

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM MẮT CÁ CHÂN, 1/3 DƯỚI CẰNG CHÂN VÀ CÚ GÓT BẰNG VẬT HIỂN CUỐNG NGOẠI VI

VÕ TIẾN HUY, VŨ VĂN VƯƠNG, LÊ PHI LONG

### TÓM TẮT

Mặc dù kỹ thuật chuyển vạt tự do được áp dụng rộng rãi để che phủ các khuyết hồng phần mềm khác nhau, nhưng vạt hiển cuống mạch ngoại vi vẫn có giá trị trong che phủ các khuyết hồng vùng 1/3 dưới cẳng chân, đặc biệt gót và mắt cá chân. Vạt hiển cuống mạch ngoại vi dựa trên mạng mạch máu nuôi tĩnh mạch hiển và thần kinh bắp chân. Trong báo cáo này có 25 vạt được sử dụng để che phủ khuyết gót chân trong đó có 23 vạt sống toàn bộ, 1 vạt bị hoại tử toàn bộ, 1 vạt bị hoại tử 1/3 vạt. Các tác giả nhận thấy vạt hiển cuống mạch ngoại vi có các ưu điểm: có cuống mạch dài và hằng định, bóc tách vạt an toàn, dễ dàng, không phải hy sinh mạch máu lớn, không quá dày, ít biến chứng nơi cho và nhất là không cần kỹ thuật vi phẫu.

### SUMMARY

Although free tissue transfer is well-established technique for reconstruction of the various tissue defects, the distal sural island flap based on nourishing arteries of the lesser saphenous vein and sural nerve

is still available for covering the soft tissue defects of lower one third of the leg, especially heel and ankles. 25 distal sural island flaps were used for five patients with soft tissue defects of the heel, among them 23 survived, one totally necrosed. This flap has a several advantages such as long and invariable pedicle, safe and easy dissection, no sacrifice of an artery, nonbulky tissue, minimal donor site problems and no need of microtechnique.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng phần mềm (KHPM) vùng cẳng chân rất hay gặp. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông hoặc tai nạn sinh hoạt. Trước đây những KHPM vùng cẳng chân được điều trị bằng ghép da hay sử dụng những vạt bắt chéo chân, vạt da trụ Filatov-Gillis. Những phương pháp này đã bộc lộ một số nhược điểm như phải phẫu thuật nhiều thì, chăm sóc khó khăn, hay bị trượt loét, đau (nhất là ở vùng cổ bàn chân). Trong những thập niên gần đây nhiều tác giả đã nghiên cứu và ứng dụng những vạt da có cuống mạch

liền để che phủ những KHPM vùng cẳng chân, bàn chân và đã cho kết quả rất đáng khích lệ, trong đó có vạt hiện cuống ngoại vi dùng để che phủ vùng 1/3 dưới cẳng chân, cổ chân, mắt cá chân và củ gót. Nhân 25 trường hợp KHPM phần củ gót đã được sử dụng vạt hiện cuống ngoại vi để che phủ, chúng tôi thấy một số đặc điểm của vạt như sau.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu gồm 25 bệnh nhân bị KHPM vùng 1/3 dưới cẳng chân, củ gót, đệm gót đã được chúng tôi phẫu thuật tại Khoa chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Phương pháp nghiên cứu; tiến cứu mô tả.  
- Trực tiếp thăm khám đánh giá tình trạng và kích thước của tổn thương.  
- Sử dụng kỹ thuật bóc vạt theo Masquelet A.C nhưng có lấy dải da hẹp kèm theo cuống vạt.  
- Theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả 25 bệnh nhân chúng tôi trực tiếp phẫu thuật tạo hình che phủ các KHPM trong đó có cả các tổn thương phối hợp gân và xương kèm theo.

### 1. Kết quả sớm sau mổ.

Kết quả sớm sau mổ được đánh giá từ sau mổ đến khi cắt chỉ vết mổ, vết sẹo ổn định hay phải can thiệp bổ sung.

### 2. Tình trạng tại vạt.

Bảng 1. Tình trạng tại vạt

Tình trạng vạt	Vạt sống hoàn toàn	Vạt thiếu dưỡng, loét, phỏng nước, hoại tử mép vạt đến 1/3 Vạt	Vạt hoại tử hoàn toàn
Vạt sử dụng có dải da trên cuống	23	1	1

- 23/25 trường hợp vạt sống hoàn toàn.  
- 1/25 trường hợp vạt hoại tử 1/3 vạt.  
- 1/25 trường hợp vạt hoại tử hoàn toàn.

### 3. Tình trạng nơi cho vạt

Bảng 2. Tình trạng nơi cho vạt

Đặc điểm	Ghép da Wolf-Krause	Ghép da xẻ đôi	
Liên kỳ đầu	10	14	24
Chợt loét hoại tử, Ghép da bổ sung	0	1	1
	10	15	25

### 4. Tính thẩm mỹ và chức năng của bàn chân

- Không thay đổi về hình dáng bàn chân.  
- Không có hạn chế vận động khớp cổ chân.  
- Tê bì và mất cảm giác bờ ngoài bàn chân nguyên nhân là do lấy kèm theo thần kinh hiển ngoài.

## 5. Kết quả điều trị

- 23/25 trường hợp đạt kết quả tốt: vạt sống hoàn toàn, vết mổ liền sẹo ngay kỳ đầu, chức năng của cẳng chân không bị ảnh hưởng.

- 1/25 trường hợp đạt kết quả trung bình: vạt thiếu dưỡng bị hoại tử một phần mép vạt và phải ghép da bổ sung.

- 1/25 trường hợp vạt bị hoại tử hoàn toàn đến tận cuống vạt.

## BÀN LUẬN

### 1. Kích thước của vạt

- Masquelet A.C [3] là người đầu tiên lấy kích thước vạt là 3x5cm.

- Hasegawa M. [1] sử dụng vạt thiết kế ở 1/3G cẳng chân kích thước lớn nhất 10 x 13 cm mà vạt không bị hoại tử

- Yilmaz M[5], Hyakusoku H[2] và cộng sự đã sử dụng vạt lớn nhất là 12 x 15 cm mà không bị hoại tử.

- Năm 1999 Nakajima H[4] đã sử dụng vạt lớn nhất là 11 x 15 cm nhưng bị hoại tử mép vạt, nhưng tác giả không nói rõ là lấy ở vị trí nào của bắp chân.

- Vũ Nhất Định đã sử dụng vạt có kích thước lớn nhất ở 1/3G bắp chân là 7x8cm; 1/3T bắp chân là 9x10cm; thiết kế ở 1/3G và 1/3T bắp chân là 15x20cm.

- Chúng tôi sử dụng 25 vạt được thiết kế ở 1/3G và 1/3T bắp chân với kích thước 3x4cm đến 8x12cm, trong đó vạt bị hoại tử hoàn toàn lại, chúng tôi nghĩ rằng bệnh nhân này có cơ địa to béo vì thế mà cuống vạt dày và to nên dễ gây chèn ép cuống vạt, một vạt bị hoại tử mép vạt có kích thước 6x10cm. Tất cả các vạt này chúng tôi đều kiểm tra sự cấp máu của vạt trước khi che phủ vào nơi tổn khuyết bằng cách cắt vào mép vạt thấy máu chảy tốt rồi mới khâu vạt vào nơi khuyết hổng vậy thì nguyên nhân làm vạt hoại tử là do quá trình chăm sóc và theo dõi chưa tốt nên xử lý không kịp thời dẫn đến cuống vạt bị phù nề chèn ép gây hoại tử vạt.

- Theo chúng tôi việc so sánh kích thước vạt chỉ là tương đối vì nó còn phụ thuộc vào bắp chân to hay nhỏ ngoài ra nó còn phụ thuộc vào kích thước đòi hỏi của tổn khuyết.

### 2. Cuống vạt

- Masquelet A.C[3] sử dụng vạt cuống cân mỡ rồi luồn vạt dưới cầu da nối giữa tổn khuyết và nơi lấy vạt.

- Hyakusoku H[2] đã cải tiến cách sử dụng vạt bằng cách lấy thêm dải da hình tam giác ở vị trí nối tiếp giữa đảo cân da và cuống vạt nhằm ngăn ngừa chèn ép cuống.

- Vũ Nhất Định sử dụng cả vạt có dải da trên cuống vừa sử dụng cuống cân mỡ và tác giả đã thấy rằng với cách sử dụng có dải da trên cuống thì hiện tượng phù nề, chèn ép vạt giảm hẳn và chăm sóc sau mổ thuận lợi hơn. Ngoài ra tác giả còn thực hiện kỹ thuật không lấy kèm theo thần kinh hiển ngoài theo cuống vì vậy mà bệnh nhân không bị tê bì và mất cảm giác mặt ngoài bàn chân.

- Chúng tôi sử dụng 25 vạt đều có lấy kèm theo dải da trên cuống có chiều rộng 2cm thấy cuống các vạt đều đóng kín được với cầu da lành và chỗ lấy dải da kèm theo vạt có thể đóng da trực tiếp được. Mặt khác

để tăng sức sống cho vạt chúng tôi thường lấy cuống cân mỡ rộng hơn dải da trên cuống.

Vì những ưu điểm của việc lấy dải da theo cuống nên chúng tôi xin chia sẻ với những quan điểm của các tác giả trước đó là nên lấy dải da kèm theo cuống.

### 3. Ưu nhược điểm của vạt

#### \* Ưu điểm

- Vạt da cân hiển ngoài hình đảo cuống ngoại vi có đầy đủ các ưu điểm của vạt có cuống mạch liền.

- An toàn đáng tin cậy, nó được cấp máu bởi động mạch vạt da của động mạch máu.

- Kỹ thuật không quá khó, thời gian bóc vạt nhanh.

- Không ảnh hưởng chức năng của bàn chân sau khi lấy vạt

- Không phải hy sinh động mạch chính nào của chi thể.

- Không đòi hỏi kính và dụng cụ vi phẫu.

#### \* Nhược điểm

- Nếu lấy thần kinh hiển ngoài theo vạt thì bệnh nhân bị tê bì và mất cảm giác mặt ngoài bàn chân.

- Khi vạt có kích thước lớn thì phải ghép da, khi vạt có cuống dài thì đường sẹo dài nên kém về thẩm mỹ.

### KẾT LUẬN

Qua 25 trường hợp sử dụng vạt hiển cuống mạch ngoại vi, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: vạt nên thiết kế ở vị trí 1/3T và 1/3 G cẳng chân có cuống dài và lấy kèm theo dải da trên cuống với kích thước khoảng 2cm để không bị chèn ép cuống. Vạt có ưu điểm: sức sống tốt, an toàn, đáng tin cậy, kích thước vạt đủ lớn, cuống dài, cung xoay rộng, kỹ thuật bóc vạt không quá khó, thời gian bóc vạt nhanh, không phải hy sinh động mạch chính của chi thể, không làm ảnh hưởng đến chức năng cẳng bàn chân sau khi lấy vạt.

### MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA



Vạt hoại tử hoàn toàn

Vạt sống hoàn toàn

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hasegawa M., Torri S., Katoh H., Esaki S., (1994), "The distally based superficial sural artery flap", *Plast. Reconstr. Surg.*, 93, tr. 1012 - 1020.

2. Hyakusoku H., Tonegawa H., Fumiiri M. (1994), "Heel coverage with a T - Shapped distally based sural island fasciocutaneous flap", *Plast.Reconstr. Surg.*,93, tr. 872-876.

3. Masquelet. A.C., Romana M.C. (1990). "The medialis pedis flap: A new cutaneous flap", *Plas.Reconstr. Surg.*,5, tr 769.

4. Nakajima H., Imanishi N., Fukuzumi S., Minable T., Fukui Y., Miyasaka T., Kodama T., Aiso Fujino T. (1999), "Accompanying arteries of the lesser saphenous vein and sural nerve: Anatomic study and its clinical applications", *Plast. Reconstr. Surg.*, 103, tr. 104-120.

5. Yilmal M., Karatas O., Barutcu A., (1998), "The distally based sural artery island flap: Clinical experiences and modifications", *Plast. Reconstr. Surg.*, 102, tr 2358-2366.

6. Vũ Nhất Định. 2004. "Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vạt da cân hiển ngoài hình đảo cuống ngoại vi điều trị khuyết hổng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân, mắt cá chân và củ gót". Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y".