

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

NGUYỄN HUY CẢNH

NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG
VẬT CẢNH TAY NGOÀI TỰ DO CÓ NỘI MẠCH
VI PHẪU TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN KHUYẾT
PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

Chuyên ngành : Răng Hàm Mặt
Mã số : 62.72.06.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2016

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

Người hướng dẫn khoa học:
PGS.TS. Nguyễn Tài Sơn
TS. Nguyễn Huy Thọ

Phản biện 1:

.....

Phản biện 2:

.....

Phản biện 3:

.....

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
vào hồi: giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- 1. Thư viện Quốc Gia**
- 2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108**

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn khuyết phần mềm hàm mắt là một dạng tổn thương hay gặp trong chuyên ngành phẫu thuật hàm mắt, những tổn khuyết này thường để lại những di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến chức năng sống của cơ thể cũng như khả năng tái hoà nhập cộng đồng của bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp điều trị như: khâu đóng trực tiếp, ghép da, sử dụng các vạt da lân cận, sử dụng các vạt da từ xa tới trong đó có các vạt tự do. Vạt tự do có sức sống cao, chống chịu nhiễm trùng tốt, chịu được điều trị tia xạ sau phẫu thuật, có thể cung cấp đủ số lượng cũng như chất lượng theo yêu cầu tạo hình, rút ngắn số lần phẫu thuật, hạn chế những sẹo mổ không cần thiết, đáp ứng được các yêu cầu điều trị hiện nay. Một số vạt hay được sử dụng trong điều trị các khuyết hồng vùng hàm mắt bao gồm: vạt bả - bên bả, vạt đùi trước ngoài, vạt xương mác, vạt xương mào chậu, vạt cánh tay ngoài... Mỗi vạt tự do này có ưu điểm và lợi thế riêng, phù hợp với từng tổn thương nhất định trên khuôn mặt.

Vạt cánh tay ngoài được mô tả đầu tiên năm 1982. Với ưu điểm vạt mỏng, mềm mại, có cuống mạch hằng định nên được nhiều tác giả trên thế giới ứng dụng và cho là phù hợp với tạo hình hàm mắt. Tuy nhiên, tại Việt Nam, vạt còn ít được ứng dụng. Trường hợp đầu tiên được công bố năm 2008 trên một bệnh nhân ung thư sàn miệng cho kết quả tốt và cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào đề cập tới vấn đề này.

2. Mục tiêu của đề tài

- Khảo sát một số đặc điểm giải phẫu vạt cánh tay ngoài trên xác người Việt trưởng thành.

- Đánh giá kết quả sử dụng vạt trong tạo hình tổn khuyết phần mềm vùng hàm mắt.

3. Những đóng góp mới của luận án

- Nêu lên được một số đặc điểm giải phẫu của vạt cánh tay ngoài trên người Việt: Độ dài cuống mạch, đường kính động tĩnh mạch, số lượng nhánh mạch nuôi da, cơ, xương cánh tay, diện cấp máu cho da của cuống mạch. Đây là cơ sở nền tảng để ứng dụng vạt cánh tay ngoài trên lâm sàng ở người Việt.

- Xây dựng được quy trình sử dụng vạt cánh tay ngoài trong tạo hình các tổn khuyết vùng hàm mắt phù hợp với điều kiện ở Việt Nam.

- Đưa ra được những đánh giá về ưu nhược điểm của vạt cánh tay ngoài khi sử dụng để tạo hình các tổn khuyết vùng hàm mắt. Ngoài

dạng sử dụng dưới dạng vật da còn được sử dụng dưới dạng vật chùm (da xương, da cơ...) trong tạo hình phủ và tạo hình bộ phận.

4. Bố cục của luận án

Luận án dài 129 trang, bao gồm: Đặt vấn đề 2 trang, Tổng quan 39 trang, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 23 trang, Kết quả 28 trang, Bàn luận 34 trang, Kết luận 2 trang, Kiến nghị 1 trang. Luận án có 58 ảnh, 29 bảng, 5 biểu đồ và 108 tài liệu tham khảo.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu vùng hàm mặt

1.2. Đặc điểm lâm sàng tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt

1.3. Rối loạn chức năng của tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt

1.3.1. Rối loạn chức năng sinh lý

1.3.2. Rối loạn chức năng biểu cảm và giao tiếp xã

1.4. Các phương pháp điều trị tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt

Phương pháp cắt - khâu trực tiếp

Phương pháp ghép da

1.4.1. Phương pháp sử dụng các vật da

1.4.1.1. Các vật da ngẫu nhiên

1.4.1.2. Vật trực mạch:

Vật cuống liền thường được sử dụng trong tạo hình hàm mặt như: vật da cơ thang, vật da cơ ngực lớn, vật da cơ lưng to, vật da cân thượng đòn... Dạng sử dụng này cuống mạch thường ngắn nên khó di chuyển vật đến những vùng tổn thương ở xa.

Vật tự do (free flap). Một số vật hay được sử dụng trong tạo hình gồm: *Vật bả vai, Vật cẳng tay quay, Vật đùi trước ngoài, Vật xương mác, Vật mỏng (thin flap) và vật siêu mỏng (super thin flap), Vật cánh tay ngoài.* Dạng sử dụng này linh hoạt hơn nhưng cần có kỹ thuật vi phẫu.

1.5. Giải phẫu vật cánh tay ngoài

1.5.1. Khái niệm về vật cánh tay ngoài

Vật cánh tay ngoài là một trong những vật nằm ở vùng mặt ngoài cánh tay được biết đến lần đầu tiên năm 1982 với tên gọi là vật cánh tay (upper arm flap), được Song mô tả ở dạng vật da cân cấp máu trực tiếp bởi động mạch bên quay sau - là một trong hai nhánh tận của động mạch bên quay- ngành của động mạch cánh tay sâu.

1.5.2. Động mạch nuôi vật

1.5.2.1. Động mạch cánh tay sâu

Động mạch cánh tay sâu là động mạch có các nhánh cấp máu vào nuôi vật. Đường kính động mạch cánh tay sâu từ 1,7 mm - 2 mm, có tĩnh mạch đi kèm, đường kính là 2,0 mm.

1.5.2.2. Động mạch bên quay

Động mạch bên quay là một trong hai nhánh tận của động mạch cánh tay sâu, đường kính động mạch bên quay là 1.3 mm, tĩnh mạch bên quay là 1,9 mm.

1.5.2.3. Động mạch bên quay sau

Động mạch đi vào vách liên cơ ngoài và trở thành động mạch của vật da cần cánh tay ngoài, trên đường đi cho các nhánh: *cấp máu cho da, các nhánh cho cơ và nhánh nuôi xương*

1.5.3. Tĩnh mạch dẫn lưu vật

1.5.3.1. Tĩnh mạch đầu

Là hệ tĩnh mạch nông nhận máu khu vực cánh tay. Tĩnh mạch này kích thước tuy lớn nhưng không phải là hệ dẫn lưu chính của vật nên ít được sử dụng trong lâm sàng.

1.5.3.2. Tĩnh mạch tùy hành

Máu của vật cánh tay ngoài được dẫn lưu qua hệ tĩnh mạch tùy hành là chính, do đó được ưu tiên sử dụng trong lâm sàng.

1.5.4. Thần kinh của vật

1.5.4.1. Thần kinh bì cánh tay dưới ngoài

Đây là thần kinh cảm giác của vật được tách trực tiếp từ thần kinh quay khi ra ngoài rãnh xoắn của xương cánh tay. Đường kính của dây này khoảng 1 - 2 mm.

1.5.4.2. Thần kinh bì cẳng tay sau

Dây thần kinh này đi cùng cuống vật, nhưng chỉ đi ngang qua vật, không tham gia vào sự phân bố cảm giác cho vật.

1.5.5. Diện cấp máu cho vật

Tùy thuộc vào độ dài của cánh tay mà diện cấp máu cho vật có nhiều thay đổi Tuy nhiên, chiều dài trung bình có thể lấy là 15 cm, và chiều rộng là 6 - 10cm.

1.6. Nghiên cứu giải phẫu, ứng dụng vật cánh tay ngoài trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt

1.6.1. Nghiên cứu giải phẫu vật cánh tay ngoài

1.6.1.1. Tình hình nghiên cứu giải phẫu vật trên thế giới

Trên thế giới việc mô tả về giải phẫu của vật cánh tay ngoài, vấn đề cấp máu của cuống vật, các động mạch liên quan đến cuống mạch, những vòng nối và ứng dụng của những động mạch này là khá chi tiết.

1.6.1.2. Tình hình nghiên cứu giải phẫu vật cánh tay ngoài tại Việt Nam

Tại Việt Nam, có 3 nghiên cứu giải phẫu về vật cánh tay ngoài của Trương Uyên Cường (2008), Nguyễn Đức Nghĩa (2012), Vũ Minh Hiệp (2014), có mô tả về một số đặc điểm giải phẫu của vật cánh tay ngoài, diện cấp máu cho da của cuống mạch trên người Việt trưởng thành. Tuy nhiên, các tác giả này còn chưa đề cập đến vấn đề cấp máu cho cơ và xương của động mạch vật.

1.6.2. Ứng dụng vật cánh tay ngoài trong điều trị tổn khuyết vùng hàm mắt

1.6.2.1. Tình hình ứng dụng vật CTN điều trị tổn khuyết phần mềm hàm mắt trên thế giới

Vật cánh tay ngoài đã được ứng dụng thành công dưới nhiều dạng vật khác nhau như vật da cần, các vật da cơ, da xương vv... trong phẫu thuật tạo hình hàm mắt,

1.6.2.2. Tình hình ứng dụng vật cánh tay ngoài điều trị tổn khuyết phần mềm hàm mắt tại Việt Nam

Tại Việt Nam, vật cánh tay ngoài được ứng dụng chủ yếu trong chấn thương chỉnh hình. Điển hình như những báo cáo của Nguyễn Việt Tiến Năm 2001 và 2003, 2011, Trương Uyên Cường (2008) vv...

Vấn đề sử dụng vật cánh tay ngoài trong tạo hình khuyết hồng vùng hàm mắt còn ít, cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào công bố đầy đủ về vấn đề này.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu giải phẫu

- Nhóm 1 (xác bảo quản Formalin): 30 tiêu bản vùng cánh tay ngoài ở 15 tử thi được bảo quản Formalin.

- Nhóm 2 (xác tươi): 6 tiêu bản vùng cánh tay ngoài trên 3 tử thi được bảo quản lạnh - 30° C và 1 tiêu bản là cánh tay bị đứt rời do tai nạn lao động được bảo quản lạnh ở nước đá lạnh +4° C.

2.1.2. Nghiên cứu lâm sàng

31 bệnh nhân có tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt được điều trị tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình, Bệnh viện TUQĐ 108 từ tháng 3 năm 2010 đến tháng 8 năm 2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu giải phẫu:

2.2.1.1. Các phương tiện và vật liệu phục vụ nghiên cứu

2.2.1.2. Nghiên cứu giải phẫu trên nhóm 1

* Mục đích: Xác định nguyên ủy của động mạch bên quay (động mạch vạt), thành phần, độ dài và đường kính các mạch của cuống vạt, xác định vị trí đi vào da của cuống mạch vạt so với lỗ cầu ngoài xương cánh tay, các nhánh nuôi da, cơ, xương của cuống mạch.

2.2.1.3. Nghiên cứu giải phẫu trên nhóm 2

a. Các xác xác bảo quản -30°C

* Mục đích:

- Xác định nguyên ủy của động mạch bên quay (động mạch vạt), các nhánh nuôi da, cơ, xương của cuống mạch.

* Các bước tiến hành:

b. Cánh tay đứt rời do tai nạn lao động được bảo quản trong nước đá lạnh ở 4°C, trong 24 giờ đầu

* Mục đích:

Xác định diện ngấm xanh Methylene, qua đó gián tiếp đánh giá diện cấp máu cho vạt da của cuống mạch.

* Các bước tiến hành.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu lâm sàng

2.2.2.1. Mục đích

Thực hiện tạo hình các tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt bằng vạt cánh tay ngoài tự do để tạo hình phủ và tạo hình bộ phận, nhằm rút ra chỉ định của kỹ thuật, xây dựng quy trình kỹ thuật, đánh giá kết quả phẫu thuật, tai biến, biến chứng và cách xử trí.

2.2.2.2. Các bước tiến hành

Chuẩn bị bệnh nhân:

Chuẩn bị dụng cụ:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm thông thường và bộ dụng cụ cắt xương để sử dụng trên những bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng.

- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật mạch máu, máy đốt điện đơn cực, lưỡng cực, chỉ vi phẫu.

2.2.2.3. Quy trình kỹ thuật

a. Vô cảm: Tất cả các bệnh nhân đều được gây mê nội khí quản, dưới hô hấp điều khiển.

b. Các bước tiến hành phẫu thuật:

Kíp 1: Cắt bỏ những tổ chức bệnh lý, chuẩn bị mạch nhận

Kíp 2: Bóc vạt

**Thiết kế vạt:*

Vạt cánh tay ngoài được thiết kế rộng hơn tổn khuyết cần lấy.

**Kỹ thuật bóc vạt da cân cánh tay ngoài:*

Về kỹ thuật bóc vạt, chúng tôi sử dụng kỹ thuật của Wolff đề xuất năm 2005.

** Kỹ thuật bóc vạt da - cơ cánh tay ngoài:* Bóc vạt da cơ cánh tay ngoài cũng tương tự như bóc tách vạt da cân, chỉ khác ở thì bóc tách bờ sau của vạt khi đi vào giữa vách gian cơ và bao cơ tam đầu, phải tìm và bảo tồn tất cả các nhánh bên nuôi cơ tam đầu của cuống mạch, sau đó tiến hành cắt 1 phần cơ tam đầu đi kèm với vạt.

** Kỹ thuật bóc vạt da - xương cánh tay ngoài:* Tương tự như bóc vạt da cân, điểm chú ý khi bóc vạt da xương là động mạch bên quay sau có nhánh sâu đi gần sát cốt mạc xương cánh tay, nhánh này cấp máu cho đầu dưới xương cánh tay và vùng cốt mạc quanh xương nên bảo tồn tối đa nhánh mạch này. Sau khi tách các điểm bám của cơ ra khỏi cốt mạc, dùng cưa lác cắt 1 mảnh xương cánh tay đi theo vạt.

c. Cố định vạt và phục hồi lưu thông mạch máu

d. Khâu đóng vết mổ

e. Theo dõi sau mổ:

Theo dõi ngay sau phẫu thuật: Bệnh nhân sau mổ được theo dõi toàn trạng, nơi nhận vạt ghép và nơi cho vạt

2.2.3. Đánh giá kết quả

2.2.3.1. Đánh giá kết quả ở thời điểm sớm sau mổ

Đánh giá kết quả ở thời điểm sớm sau mổ, theo 3 mức độ tốt, khá, kém

2.2.3.2. Đánh giá kết quả xa

Đánh giá kết quả xa ở thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 1 năm sau mổ theo ba mức tốt, khá, kém dựa trên gợi ý của Nguyễn Quang Đức và Lê Diệp Linh.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu giải phẫu

3.1.1. Kết quả nghiên cứu giải phẫu trên nhóm 1

3.1.1.1. Cuống vạt

* Thành phần cuống vạt:

Bảng 3.2: Thành phần cuống vạt (n=30)

Số lượng Thành phần	1	2	Tổng (Tỷ lệ %)
Động mạch	30 (100%)	0 (0%)	30 (100%)
Tĩnh mạch	7 (23,3%)	23 (76,7%)	30 (100%)
Thần kinh	30 (100%)	0 (0%)	30 (100%)

* Chiều dài cuống vạt:

Chiều dài cuống mạch đo từ vị trí động mạch thoát ra ngoài rãnh quay đến rốn vạt chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1: Chiều dài cuống vạt (n = 30)

Số liệu	Ngắn nhất (cm)	Dài nhất (cm)	Trung bình (cm) ±SD
Độ dài cuống vạt	6	10	7,75 ± 1,17

* Đường kính động, tĩnh mạch vạt:

Tại vị trí cuống mạch thoát ra khỏi rãnh quay chúng tôi đo được kích thước như sau:

Bảng 3.3: Đường kính động, tĩnh mạch vạt

Kích thước	Động mạch (n=30)	TM lớn (n=30)	TM nhỏ (n=23)
Lớn nhất	1,45 mm	1,74 mm	1,64 mm
Nhỏ nhất	1,14 mm	1,17mm	1,14 mm
Trung bình ±SD	1,26±0,1mm	1,50±0,14 mm	1,41±0,15mm

3.1.1.2 Động mạch vật

* Nguyên ủy của động mạch vật:

Động mạch vật là động mạch bên quay có nguyên ủy từ động mạch cánh tay sâu khi ra khỏi rãnh quay gặp ở tất cả 30/30 (100%) tiêu bản phẫu tích.

3.1.2. Kết quả nghiên cứu trên nhóm 2

3.1.2.1. Xác bảo quản -30°C

- Bóc tách vật sau bơm Barium Sulphate 24 giờ : 6/6 tiêu bản động mạch bên quay có nguyên ủy là động mạch cánh tay sâu.

- 6/6 tiêu bản đều hiện rõ và có các nhánh bên cho cơ cánh tay, cơ tam đầu, nhánh cho xương và các nhánh vách da của cuống mạch.

3.1.2.2. Cánh tay đứt rời do tai nạn lao động được bảo quản ở nước đá lạnh +4°C:

Chiều dài diện ngấm xanh Methylene chỗ dài nhất là: 27 cm, tập trung trong khoảng 19 cm - 22 cm.

Chiều rộng của diện ngấm xanh Methylene chỗ rộng nhất là: 14 cm, tập trung trong khoảng từ 9 cm - 10 cm.

3.2. Kết quả lâm sàng

Trong thời gian từ tháng 3 năm 2010 đến tháng 8 năm 2014 chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 31 bệnh nhân và thu được kết quả như sau:

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng tổn thương phần mềm vùng hàm mặt

3.2.1.1. Đặc điểm về giới:

Bảng 3.4: Tần suất mắc bệnh theo giới (n=31)

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)	p
Nam	25	80,6	0,001
Nữ	6	19,4	
Tổng (n=31)	31	100	

3.2.1.2. Tuổi bị bệnh

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này là: 37,2 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi, lớn tuổi nhất là 61 tuổi.

3.2.1.3. Nguyên nhân tổn thương

Bảng 3.5: Nguyên nhân gây tổn khuyết phần mềm vùng hàm mắt
(n=31)

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chấn thương	6	19,3
Bỏng	5	16,1
Ung thư	16	51,6
Do xạ trị	2	6,5
Khác	2	6,5
Tổng	31	100

3.2.1.4. Liên quan giữa nguyên nhân và giới tính:

Trong nguyên nhân do ung thư thì nam có số lượng cao gấp 15 lần so với ở nữ giới.

3.2.1.5. Vị trí tổn thương

Bảng 3.6: Vị trí tổn thương (n=31)

Vị trí		Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ngoài khoang miệng	Mắt	2	6,4
	Vành tai	1	3,2
	Má	8	25,9
	Môi	4	12,9
	Cằm	2	6,4
	Tổng	17	54,8
Trong khoang miệng	Sàn miệng	6	19,4
	Lưỡi	2	6,4
	Lưỡi+ sàn miệng	6	19,4
	Tổng	14	45,2

3.2.1.6. Thành phần tổn thương:

Bảng 3.7: Thành phần tổn thương nơi nhận vạt (n=31)

Thành phần tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Da	11	35,5
Da - cơ	4	12,9
Da - xương	2	6,5
Cơ - niêm mạc	14	45,1
Tổng	31	100

3.2.1.7. Kích thước tổn thương:

Bảng 3.8 Kích thước tổn thương

3.2.2. Ứng dụng vạt CTN trong tạo hình tổn khuyết phần mềm hàm mặt

3.2.2.1. Kích thước vạt

Bảng 3.9: Kích thước vạt sử dụng (n=31)

Kích thước vạt	Nhỏ nhất (cm)	Lớn nhất (cm)	Trung bình (cm) ± SD
Chiều rộng vạt	5	9	6,5 ± 1,1
Chiều dài vạt	7	18	12,6 ± 2,4

3.2.2.2. Các dạng vạt được sử dụng:

Bảng 3.10: Các dạng vạt CTN sử dụng trong nghiên cứu (n=31)

Dạng vạt sử dụng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vạt da - xương	2	6,5
Vạt da - cơ	4	13
Vạt da cân	25	80,5
Tổng	31	100

3.2.2.3. Mạch nhận được sử dụng

Bảng 3.11: Động mạch nhận sử dụng trong nghiên cứu (n=31)

Động mạch	Số lượng	Tỷ lệ (%)
ĐM thái dương nông	5	16,2
ĐM mặt	17	54,8
ĐM giáp trạng trên	7	22,5
ĐM lưỡi	2	6,5
Tổng	31	100

Bảng 3.12: Tĩnh mạch dẫn lưu sử dụng trong nghiên cứu (n=31)

Tĩnh mạch	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TM thái dương nông	5	16,2
TM mặt	14	45,1
Thân TM giáp lưỡi mặt	5	16,2
TM cổ nông	7	22,5
Tổng	31	100

3.2.2.4. Hình thức sử dụng vạt

Bảng 3.13: Hình thức sử dụng vạt (n=31)

Hình thức sử dụng vạt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phủ	16	51,6
Tạo hình bộ phận	15	48,4
Tổng	31	100

3.2.2.5. Đóng vết mổ nơi cho vạt

Bảng 3.14: Đóng vết mổ nơi cho vạt (n=31)

Kỹ thuật đóng vết mổ nơi cho vạt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đóng trực tiếp	28	90,2
Ghép da	3	9,8
Tổng	31	100

3.2.3. Kết quả sử dụng vật CTN trong tạo hình tổn khuyết phần mềm hàm mặt

3.2.3.1. Sức sống của vật

Bảng 3.16: Sức sống của vật (n=31)

Sức sống của vật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sống toàn bộ	30	96,8
Hoại tử một phần	0	0
Hoại tử toàn bộ	1	3,2
Tổng	31	100%

3.2.3.2. Biến chứng sớm sau mổ nơi lấy vật

Về biến chứng sớm nơi lấy vật, trong tổng số 31 bệnh nhân sau khi lấy vật cánh tay ngoài, có 14 bệnh nhân gặp biến chứng nơi lấy vật trong đó: 1/14 bệnh nhân bị tụ dịch vết mổ phải tách vết mổ dẫn lưu chiếm tỷ lệ 7,1%, 13/14 trường hợp (92,9%) bị rối loạn cảm giác vùng mặt ngoài cẳng tay.

3.2.3.3. Biến chứng muộn sau mổ nơi lấy vật

Biến chứng rối loạn cảm giác vùng cẳng tay có sự phục hồi dần theo thời gian, sau mổ 1 năm không có trường hợp nào. Sẹo mổ nơi lấy vật, sau 3 tháng gặp 5 trường hợp có sẹo quá phát, sau 6 tháng là 8 trường hợp và sau 1 năm còn 6 trường hợp.

3.2.3.4. Kết quả sớm sau mổ nơi nhận vật:

Bảng 3.17: Kết quả sớm sau mổ nơi nhận vật (n=31)

Kết quả sau mổ nơi nhận vật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Liên kỳ đầu	26	83,8
Viêm rò vết mổ	2	6,5
Tụ dịch	2	6,5
Chảy máu	1	3,2
Tổng	31	100

3.2.3.5. *Liên quan giữa kết quả sớm sau mổ nơi nhận vạt và trị trí tổn thương.*

Bảng 3.18 : Liên quan giữa kết quả sớm sau mổ nơi nhận vạt và vị trí tổn thương (n=31)

Vị trí tổn thương	Trong khoang miệng		Ngoài khoang miệng		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tình trạng vết mổ					
Liên kỳ đầu	10	32,3	16	51,6	0,247
Viêm rò	2	6,5	0	0	
Tụ dịch	1	3,2	1	3,2	
Chảy máu	1	3,2	0	0	
Tổng	14	45,2	17	54,8	

3.2.3.6. *Kết quả sau mổ*

a, Kết quả gần (lúc bệnh nhân ra viện)

Bảng 3.19: Kết quả gần (n=31)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	13	41,9
Khá	17	54,8
Kém	1	3,3
Tổng	31	100

b, Kết quả Xa

* Kết quả sau mổ 3 tháng

Bảng 3.21: Kết quả sau mổ 3 tháng (n=30)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	3	10
Khá	27	90
Kém	0	0
Tổng	29	100

* Kết quả sau mổ 6 tháng:

Bảng 3.23: Kết quả sau mổ 6 tháng (n=29)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	6	20,7
Khá	23	79,3
Kém	0	0
Tổng	29	100

* Kết quả sau mổ 1 năm:

Bảng 3.25: Kết quả sau mổ 1 năm (n=21)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	8	38,1
Khá	13	61,9
Kém	0	0
Tổng	21	100

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Giải phẫu vật cánh tay ngoài

4.1.1. Cuống mạch vật

Vật cánh tay ngoài được đánh giá là một trong những vật có ít biến đổi giải phẫu nhất. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng cuống mạch vật hằng định, cả 30/30 tiêu bản đều có đủ 3 thành phần là động mạch nuôi vật, tĩnh mạch dẫn lưu và thần kinh cảm giác cho vật, tương tự như nghiên cứu của Vũ Minh Hiệp năm 2014. Động mạch của cuống vật là động mạch bên quay 30/30 tiêu bản.

Chiều dài cuống mạch cũng là một trong những yếu tố được đánh giá để cân nhắc trong việc lựa chọn vật. Trong nghiên cứu này, với chiều dài trung bình là $7,75 \pm 1,15$ cm, khi sử dụng vật cánh tay ngoài để điều trị khuyết hồng vùng hàm mặt, chúng tôi thấy khá thuận lợi khi khâu nối với một số các động tĩnh mạch nhận hay sử dụng như: động và

tĩnh mạch thái dương nông, động và tĩnh mạch mặt, động và tĩnh mạch giáp trạng trên hay động mạch lưỡi. Kết quả này của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Vũ Minh Hiệp tiến hành trên 37 xác người Việt trưởng thành năm 2014 là $7,3 \pm 0,5$ cm.

Trong nghiên cứu này, đường kính trung bình của động mạch vạt chúng tôi thu được là 1,26 mm, tĩnh mạch 1 có đường kính 1,50 mm, tĩnh mạch 2 đường kính là 1,41 mm, kết quả này tương tự như với nghiên cứu của Nguyễn Đức Nghĩa năm 2012. Với kích thước này hoàn toàn có thể dễ dàng thực hiện thành công việc khâu nối vi phẫu mà không gặp trở ngại nào. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Song .X.M, tác giả thấy rằng ở nam giới đường kính trung bình của tĩnh mạch vạt là 1,4mm, của động mạch vạt là 1,3mm lớn hơn so với nữ giới là 0,4 mm đường kính động mạch và 0,5 mm đường kính tĩnh mạch.

4.1.2. Vấn đề cấp máu vạt

Trong nghiên cứu này, ở nhóm 3 chúng tôi có sử dụng biện pháp bơm xanh methylene vào cuống mạch và đo diện ngấm màu (tuy chỉ 1 trường hợp) thì thu được một diện ngấm với chiều dài là 27 cm (diện ngấm sẫm màu nhất tập trung trong khoảng từ 19 - 22 cm), chiều rộng là 14 cm (diện ngấm sẫm màu nhất tập trung trong khoảng 9 -10 cm, Tuy nhiên, khi tham khảo thêm các tài liệu trong và ngoài nước chúng tôi thấy diện ngấm xanh Methylene của một số tác giả đã công bố cũng không thống nhất như nghiên cứu của Vũ Minh Hiệp (chiều dài diện ngấm xanh là 22,5 cm, chiều rộng là 9,5 cm), Trương Uyên Cường (chiều dài ngấm xanh là 10 cm, chiều rộng là 7 cm), Yousif N.J (chiều dài diện ngấm xanh là 15 cm, chiều rộng diện ngấm xanh là 9 cm, sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu và điều kiện thực hiện nghiên cứu của các tác giả khác nhau. Khi tiến hành bơm xanh methylene vào cuống mạch vạt trên trên 01 cánh tay bị đứt rời được bảo quản lạnh trong túi nước đá (4° C) , phần chi thể này được bóc sau 24h đầu nên việc bộc lộ thất các nhánh bên khá dễ dàng, xanh Methylene không trào ra ngoài qua các nhánh bên, và diện ngấm màu khá rộng và rõ. Đây cũng là điểm chú ý về vấn đề bơm xanh Methylene khi tiến hành nghiên cứu trên các xác bảo quản lạnh còn phụ thuộc vào 1 yếu tố

khác là thời gian xác được bảo quản, nếu xác mới việc thể hiện diện ngấm xanh sẽ rõ ràng hơn.

Về phân nhánh của động mạch bên quay: ngoài việc cấp máu cho da vùng cánh tay ngoài, cuống mạch vật còn cho các nhánh đi nuôi cơ cánh tay và các nhánh cho xương phía 1/3 dưới của xương cánh tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi động mạch bên quay cho trung bình là 1 - 4 nhánh vách da, cơ nhị đầu, cơ tam đầu. Động mạch bên quay sau cho một số nhánh cấp máu cho xương vùng 1/3 dưới xương cánh tay. Do đó, chúng ta có thể lấy thêm vật cơ hay một mảnh xương của vùng cánh tay để sử dụng thêm trong một số trường hợp cần độn hay dựng hình những khuyết xương nhỏ vùng hàm mặt như các nghiên cứu của Hass, Hennerbichler, Okada vv... đã công bố.

4.2. Một số đặc điểm lâm sàng của tổn khuyết vùng hàm mặt

Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn ngẫu nhiên 31 bệnh nhân có chỉ định sử dụng vật cánh tay ngoài để điều trị các khuyết hồng vùng hàm mặt. Về phân bố bệnh theo giới, 80,6% số bệnh nhân là nam giới, nữ giới chiếm tỷ lệ ít hơn là 19,4%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$.

Tỷ lệ bệnh nhân bị tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt do nguyên nhân sau cắt bỏ tổ chức ung thư chúng tôi gặp 51,6%, tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu của Marloub là 92,3, của Chen I.C là 82,4%, Gerressen 75%. Sự khác biệt này là do vị trí tổn thương của mỗi vùng trên khuôn mặt có những đặc điểm khác nhau, trong đó trong khoang miệng chủ yếu gặp do tổn thương ung thư. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 6 trường hợp do nguyên nhân chấn thương chiếm tỷ lệ khoảng 19,3%, trong khi đó tỷ lệ này trong nghiên cứu của Marloub là 7,7%, Gerressen là 3%. Còn tỷ lệ do các nguyên nhân khác là khoảng 6,5% tương đương với các nghiên cứu của Eckardt và cộng sự năm 2007, và thấp hơn nghiên cứu của Gerressen năm 2013 là 22%.

Về tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu này, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 61 tuổi, tuổi trung bình là 37,2 tuổi. Kết quả này cho thấy phần lớn những bệnh nhân có tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt nằm trong độ tuổi lao động và có nhu cầu giao tiếp xã hội nhiều. Kết quả của

chúng tôi không có sự khác biệt so với các nghiên cứu trong nước của Nguyễn Tài Sơn năm 2005 với độ tuổi mắc bệnh là từ 14 đến 62 tuổi.

Về vị trí bị tổn thương, chúng tôi gặp ở tất cả vị trí của vùng hàm mặt. Khi xét mối tương quan giữa vị trí và nguyên nhân gây tổn thương chúng tôi thấy có mối liên quan chặt chẽ với nhau. Vị trí trong khoang miệng chúng tôi gặp ở 45,2% các trường hợp, và nguyên nhân gây ra khuyết hồng chủ yếu là do sau cắt bỏ tổ chức ung thư. Vị trí tổn thương ở ngoài khoang miệng là 54,8% thấp hơn so với công bố của Eckardt năm 2007 là 74%, trong đó má gặp khoảng 25,9% các trường hợp và nguyên nhân chủ yếu là chấn thương và bỏng, do đây là vùng có diện tiếp xúc với bên ngoài lớn nhất. Trong đó tổn thương dạng phức hợp cơ - niêm mạc hay gặp chiếm tỷ lệ 45,1%, tổn thương da đơn thuần ít gặp hơn chiếm tỷ lệ 35,5%, tổn thương phức hợp dạng da - xương trong nghiên cứu này gặp ở 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 6,5% và đều là những khuyết xương nhỏ trần hốc mắt.

4.3. Sử dụng vật CTN điều trị tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt

4.3.1. Quy trình phẫu thuật

Với tư thế nằm ngửa, cánh tay nơi lấy vật của bệnh nhân được đặt dọc theo thân mình, chúng tôi thấy rằng tư thế này thuận lợi cho việc tiến hành 2 kíp phẫu thuật. Kíp 1 cắt bỏ tổn thương và chuẩn bị mạch nhận vùng hàm mặt. Kíp thứ 2 bóc vật.

Vật da cân chúng tôi lấy với kích thước chiều rộng trung bình là 6,5 cm, lớn nhất là 9cm, nhỏ nhất là 5 cm. Chiều dài trung bình của vật là 12,6 cm, lớn nhất là 18 cm, nhỏ nhất là 7 cm. Kích thước vật chúng tôi lấy dựa vào kích thước của tổn thương. Vậy với chiều rộng là 6,5 cm có phải là giới hạn tối đa chiều rộng mà vật da được tưới máu? Theo như thực tế lâm sàng chúng tôi tiến hành và nghiên cứu của Hage và cộng sự công bố năm 2005 thì việc lấy chiều rộng vật là khoảng 6cm sẽ đảm bảo có thể đóng trực tiếp nơi cho vật dễ dàng. Vậy chiều rộng vật có thể lấy tối đa là bao nhiêu? Con số này khác nhau ở nhiều tác giả, tuy nhiên không có sự khác biệt nhiều. Cụ thể như Chen I.C (2003) lấy tối đa là 9 cm, Karamursel và cộng sự (2005) lấy tối đa là 12 cm, Rento (2010) là 8 cm, vv...

4.3.2. Sử dụng vật cánh tay ngoài trong tạo hình che phủ

Khi tiến hành phẫu thuật chúng tôi thấy vật CTN có một đặc điểm khá thú vị là: vật lấy càng xa, xuống dưới lồi cầu xương cánh tay thì càng mỏng, vật lấy gần lên phía điểm bám tận của cơ delta thì càng dày. Với đặc điểm đó nếu chúng ta cần một vật da mỏng thì lấy vật xuống thấp, còn nếu cần lớp cân mỡ dày thì lấy vật lên cao. Chính nhờ ưu điểm trên nên trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng vật phần lớn với mục đích tạo hình phủ chiếm 51,6% các trường hợp. Trong khi đó độ dày của vật cánh tay ngoài theo Trương Uyên Cường là 5,61 mm, dù không phải dùng kỹ thuật làm mỏng vật cho một bệnh nhân nào trong mổ hay sau mổ đã đạt được yêu cầu của phẫu thuật tạo hình che phủ và bệnh nhân thấy hài lòng với kết quả đó.

4.3.3.1 Tạo hình vành tai

Khi tham khảo tài liệu, với sự so sánh các ưu và nhược điểm của các vật tự do sử dụng trong tạo hình hàm mặt. Phần lớn các tác giả thấy: Vật cẳng tay quay là một vật cho chất liệu da mỏng, mềm mại, nên đã sử dụng vật để tạo hình vành tai. Với kết quả này chúng tôi thấy rằng vật cánh tay ngoài là một vật có đủ các tiêu chí có thể thay thế vật cẳng tay quay trong điều trị khuyết toàn bộ vành tai ở 1 trường hợp bệnh nhân mà các phương pháp khác không đủ điều kiện để thực hiện.

4.3.3.2 Tạo hình tổn khuyết trong khoang miệng

Trong nghiên cứu này chúng tôi cắt rộng u trước, nạo vét hạch cổ và tiến hành tạo hình ngay trong một thì mổ, ết quả thu được trong nghiên cứu này rất khả quan. Các tổn thương lưỡi và sàn miệng được phục hồi tốt về chức năng và hình thể, cá biệt có những trường hợp bệnh nhân được theo dõi lâu chúng tôi thấy có hình ảnh niêm mạc hoá của vật da và rất khó phân biệt được đâu là vật da đã sử dụng để tạo hình và đâu là niêm mạc lành. Kết quả này cũng tương tự như những báo cáo của Matloub (1989), Song (2007), Thankappan (2011).

4.4. Kết quả phẫu thuật

Khi ứng dụng vật cánh tay ngoài điều trị các khuyết hồng phần mềm. Chúng tôi sử dụng 4 nguồn cấp máu chính để tiến hành khâu nối mạch nuôi vật là động mạch thái dương nông, động mạch mặt, động mạch giáp trạng trên và động mạch lưỡi. Trong đó động mạch mặt là

nguồn cấp máu mà chúng tôi sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ khoảng 54,8%. Động mạch mặt hằng định, có đường kính phù hợp với kích thước cuống mạch, dễ tìm và dễ bóc tách nên chính vì vậy mà được ưu tiên sử dụng. Tuy nhiên, vấn đề chọn mạch nhận nào cũng một phần do vị trí tạo hình quyết định. Có nhiều phương pháp khâu nối mạch máu vi phẫu như khâu mũi rời, khâu vắt vv... Do nhiều tác giả đề xuất như ... Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn phương pháp khâu nối tận - tận, mũi rời của Wei đưa ra năm 2009, kỹ thuật đơn giản, ít nguy cơ khâu xuyên hai thành mạch máu. Chỉ khâu nối chủ yếu là Nylon 10.0. Kết quả vạt cánh tay ngoài sống toàn bộ theo nghiên cứu của chúng tôi là 30/31 chiếm tỷ lệ 96,8%. Tỷ lệ này cũng tương đương như kết quả của chúng tôi. Tại Bệnh viện của trường Đại Học Hannover trong vòng 20 năm từ năm 1982 đến 2002, Eckardt và cộng sự với 544 vạt chuyên ghép tự do, tỷ lệ vạt sống toàn bộ là 95,2%. Tại Việt Nam, theo như một số báo cáo của Nguyễn Huy Phan, Lư Ngọc An, Nguyễn Tài Sơn, Vũ Ngọc Lâm, Nguyễn Quang Đức vv... thì tỷ lệ này nằm trong khoảng từ 90% - 100%.

4.4.1. Kết quả gần

Kết quả chúng tôi thu được tốt chiếm tỷ lệ 41,9%. Ở những bệnh nhân nhóm này vạt tạo hình sống toàn bộ, nơi cho và nhận vạt liền vết mổ kỳ đầu và không có biến chứng gì. Kết quả khá đạt ở 54,8% số trường hợp ở nhóm này chủ yếu vẫn là những bệnh nhân sau mổ có những biến chứng về viêm rò vết mổ hay có biến chứng ở vị trí lấy vạt.

4.4.2. Kết quả xa

Ở tại thời điểm khám lại sau mổ 3 tháng chúng tôi thực hiện được ở 30 bệnh nhân với kết quả tốt chiếm khoảng 10 %, khá là 90 % và không có trường hợp nào kém. Với thời gian phẫu thuật 3 tháng phần mềm xung quanh vị trí tạo hình cũng như vạt tạo hình vẫn chưa ổn định. Đa phần các vạt da vi phẫu còn dày, dần dần lớp tổ chức dưới da mềm mại, và mỏng hơn. Sẹo mổ nơi lấy vạt và nơi nhận vạt chưa ổn định, một số trường hợp còn phát triển quá phát thành sẹo lồi. Do đó tỷ lệ đạt tốt ở thời điểm 3 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Ngọc Lâm (2005).

Ở thời điểm sau 6 tháng, tỷ lệ đạt kết quả tốt tăng lên 20,7 %. Những bệnh nhân được khám ở thời điểm này chúng tôi thấy không có trường hợp nào phải can thiệp để làm mỏng vạt, mà chủ yếu là do ảnh hưởng của sẹo quanh vạt làm ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ, hoặc do sử dụng vạt quá rộng trong một số trường hợp tạo hình lưỡi và sàn miệng.

Tiếp tục theo dõi xa hơn, sau 1 năm Tỷ lệ đạt kết quả tốt cũng tăng lên 38,1%. Tuy nhiên tỷ lệ này còn thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Ngọc Lâm (71%), Trần Thị Vân Anh (91,3%) do tác giả trên sử dụng chủ yếu để che phủ các tổn thương da do bỏng mà không điều trị các tổn thương khác như các tổn thương ung thư trong khoang miệng như nghiên cứu của chúng tôi.

4.5. Tai biến, biến chứng và cách xử trí

Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 1 trường hợp vạt bị hoại tử toàn bộ do tắc động mạch. Còn tại vị trí nhận vạt chúng tôi có 2 trường hợp vị viêm rò, 2 trường hợp tụ dịch và 1 trường hợp chảy máu vết mổ. Vị trí nơi lấy vạt chúng tôi gặp 13 trường hợp có rối loạn cảm giác ở mặt ngoài cẳng tay, 1 bệnh nhân bị tụ dịch.

Trường hợp bệnh nhân bị hoại tử vạt xảy ra trong giai đoạn đầu khi mới ứng dụng vạt cánh tay ngoài trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt. Trên một bệnh nhân có tổn thương tương đối phức tạp trong khi đó chúng tôi chưa có kinh nghiệm trong vấn đề sử dụng vạt. Chúng tôi xin đi sâu phân tích và bàn luận kỹ hơn về trường hợp này.

Tóm tắt bệnh án: Bệnh nhân Trịnh Quốc V. 49 tuổi. Vào viện ngày 16/3/2010. Ra viện ngày 09/8/2010. Chẩn đoán: Khuyết môi dưới cầm tạo hình chưa hoàn chỉnh.

Bệnh nhân có tiền sử bị khuyết xương và da vùng cằm do tai nạn lao động đã được phẫu thuật tạo hình vùng cằm bằng vạt da xương mác và vạt đùi trước ngoài tại bệnh viện 108 trước ngày vào viện 1 năm. Trong đó vạt da xương mác được dùng để tạo hình xương hàm dưới và lót sàn miệng, vạt đùi trước ngoài dùng che phủ da vùng cằm. Sau mổ vạt tạo hình cơ gây thiếu hụt môi và cằm.

Bệnh nhân vào viện ngày 16/3/2010 và được phẫu thuật vào ngày 24/3/2010.

Kíp mổ 1 chuẩn bị nơi nhận vạt: Bệnh nhân được phẫu thuật, lật vạt đùi trước ngoài vào trong để bù khuyết niêm mạc môi, và tìm mạch nuôi. Khi tìm mạch nuôi chúng tôi gặp rất nhiều khó khăn do tổn thương phức tạp và các mạch nuôi khác đã sử dụng trong tạo hình trước đó. Động mạch nuôi được chúng tôi tìm thấy là động mạch giáp trạng trên trái, tĩnh mạch là 1 nhánh của thân giáp lưỡi mặt cùng bên.

Kíp mổ 2 bóc vạt cánh tay ngoài: Khi thiết kế vạt do chưa có kinh nghiệm nên chúng tôi thiết kế vạt nằm hoàn toàn phía trên của lồi cầu ngoài xương cánh tay. Với cách thiết kế này cuống mạch nằm ở trung tâm vạt nên khi đặt vạt để che phủ vùng cầm cuống mạch sẽ rất khó với tới vị trí của động mạch giáp trạng trên. Hơn nữa, khi bóc tách cuống vạt do thiếu kinh nghiệm và sợ tổn thương thần kinh quay nên chúng tôi không bóc hết lên đến rãnh quay do đó cuống mạch sẽ ngắn và đường kính nhỏ. Cụ thể trên bệnh nhân này cuống mạch dài 6 cm.

Sau khi đưa vào lên che phủ khuyết da vùng cầm, vì cuống mạch ngắn nên chúng tôi phải sử dụng một đoạn tĩnh mạch cổ nông dài 4cm để nối động mạch vạt với động mạch giáp trạng trên. Sau nối mạch kiểm tra thấy vạt tưới máu tốt và tiến hành đóng vết mổ.

Bệnh nhân sau mổ 2h xuất hiện tình trạng vạt nhợt, lạnh, châm kim không thấy chảy máu, được đưa lên phòng mổ kiểm tra thấy tắc đoạn động mạch ghép. Chúng tôi tiến hành bơm rửa lòng mạch bằng dung dịch nước muối heparin và nối lại nhưng không kết quả. Vạt hoại tử toàn bộ.

Bốn ngày sau bệnh nhân được dùng vạt da đầu có cuống nuôi là đm thái dương nông 2 bên để khắc phục phần khuyết da do vạt hoại tử toàn bộ. Qua bệnh nhân này chúng tôi thấy nguyên nhân thất bại chủ yếu do đây là một trong những bệnh nhân đầu tiên sử dụng vạt CTN nên còn thiếu kinh nghiệm trong việc thiết kế cũng như bóc vấn đề bóc tách cuống vạt, dẫn đến việc phải ghép đoạn tĩnh mạch làm tăng nguy cơ tắc mạch nuôi. Bên cạnh đó là vấn đề chủ quan không khảo sát lại hệ thống mạch nuôi trong trường hợp bệnh nhân có những tổn thương phức tạp. Những tồn tại này đã được chúng tôi rút kinh nghiệm và tìm tòi thêm những phương pháp làm dài cuống mạch, những cách thiết kế và bố trí vị trí cuống mạch ra ngoài vi của vạt trong những trường hợp cần cuống dài vv... như đã đề cập ở trên và thu được kết quả tốt.

Về biến chứng ở nơi nhận vạt, trong giai đoạn đầu tiến hành nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy hay gặp biến chứng tụ dịch và viêm rò tại nơi nhận vạt chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân có tạo hình vùng khoang miệng. Ở nhóm bệnh nhân này, nguyên nhân gây viêm rò vết mổ là do khi khâu đóng vạt trong khoang miệng thường khâu thưa, dẫn đến tình trạng nước bọt có khả năng sẽ chảy vào ổ mổ, gây ra tình trạng tụ dịch, nhiễm trùng và dẫn đến viêm rò vết mổ. Để khắc phục vấn đề này chúng tôi đã tiến hành cải tiến bằng cách khâu kỹ và kín vết mổ trong khoang miệng, vết mổ ở ngoài khoang miệng được khâu thưa, kèm theo đặt các lam dẫn lưu và dẫn lưu hút âm tính để dẫn lưu dịch ổ mổ ra tốt nhất có thể. Chính những cải tiến này làm giảm hẳn tỷ lệ bệnh nhân bị viêm rò và giảm thời gian và chi phí nằm viện cho bệnh nhân, khi xem xét mối liên quan giữa tỷ lệ biến chứng nơi nhận vạt trong khoang miệng và ngoài khoang miệng chúng tôi thấy không có sự khác biệt với $p = 0,247$.

Về biến chứng nơi lấy vạt cũng được đề cập nhiều và có những nhận xét khác nhau. Những biến chứng sớm xảy ra sau phẫu thuật bao gồm: nhiễm trùng, tụ máu, loét vết mổ... Biến chứng muộn được đề cập đến chủ yếu là: sẹo quá phát gây hạn chế vận động khớp khuỷu khi lấy vạt cánh tay ngoài mở rộng, vấn đề lộ sẹo, sẹo lồi, rối loạn cảm giác, có thể gây liệt chi vv.... Một so sánh mới đây của Klinkenberg (2013) về biến chứng nơi lấy vạt cũng như ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ khi lấy vạt đùi trước ngoài, vạt bả vai và cánh tay ngoài tác giả thấy rằng: biến chứng nơi lấy vạt và ảnh hưởng đến thẩm mỹ gặp cao nhất ở nhóm bệnh nhân sử dụng vạt cánh tay ngoài, nhóm sử dụng vạt đùi trước ngoài đứng thứ 2 và cuối cùng là nhóm sử dụng vạt bả vai. Vậy tại sao một vạt nhiều nhược điểm hơn các vạt khác lại vẫn được sử dụng như vậy? Khi tham khảo các tài liệu nói về vấn đề này chúng tôi thấy rằng, với những biến chứng nơi lấy vạt đã đề cập ở trên phần lớn là những biến chứng không ảnh hưởng nhiều đến chức năng nơi cho vạt. Trong khi đó nếu lựa chọn đúng và phù hợp với tổn thương sẽ làm giảm số lần bệnh nhân phẫu thuật và phục hồi được hình thể và chức năng tốt hơn, nhiều tác giả khi sử dụng vạt cánh tay ngoài đều đánh giá đây là vạt sử dụng khá an toàn và gần đây vạt vẫn đang được sử dụng và đánh giá cao trong tạo hình hàm mặt. Thực tế khi áp dụng trên lâm sàng, biến

chúng sớm nơi nhận vật chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp có tụ dịch. Trường hợp này được xử trí tách vết mổ và dẫn lưu. Sau xử trí bệnh nhân ổn định. Vết mổ liền tốt. Vấn đề thứ 2 mà chúng tôi gặp khi lấy vật cánh tay ngoài đó là tình trạng rối loạn và mất cảm giác mặt ngoài cẳng tay do dây thần kinh chi phối cảm giác của vùng này đi qua vật mà chúng ta không bảo tồn được. Vấn đề bảo tồn dây cảm giác này ít được đề cập đến trong y văn, phần lớn khi lấy vật thì phải hy sinh dây cảm giác này. Tuy nhiên, với thời gian theo dõi sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm, chúng tôi thấy những rối loạn cảm giác đó giảm dần và sau 1 năm không gặp trường hợp nào có khó chịu về vấn đề này. Về sẹo quá phát tại nơi lấy vật cũng chính là vấn đề chúng tôi hay gặp nhất, Tuy nhiên, những sẹo quá phát này chúng tôi thấy không có ảnh hưởng gì đến vận động của khớp khuỷu, về biến cứng gây liệt chi chúng tôi không gặp trường hợp nào.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 tiêu bản xác bảo quản formalin, 7 tiêu bản xác bảo quản lạnh và 31 bệnh nhân ứng dụng vật cánh tay ngoài tự do điều trị các tổn khuyết phần mềm vùng hàm mặt trên lâm sàng chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Về đặc điểm giải phẫu của vật cánh tay ngoài tự do trên người Việt trưởng thành:

- Nguyên uỷ của động mạch vật 100% các trường hợp đều xuất phát từ động mạch cánh tay sâu.

- Thành phần của cuống vật bao gồm: 1 động mạch, 1 tĩnh mạch (7/30 trường hợp) hoặc 2 tĩnh mạch (23/30 trường hợp) và 1 thần kinh cảm giác vật là thần kinh bì cánh tay ngoài 30/30 tiêu bản. Tĩnh mạch luôn tuý hành với động mạch đổ vào tĩnh mạch cánh tay sâu.

- Chiều dài của cuống mạch trung bình là $7,75 \pm 1,17$ cm, đường kính động mạch trung bình là $1,26 \pm 0,1$ mm, đường kính tĩnh mạch lớn trung bình là $1,50 \pm 0,14$ mm, đường kính tĩnh mạch nhỏ trung bình là $1,41 \pm 0,15$ mm.

- Diện ngấm xanh Methylene của vật có chiều dài là 27 cm, tập trung trong khoảng 19 - 22 cm, chiều rộng là 14 cm tập trung khoảng 9 -10 cm.

- Cuồng mạch luôn cho các nhánh bên vào cơ tam đầu, nhị đầu và đầu dưới xương cánh tay gấp trong 30/30 tiêu bản phẫu tích. Vạt cánh tay ngoài hoàn toàn có thể lấy dưới dạng vạt da cân, vạt phức hợp da - cơ, da - xương.

2. Về đánh giá kết quả sử dụng vạt cánh tay ngoài trên lâm sàng

- Độ tuổi: tổn khuyết phần mềm hàm mặt chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động trung bình là 37,2, Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 61, nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi, trong đó nam chiếm tỷ lệ 80,6 %, nữ 19,4 %.

- Nguyên nhân: chủ yếu là tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư 51,6%, chấn thương chiếm tỷ lệ 19,3%, bỏng 16,1%, do xạ trị và các nguyên nhân khác 6,5%.

- Phần lớn là tổn thương phức hợp cơ - niêm mạc 45,1%, tổn thương da - cân 35,5%, da - cơ 12,9%, da - cơ - xương 6,5%.

- Kích thước khuyết da trung bình là 6 x 9,9 cm, chiều dài lớn nhất là 15 cm, chiều rộng lớn nhất là 9 cm, khuyết niêm mạc trung bình là 6,1 x 11,5 cm, dài nhất là 16 cm, rộng nhất là 8 cm, khuyết xương dài nhất là 7 cm, ngắn nhất là 4 cm.

- Vạt cánh tay ngoài đã sử dụng có kích thước trung bình là 6,5 x 12,6 cm, chiều dài lớn nhất là 18 cm, chiều rộng lớn nhất là 9 cm. Với kích thước này 90,2% nơi cho vạt có thể đóng kín trực tiếp, vạt sống toàn bộ đạt 96,8%.

- Kết quả gần: Loại tốt là 41,9%, khá là 54,8%, kém là 3,3%.

- Kết quả xa sau 3 tháng: Loại tốt là 10%, khá là 90%, không có trường hợp nào kết quả kém

- Kết quả xa sau 6 tháng: Loại tốt là 20,7%, loại khá là 79,3%, không có loại kém.

- Kết quả xa sau 1 năm đạt loại tốt là 38,1%, khá là 61,9%, không có loại kém.

- Ưu điểm: vạt cánh tay ngoài có cuồng mạch hằng định, độ dài và kích thước khá phù hợp cho khâu nối vi phẫu, vạt mỏng, mềm mại, có thần kinh cảm giác và có thể lấy ở dạng vạt da cân, vạt phức hợp da - cơ, da - xương, để tạo hình phủ và tạo hình bộ phận.

- Nhược điểm: một số trường hợp đường kính động và tĩnh mạch nhỏ gây khó khăn cho việc khâu nối mạch, nơi lấy vạt lộ sẹo, rối loạn cảm giác vùng cánh cẳng tay nơi cho vạt.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Nguyễn Huy Cảnh, Nguyễn Tài Sơn, Nguyễn Huy Thọ (2015). Ứng dụng vật cánh tay ngoài tự do trong điều trị các tổn khuyết vùng hàm mặt. Tạp chí Y học thực hành, Số 7(971), 27 – 32.
2. Nguyễn Huy Cảnh, Nguyễn Tài Sơn, Nguyễn Huy Thọ, Ngô Quốc Thái (2015). Nghiên cứu giải phẫu lâm sàng cuống mạch vật cánh tay ngoài trên người Việt. Tạp chí Y học thực hành, Số 7 (972).
3. Nguyễn Huy Cảnh, Nguyễn Huy Thọ, Nguyễn Tài Sơn, Đỗ Xuân Trường (2012). Đánh giá kết quả sử dụng vật cánh tay ngoài tự do trong điều trị một số dạng tổn khuyết vùng hàm mặt. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, Tập 7, Số đặc biệt, 124 – 128.
4. Nguyễn Huy Cảnh, Vũ Ngọc Lâm, Nguyễn Huy Thọ, Đỗ Xuân Trường (2012). Vật da xương cánh tay ngoài tự do điều trị khuyết phức hợp trần hốc mắt do chấn thương: nhân 2 trường hợp. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, Số 4 (7), 80 – 83.
5. Nguyễn Tài Sơn, Nguyễn Huy Cảnh (2011). Ứng dụng vật da cân cánh tay ngoài phục hồi tổn khuyết phần mềm sau phẫu thuật điều trị ung thư khoang miệng. Tạp chí nghiên cứu y học, Số 6 (77), 26 – 30.