẩm mỹ của vạt khi bệnh nhân tái khám: sau sau khi ra viện ngoài 3 tháng.

Căn cứ vào tiêu chuẩn đánh giá của Oberlin C. Và Duparc J

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

- Tôt: Vạt sống hoàn toàn, tổn thương liền sẹo không viêm rò.
- Vừa: Vạt thiểu dưỡng, xuất hiện phỏng nước trên bề mặt hoặc hoại tử mép vạt, có hoặc không phải ghép da bổ sung. Hoặc vạt bị hoại tử lớp da nhưng còn lớp cân mỡ.
- Xấu: Vạt 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)

- Tốt: Vạt mềm mại, di động tốt, không bị trợt loét, không thâm đen, tổn thương không bị viêm rò.
- Vừa: Tổn thương bị viêm rò kéo dài, nhưng chỉ cần nao rò thay băng, không phải tạo hình phủ bổ sung.
- Xấu: Vạt bị xơ cứng, thâm đen, chợt loét hoại tử dần, tổn thương bị viêm rò kéo dài, phải tiếp tục tạo hình phủ hoặc tạo hình độn ổ khuyết hổng.

3. Chỉ tiêu nghiên cứu và kỹ thuật thu thập số liệu

*** Chỉ tiêu**

- Tuổi, giới
- Nguyên nhân, vị trí, kích thước tổn thương.
- Tổn thương phối hợp, phương pháp trừ đau khi phẫu thuật, các loại vạt che phủ khuyết hổng.
- Mức độ sống của vạt, biến chứng sau phẫu thuật.

*** Kỹ thuật**

- Phỏng vấn trực tiếp

- Khám lâm sàng trước và sau mổ

4. Xử lý số liệu: bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm Epiinfo version 6.04.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân loại nguyên nhân tổn thương theo giới

Giới / Nguyên nhân tổn thương	Nam		Nữ		p
	n	%	n	%	
Tai nạn giao thông	12	44,5	3	60	<0,01
Tai nạn lao động	9	33,3	0		
Tai nạn sinh hoạt	6	22,2	2	40	
Tổng	27	100	5	100	

Nhận xét: số bệnh nhân bị tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất 46,9%, sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 2. Phân loại theo hình thái tổn thương

Hình thái tổn thương	n	Tỷ lệ (%)
Bỏng sâu	5	15,6
Vết thương lóc, mất da	17	53,1
Loét điểm tỳ	6	18,8
Loét lâu liền	4	12,5
Tổng	32	100

Nhận xét: số bệnh nhân bị vết thương lóc, mất da chiếm tỷ lệ cao nhất 53,1%, còn các hình thái khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3. Phân loại theo vị trí tổn thương

Vị trí		n	Tỷ lệ %	p
Chi trên	Phải	8	25	>0,05
	Trái	5	15,6	
Chi dưới	Phải	9	28,1	>0,05
	Trái	10	31,3	
Tổng		32	100	

Nhận xét: tổn thương ở bên phải và bên trái thuộc chi trên và chi dưới là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 4. Phân loại theo kích thước tổn thương

Đường kính tổn thương	n	Tỷ lệ %
≤ 5cm	12	37,4
6-9cm	10	31,3
10-15cm	10	31.3
> 15cm	0	0
Tổng	32	100

Nhận xét: số bệnh nhân bị KHPM có kích thước ≥6-15cm chiếm tỷ lệ cao 62,6%.

Bảng 5. Phân loại theo tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	n	Tỷ lệ %	p
Gãy xương	11	52,4	>0,05
Tổn thương gân, lộ gân	10	47,6	
Tổng	21	100	

Nhận xét: tổn thương phối hợp gẫy xương và tổn thương gân, lộ gân là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 6. Phương pháp trừ đau khi phẫu thuật

Phương pháp trừ đau	n	Tỷ lệ %	p
Gây tê vùng	28	87,5	<0,01
Gây mê	4	12,5	
Tổng	32	100	

Nhận xét: Phương pháp trừ đau bằng gây tê vùng chiếm tỷ lệ cao 87,5%. Sự khác biệt giữa hai phương pháp trừ đau có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 7. Các loại vạt che phủ khuyết hổng

Loại vạt da	Số bệnh nhân	Tỷ lệ(%)
Vạt gan tay	2	6,3
Vạt bắp chân trong	4	12,6
Vạt diều bay	5	15,6
Vạt lưng kẽ ngón	5	15,6
Vạt hiển cuống ngoại vi	13	40,6
Vạt liên cốt sau	3	9,3
Tổng	32	100

Nhận xét: vạt hiển cuống ngoại vi được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 40,625 %.

Bảng 8. Xử trí tại vị trí bóc vạt

PPPT / Vạt	Khâu kín	Ghép da tự thân
Vạt gan tay	2	0
Vạt bắp chân trong	1	3
Vạt diều bay	0	5
Vạt lưng kẽ ngón	5	0
Vạt hiển cuống ngoại vi	1	12
Vạt liên cốt sau	0	3
Tổng	9	23
p	<0,05	

Nhận xét: số bệnh nhân được ghép da tự thân tại vị trí bóc vạt chiếm tỷ lệ 71,9% cao hơn rất nhiều so với khâu kín vết mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 9. Số lần phẫu thuật

Số BN / Số lần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	p
1 lần	24	75	<0,01
2 lần	8	25	

Nhận xét: có 24/32 (75%) số bệnh nhân phẫu thuật 1 lần, số bệnh nhân phải phẫu thuật 2 lần là 25%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 10. Mức độ sống của vạt

KQ / Loại vạt	Tốt	Vừa	Xấu	
	Vạt sống hoàn toàn	Hoại tử mép vạt	Hoại tử 1/3 vạt	Hoại tử toàn bộ vạt
Vạt gan tay	2	0	0	0
Vạt bắp chân trong	3	1	0	0
Vạt diều bay	5	0	0	0
Vạt lưng kẽ ngón	5	0	0	0
Vạt hiển cuống ngoại vi	9	1	2	1
Vạt liên cốt sau	3	0	0	0
Tổng	27	2	2	1

Nhận xét: số vạt đạt kết quả tốt liền vết mổ thì đầu chiếm tỷ lệ cao 27/32(84,4%), có 1 vạt bị hoại tử hoàn toàn.

Bảng 11.Đánh giá tình trạng vạt sau khi ra viện 3 tháng (tái khám 20 bệnh nhân)

Đánh giá sẹo	Sẹo nơi cho vạt	Sẹo nơi nhận vạt	Tổng(%)
Mềm mại	17	17	85
Lồi	3	3	15
Phì đại	0	0	0
Tổng	20	20	100

Nhận xét: Số ca có sẹo mềm mỏng chiếm tỷ lệ cao 85%

BÀN LUẬN

1. Đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng phần mềm bằng các vạt da cân có cuống mạch liền

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bệnh nhân bị KHPM nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5% trong đó tỷ lệ nam/nữ là 12/3 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Còn các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp.

Trong số các bệnh nhân bị KHPM thì tổn thương do vết thương lóc, mất da chiếm tỷ lệ cao 53,1% tổn thương lóc da về sau da lóc bị hoại tử, hay những vết thương mất da lộ gân thường phải phẫu thuật tạo hình phủ bằng các vạt da, có 6/32(18,8%) số bệnh nhân bị loét điểm tỳ trong đó có 2 bệnh nhân bị loét lâu liền 4 năm và 9 năm. 5 bệnh nhân bị bỏng sâu, cả 5 bệnh nhân này đều bị bỏng ống xả gây tổn thương sâu làm lộ gân.

Tổn thương ở bên phải và bên trái thuộc chi trên và chi dưới là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Kích thước tổn thương gặp từ 3-12cm, trong đó số bệnh nhân bị KHPM có kích thước ≥6-15cm chiếm tỷ lệ cao 62,6%. Dựa theo kích thước của tổn thương chúng tôi tính toán thiết kế loại vạt và kích thước vạt hợp lý theo tỷ lệ (+ 20%).

Tổn thương phối hợp gẫy xương và tổn thương gân, lộ gân là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Thông thường tổn thương phối hợp nguyên nhân thường gặp do tai nạn giao thông nên thường có gẫy xương kèm theo hay những vùng vận động như cổ bàn tay hay cổ bàn chân là vùng mà ngay dưới da là gân và xương nên khi tổn thương mất da thì thường kèm theo tổn thương gân và xương.

Để trừ đau cho bệnh nhân trong khi phẫu thuật kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy áp dụng 2 phương pháp trừ đau là: gây tê vùng và gây mê, trong đó gây tê vùng được lựa chọn nhiều nhất 87,5% sự khác biệt giữa hai phương pháp trừ đau có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Gây tê vùng được lựa chọn cho những bệnh nhân thể trạng còn tốt, tổn thương khu trú có thể áp dụng gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây tê tủy sống, còn gây mê được lựa chọn cho các những bệnh nhân không cho phép gây tê trừ đau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13/32 (40,6%) bệnh nhân có tổn thương KHPM lộ gân, xương, khớp ở 1/3 dưới cẳng chân, bàn chân và vùng củ gót chúng tôi đã sử dụng vạt hiển cuống ngoại vi để che phủ nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Vũ Nhất định[1], M.P.Suri [4] và Youssef Saleh [5]. Có 1 trường hợp vạt có kích thước lớn 9×12cm, sau mổ vạt sống hoàn toàn điều này cho thấy vạt này có thể lấy với kích thước lớn nhưng phải tính toán phần vạt và mạch tuỳ hành phải tốt không bị đụng dập gây hồi lưu mạch kém làm ảnh hưởng đến sự sống của vạt, tại vị trí bóc vạt có 1 trường hợp vạt nhỏ chúng tôi đóng kín ngay, còn 12 trường hợp chúng tôi ghép da tự thân. KHPM tại 1/3 trên cẳng chân, gối, 1/3 dưới đùi chúng tôi sử dụng vạt bắp chân trong để che phủ. Nhược điểm của vạt này là cuống mạch nuôi ngắn 6-12 cm do đó vạt không thể vươn xa tới các vị trí khác của cẳng chân và đùi được [2]. Ngoài ra trong số bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi còn sử dụng vạt diều bay để che phủ KHPM ở ngón I, vạt lưng kẽ ngón để che phủ KHPM ở các ngón tay, vạt vạt liên cốt sau và vạt gan tay để che phủ các KHPM ở bàn tay. Tại các vị trí bóc vạt này chúng tôi đều tiến hành ghép da tự thân, tất cả các trường hợp ghép da tự thân da ghép đều bám sống tốt. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Jose Antonio Garcia Campo và cs (2008) [3].

Số bệnh nhân phải phẫu thuật 1 lần là 24/32(75%), hai lần là 8/32(25%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Một số bệnh nhân phải phẫu thuật 2 lần do hoại tử đầu xa của vạt và chúng tôi phải phẫu thuật thì 2 ghép da bổ xung vào phần vạt bị hoại tử.

Về mức độ sống của vạt và biến chứng sau mổ thì với 13 vạt hiển cuống ngoại vi có 9 vạt tốt liền vết mổ thì đầu, 1 vạt bị hoại tử mép vạt, 2 vạt bị hoại tử 1/3 vạt và 1 vạt bị hoai tử hoàn toàn do tắc mạch, có lẽ do vạt có kích thước lớn 7×10 cm đồng thời bệnh nhân bị tổn thương phối hợp gãy xương cẳng chân và vùng 1/3 dưới cẳng chân bị đụng dập nên đã ảnh hưởng đến mạch tuỳ hành theo vạt nên sau mổ hồi lưu mạch kém gây hoại tử vạt. 4 vạt bắp chân trong chỉ có 1 trường hợp bị hoại tử mép vạt do bệnh nhân chiếu đèn hồng ngoại gần gây bỏng bề mặt vạt và sau đó chúng tôi phải ghép da thì 2 và cũng cho kết quả tốt, tại vị trí bóc vạt cả 1 trường hợp khâu kín vết mổ sau bóc vạt, còn 3 trường hợp ghép da tự thân tại vị trí bóc vạt, cả 3 bệnh nhân này da ghép đều bám sống tốt. 5 vạt diều bay, 5 vạt lưng kẽ ngón, 2 vạt gan tay và 3 vạt liên cốt sau đều được chỉ định để che phủ các KHPM ở bàn tay. Tại vị trí bóc các vạt này chúng tôi đều tiến hành ghép da tự thân. Những vạt này đều cho kết quả tốt ở vị trí nhận vạt cũng như nơi cho vạt.

Số ngày điều trị trung bình của cả đợt điều trị là 28,03±9,13 ngày nhiều hơn rất nhiều so với số ngày điều trị trung bình sau mổ là: 13,58±6,76 ngày. Sở dĩ có sự chênh lệch về số ngày điều trị trên là do 1 số bệnh nhân có kèm theo tổn thương phối hợp như: gãy xương, tổn thương gân, lộ gân được chúng tôi phẫu thuật che phủ khuyết hổng ở thì 2.

Trong số 32 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi tái khám được 20 bệnh nhân có 17/20(85%) bệnh nhân có sẹo cả nơi cho vạt và nơi nhận vạt mềm mại, có3/20(15%) bệnh nhân có sẹo lồi xung quanh nơi cho vạt và nơi nhận vạt. Về màu sắc vạt nơi nhậnvà da vá tương ứng màu sắc da xung quanh, còn tại vị trí ghép da màu sắc hơi sẫm hơn so với xung quanh.

KẾT LUẬN

- Số bệnh nhân bị tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 46,9%, nam/nữ là 4/1. Tai nạn lao động là 28,1% và toàn bộ là nam. Tai nạn sinh hoạt chiếm 18,8%, nam/nữ là 3/1.
- KHPM do vết thương lóc, mất da là 53,1%, bỏng sâu 15,6%. loét điểm tỳ 18,8%, loét lâu liền 12,5%.
- KHPM ở chi trên chiếm 40,6%, chi dưới là 59,4%.
- Số bệnh nhân bị KHPM có kích thước ≥6-15cm chiếm tỷ lệ 62,6%, ≤5cm là 37,4%.
- Tổn thương phối hợp gẫy xương là 52,4%, tổn thương gân, lộ gân là 47,6%.
- Phương pháp trừ đau bằng gây tê vùng chiếm tỷ lệ 87,5%, gây mê 112,5%.
- Che phủ KHPM bằng vạt hiển cuống ngoại vi là 40,6%, vạt diều bay 15,6%, vạt lưng kẽ ngón 15,6%. vạt bắp chân trong 12,6%, vạt liên cốt sau 9,3%, vạt gan tay 6,3%.
- Số bệnh nhân được ghép da tự thân tại vị trí bóc vạt chiếm tỷ lệ 71,9%, khâu kín vết mổ là 28,1%.
- Có 24/32 (75%) số bệnh nhân phẫu thuật 1 lần, số bệnh nhân phải phẫu thuật 2 lần là 25%.
- Mức độ sống của vạt tốt chiếm tỷ lệ 84,4%, vừa 6,3%, xấu 9,3%.
- Đánh giá sẹo sau khi ra viện có sẹo mềm mại chiếm tỷ lệ 85%, sẹo lồi là 15%.

KHUYẾN NGHỊ

Những bệnh nhân bị các bệnh phải nằm lâu cần chăm sóc chu đáo hơn, trở mình thường xuyên để tránh loét tỳ đè càng làm nặng thêm tình trạng bệnh.

Những bệnh nhân bị bỏng sâu nhất là ở vùng khớp vận động cần đến viện sớm để có chỉ định điều trị điều trị phù hợp tránh các di chứng đáng tiếc.

Những bệnh nhân bị tai nạn lao động, tai nạn giao thông bị lóc mất da cần đến viện sớm để được phẫu thuật kịp thời nhằm tránh những tổn thương thêm những tổ chức khác như gân, xương,...

HÌNH ẢNH MINH HỌA:

Vạt lưng kẽ ngón

Trước mổ

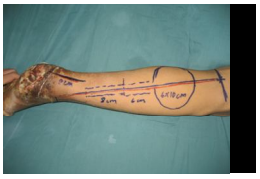
Sau mổ

Vạt bắp chân trong

Trước mổ

Sau mổ

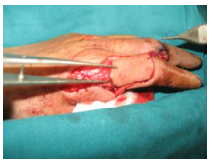
Vạt hiển cuống ngoại vi



Trước mổ

Sau mổ

Vạt diều bay



Trước mổ

Sau mổ

Vạt liên cốt sau

Hình ảnh sau ra viện 3 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Nhất Định (2004) "*Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vạt da cân hiển ngoài hình đảo cuống ngoại vi để điều trị KHPM vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân, mắt cá chân và củ gót."* Luận án Tiến sỹ y học-Hà Nội

2. Lê Phi Long, Nguyễn Tài Sơn (2007). *" Một số đặc điểm giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vạt nhánh xuyên động mạch bắp chân trong"* Tạp chí Y Học Việt Nam, chuyên đề Phẫu thuật tạo hình.

3. Jose Antonio Garcia del Campo and et.al (2008) "*Local flap reconstruction of large scalp defects*." Med Oral Cir Bucal vol 13, No 10, Page: 666-670

4. M.P.Suri and et.al (2005) "*Post-Traumatic posterior heel soft tissue defect reconstruction*". Indian J Plast Surg vol 38, No 2, Page: 138-142.

5. Youssef Saleh and et.al (2007) "*A Suggested Algorithm for Post-Traumatic Lower Limb Soft Tissue Reconstruction."* Egypt, J.Plast.Reconstr.Surg vol 31, No 1, page: 87-96.