

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO CO NGÓN TAY DO DI CHỨNG BỎNG

Phạm Thị Việt Dung¹, Phạm Duy Linh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sẹo di chứng bỏng ngón tay là tổn thương hay gặp với nhiều hình thái và do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trong đó, tổn thương sẹo co ngón thường gặp nhất và ảnh hưởng nặng nề đến chức năng bàn tay. Có nhiều phương pháp tạo hình tùy thuộc vào tình trạng co ngón và thói quen của từng phẫu thuật viên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 BN (22 nam và 8 nữ), tuổi từ 15 tháng đến 55 tuổi, với 56 ngón bị sẹo co do di chứng bỏng được phẫu thuật bằng các vạt tại chỗ và ghép da dày toàn bộ. Kết quả phẫu thuật được đánh giá theo các tiêu chí về sự liền thương, chức năng và thẩm mỹ ngón khi bệnh nhân ra viện và sau 3 tháng. **Kết quả:** Phần lớn các trường hợp vạt và da ghép sống tốt, liền thương thì đầu, ngón cải thiện chức năng. Tuy nhiên còn 1 số trường hợp da ghép và vạt nhiễm trùng, hoại tử 1 phần gây kết quả kém, ít cải thiện chức năng vận động ngón. **Kết luận:** Lựa chọn phương pháp tạo hình đúng giúp điều trị sẹo di chứng bỏng ngón tay cho kết quả tốt về cả chức năng và thẩm mỹ.

Từ khóa: Sẹo di chứng bỏng ngón, vạt tại chỗ, ghép da dày

SUMMARY

RECONSTRUCTION OF POST-BURN FINGER SCAR CONTRACTURES

Introduction: Postburn scar of the fingers are common injuries with many different forms. In which, finger's contractive scar is the most common and severely affects. Managing such condition is often challenging and various techniques have been proposed. The choice of technique depends on the degree of finger contraction and the surgeon's preference. **Materials and methods:** The study was conducted on 30 patients (22 men and 8 women), aged from 15 months to 55 years old, with 56 postburn scar contracture of the fingers which were reconstructed by local flaps and full-thickness skin grafts. Surgical results were assessed according to the criteria of healing, function, and aesthetics after 3 months. **Results:** The majority of flaps and skin grafts survived, the function of the fingers improved. **Conclusion:** Correct assessment of the morphology and severity of postburn finger scar contractures aids surgeons in selecting the appropriate reconstruction method, resulting in satisfactory functional and

aesthetic results.

Keywords: Post-burn finger scar contractures, local flap, full thickness skin graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng ngón tay ở trẻ nhỏ thường để lại di chứng co, dính ngón ảnh hưởng nhiều tới chức năng của bàn tay. Tổn thương bỏng bàn tay rất đa dạng, thường gặp nhất, có thể là sẹo da đơn thuần gây co kéo các ngón, dính ngón, hẹp khe ngón hoặc nặng hơn là kèm theo tổn thương gân xương, khớp, mạch máu, thần kinh [1], [2], [3]. Có nhiều phương pháp tạo hình được áp dụng trong điều trị sẹo bỏng bàn - ngón tay như vạt tại chỗ, ghép da, vạt da cân cuống mạch liên... Mỗi phương pháp có những ưu, nhược điểm riêng. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào đặc điểm tổn thương và thói quen của phẫu thuật viên [4]. Bài báo này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình sẹo co ngón tay do bỏng tại bệnh viện Saint-Paul từ tháng 6/2018 - 6/2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 30 bệnh nhân (BN) (22 nam và 8 nữ), tuổi từ 15 tháng đến 55 tuổi, với 56 ngón tổn thương sẹo co do di chứng bỏng tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Bệnh viện đa khoa Saint-Paul, từ tháng 6/2018 đến 6/2021.

* Các kỹ thuật tạo hình được chỉ định:

- Vạt chữ Z (chữ Z đơn kinh điển hoặc nhiều chữ Z): Rạch da hình chữ Z (hoặc nhiều chữ Z liên tiếp) sao cho trục dài của chữ Z là trục của sẹo, hai đường rạch ngang của chữ Z nằm ở 2 bên trục chữ Z, hoán vị các vạt cho nhau để tăng chiều dài đường khâu ở trục chính của chữ Z

- Vạt chuyển bên ngón (Vạt IC): rạch đường ngang sẹo co (đường rạch chữ I), giải phóng, duỗi ngón tối đa. Bóc tách vạt xoay hình chữ C ở vùng da lành bên ngón để che phủ tổn khuyết, trục vạt vuông góc với đường rạch chữ I.

- Ghép da dày toàn bộ.

* Kết quả gân được đánh giá khi BN ra viện

- Tốt: Vạt da, da ghép sống hoàn toàn, che phủ hết tổn thương sau cắt sẹo. Liền thương kỳ đầu, ngón duỗi tối đa.

- Trung bình: Vạt, da ghép sống nhưng có biểu hiện thiếu dưỡng 1 phần, che phủ hết tổn thương sau cắt sẹo. Chậm liền thương, ngón

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Việt Dung

Email: phamvietdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/11/2021

Ngày phản biên khoa học: 15/12/2021

Ngày duyệt bài: 17/1/2022

duỗi có cải thiện nhưng không tối đa.

- Kém: Vạt, da ghép có biểu hiện nhiễm trùng, hoại tử gần toàn bộ hoặc toàn bộ, không che phủ hết tổn thương sau cắt sẹo. Châm liền thương, phải can thiệp thì 2. Ngón không cải thiện chức năng.

*Kết quả xa được đánh giá về mặt chức năng vận động và thẩm mỹ sau phẫu thuật trên 3 tháng

- Đánh giá chức năng vận động bàn ngón tay theo góc TAM (total active motion), với các mức độ: tốt (TAM >150), khá (125-150), trung bình (90-125), kém (<90).

- Đánh giá kết quả thẩm mỹ bàn tay theo các mức độ: tốt, trung bình, kém theo tính chất của sẹo.

Bảng 1. Đặc điểm sẹo co ngón

Sẹo co \ Tổn thương	< 1 đốt	1 - 2 đốt	> 2 đốt	Tổng	
				Số ngón	Tỷ lệ %
Dạng dài	13	1	0	14	25
Dạng dính	7	30	5	42	75
Tổng	20	31	5	56	100

3.3. Mức độ tổn thương ngón bị sẹo co theo phân độ của Mc. Cauley [5]

Số ngón độ III và độ IV chiếm đa số (49 ngón, 87,5%), chức năng ngón tay bị hạn chế nhiều, biến đổi đáng kể các cấu trúc giải phẫu.

Bảng 2. Phân độ sẹo co ngón theo phân độ của Mc. Cauley

Mức độ co	Số ngón tổn thương	Tỷ lệ %
-----------	--------------------	---------

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm sẹo co ngón

- Trong số 30 BN với 56 ngón tổn thương, ngón gặp nhiều nhất là ngón IV 27,7%, ngón ít gặp nhất là ngón I 9,2%. Mặt gan ngón là chủ yếu chiếm 86,2%.

Đánh giá hình thái sẹo, mức độ thiếu tổ chức chúng tôi thấy rằng: Sẹo co dạng dính chiếm phần lớn (42/56 ngón, chiếm 75%) trong đó tổn thương gây thiếu chiều dài ở mức độ trung bình dính từ 1-2 đốt là chính với 30/42 ngón. Trong khi đó sẹo co dạng dài đa số gây thiếu chiều dài ngón mức độ nhẹ (<1 đốt) là chủ yếu (13/14 ngón).

ĐỘ I	2	3,6
ĐỘ II	5	8,9
ĐỘ III	21	37,5
ĐỘ IV	28	50
Tổng	56	100

3.4. Phương pháp phẫu thuật. Trong số 56 ngón bị sẹo co, có 31 ngón được sử dụng vạt tại chỗ, 24 ngón được ghép da dày toàn bộ và 1 ngón phối hợp cả vạt và ghép da



Hình 1. A: Sẹo bóng co kéo ngón 3,4 bàn tay trái. **B:** Ngay sau PT sử dụng vạt chuyển bên ngón IC, **C:** Sau PT 3 tháng, ngón duỗi được tối đa. (BN nữ, Nguyễn Thủy T. 3T, MBA: 19065081).



Hình 2. A: Sẹo bóng co kéo ngón 3,4 bàn tay trái, **B:** Ngay sau PT sử dụng nhiều vạt chữ Z, **C:** Sau PT 3 tháng, ngón vận động tốt. (BN nam, Vi Văn B. 12T, MBA: 19041445).

Bảng 3. Các phương pháp phẫu thuật sẹo co ngón theo mức độ tổn thương

Phương pháp/Mức độ	< 1 đốt	1 – 2 đốt	> 2 đốt	Tổng	
Sẹo dạng dính	Vạt IC	8	9	0	17
	Ghép da dày	1	18	5	24
	Phối hợp	0	1	0	1

Sẹo dạng dải	Vạt IC	8	0	0	8
	Vạt chữ Z	5	1	0	6
Tổng		22	29	5	56

3.5. Kết quả phẫu thuật

- Kết quả gần: 45 ngón có vạt hoặc da ghép sống hoàn toàn, ngón duỗi tối đa, tỷ lệ 80,4%. 6 ngón có vạt hoặc da ghép biểu hiện thiếu dưỡng, chậm liền thương, ngón có cải thiện nhưng không hoàn toàn (10,7%). 5 ngón ghép da dày có biểu hiện nhiễm trùng, liền thương kém, tầm vận động ngón cải thiện ít (8,9%).

- Kết quả sau 3 tháng:

+ Về mặt chức năng: đánh giá tầm vận động theo TAM: 25 ngón (44,6%) hoàn thiện chức năng vận động (kết quả tốt). 20 ngón (35,7%) còn hạn chế vận động ít (khá). 7 ngón (12,5%) còn hạn chế vận động nhiều (trung bình) 4 ngón (7,2%) không cải thiện chức năng vận động (kém).

+ Về mặt thẩm mỹ: sẹo thẩm mỹ đạt kết quả tốt (sẹo mềm mại) 55,1%, trung bình (sẹo phi đại nhẹ) 19,9%, kém (sẹo xấu, lồi, co kéo) 25%.

IV. BÀN LUẬN

Theo phân độ của Mc Cauney [5] chúng tôi thấy tổn thương sẹo di chứng bỏng thường ảnh hưởng nhiều tới chức năng vận động, gây ra biến đổi giải phẫu rõ rệt (độ III,IV) chiếm tới 87,5% (bảng 2). Nếu những tổn thương này không được can thiệp sớm và đúng cách sẽ dẫn đến những biến đổi vĩnh viễn các cấu trúc giải phẫu như gân, xương, mạch máu do đó ảnh hưởng nhiều tới chức năng vận động của bàn tay. Đặc biệt, ở trẻ nhỏ khi bàn tay vẫn đang phát triển, sẹo di chứng bỏng sẽ làm cản trở sự phát triển của bàn ngón tay. Tổn thương sẹo co ngón (bảng 1) được chia làm 2 nhóm chính là sẹo dạng dải (dạng thừng) là những sẹo tập trung thành các dải nhỏ dọc trục ngón, tổ chức da 2 bên tương đối lành và sẹo dính tại các nếp bàn ngón hoặc liền đốt, hình thái này tổn thương thường rộng hơn, gây thiếu nhiều tổ chức hơn. Theo bảng 1 sẹo dính gây thiếu tổ chức từ 1-2 đốt chiếm đa số (30/42 ngón tổn thương), trong khi sẹo dạng dải chủ yếu chỉ gây thiếu chiều dài dưới 1 đốt chiếm phần lớn (13/14 ngón tổn thương).

Việc phân loại theo mức độ tổn thương và hình thái tổn thương giúp lựa chọn các phương pháp tạo hình như vạt tại chỗ (vạt IC, vạt chữ Z) và ghép da (bảng 3). Đánh giá kết quả gần và xa sau 3 tháng đều cho thấy hiệu quả phẫu thuật tốt. Với kết quả gần, 80,4% ngón duỗi được hết tầm vận động còn với kết quả xa 44,6% hoàn thiện chức năng vận động tốt, 35,7% chỉ còn hạn chế vận động ở mức độ nhẹ. Rõ ràng các

chức năng ngón co được cải thiện nhiều tuy nhiên có hiện tượng co kéo thứ phát theo thời gian làm giảm hiệu quả của phẫu thuật. Những trường hợp này thường gặp hơn ở nhóm sử dụng kỹ thuật ghép da do sự co mảnh ghép cũng như sự phát triển của mảnh ghép không theo kịp sự phát triển của tổ chức mô lành xung quanh khi trẻ lớn lên. Vũ Thế Hùng (2014) [6] thực hiện 2 phương pháp chính là vạt tại chỗ và ghép da. Tác giả thấy rằng kỹ thuật chữ Z hiệu quả cho các sẹo mảnh dạng thừng chạy dọc trục ngón, ghép da áp dụng đối với các sẹo thiếu tổ chức nhiều và phức tạp hơn. Theo Danniell M.F. [7], sẹo co kéo ở bàn ngón tay sau khi cắt lọc mà không lộ gân thì che phủ bằng ghép da dày toàn bộ. Nếu có lộ gân thì phải che phủ bằng vạt da xoay tại chỗ hoặc vạt lân cận, vạt từ xa. Đối với mặt gan các ngón có thể che phủ bằng vạt chéo ngón nếu da mặt mu các ngón kề cận không bị tổn thương. Đa số các tác giả đều thống nhất ưu điểm của kỹ thuật chữ Z (đơn hoặc multi Z) trong việc tăng chiều dài với những sẹo co dạng dải mảnh [2], [7], [8]. Với nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi vạt tại chỗ được áp dụng nhiều hơn, ngoài kỹ thuật chữ Z được chúng tôi ưu tiên cho các sẹo co dạng dải chúng tôi còn dùng vạt IC để huy động tổ chức ở 2 bên ngón cho những trường hợp sẹo co dạng dính, tổn thương có bề rộng lớn hơn nhưng thiếu tổ chức vừa phải (17/42 ngón sẹo co dạng dính, bảng 3). Vạt IC có ưu điểm hơn vạt chéo ngón là việc không phải mổ 2 lần (tạo vạt và cắt cuống), bệnh nhân có thể tập vận động sớm tránh cứng khớp về sau. Nhờ sử dụng tối đa các vạt tại chỗ chúng tôi đã giảm bớt tỉ lệ ghép da, hạn chế nguy cơ co ngón tái phát khi thực hiện kỹ thuật này. Với những tổn thương mức độ thiếu tổ chức quá nhiều (trên 2 đốt), chỉ định ghép da được áp dụng cho tất cả các trường hợp.

V. KẾT LUẬN

Sẹo di chứng bỏng co ngón tay có hai hình thái tổn thương chính là sẹo dạng dải mảnh và sẹo dạng dính ở nhiều mức độ tổn thương khác nhau. Việc đánh giá đúng hình thái và mức độ tổn thương để từ đó đưa ra lựa chọn phương pháp tạo hình phù hợp giữa các loại vạt tại chỗ, ghép da giúp cải thiện tốt về mặt chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Tất Hùng**. 5 năm điều trị di chứng bỏng và

- phẫu thuật tạo hình tại Viện Bỏng Quốc Gia (1/1991 đến 12/1995). Thông tin bỏng. 1996:9-14.
- Nguyễn Vũ Hoàng, Trần Thiết Sơn, Nguyễn Bắc Hùng, Nguyễn Tiến Bình.** Tạo hình che phủ khuyết phần mềm trong vết thương ngón tay qua nhận xét 78 trường hợp lâm sàng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2004; 10:67-75.
 - Phạm Văn Phúc.** Các biến chứng của bỏng. Nhà xuất bản Y học; 1990.
 - Lister G.** The theory of the transposition flap and its practical application in the hand. Clin Plast Surg. 1981;8(1);115-127.

- McCauley RL.** Reconstruction of the pediatric burned hand. Hand Clin.2000;16(2):249-259.
- Vũ Thế Hùng.** Đánh giá kết quả sử dụng vật bên ngón IV trong điều trị sẹo co kéo ngón tay. Luận văn Thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội 2014.
- Danniel M.F.** The methods of repair. In: Plastic Surgery for Skin Defects. Vol 1.; 1972:1350-1307.
- Salam GA, Amin JP.** The basic Z-plasty. Am Fam Physician.2003;67(11):2329-2332.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TỔN KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BẰNG CÁC VẬT DA VÙNG TRÁN

Ngô Thế Mạnh*, Vũ Ngọc Lâm**, Lê Đức Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng tổn khuyết phần mũi được điều trị phẫu thuật bằng các vật da vùng trán. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 48 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi mức độ vừa và lớn được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108 từ năm 2014 – 2020. **Kết quả:** Trong nhóm NC nam chiếm tỷ lệ 54,20%, nhóm tuổi hay gặp nhất là >55 tuổi, chiếm tỷ lệ 50%. Hầu hết nguyên nhân tổn thương là sau cắt các tổn thương ác tính (58,3%). Hay gặp nhất là cánh mũi (54,2%), tổn thương lớn $\geq 2\text{cm}^2$ chiếm tỷ lệ 81,2%, tổn thương khuyết xuyên tổ chức chiếm tỷ lệ lớn nhất, với 25/48 BN. Hầu hết BN tổn thương 1 đơn vị giải phẫu vùng mũi, với 32/48 BN chiếm tỷ lệ 66,7%, mà là vị trí tổn thương kết hợp hay gặp nhất với 12/48 BN. **Kết luận:** Nguyên nhân tổn khuyết phần mềm mũi hiện nay thường gặp sau cắt bỏ khối ung thư, tổn thương rộng và xâm lấn sâu.

Từ khóa: Khuyết phần mềm vùng mũi

SUMMARY

EVALUATING THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF NASAL SOFT TISSUE DEFECTS WHICH WERE TREATED BY FOREHEAD FLAPS

Objective: To access the clinical characteristics of nasal soft tissue defects which were treated by forehead flaps. **Subjects and methods:** 48 patients with nasal soft tissue defects were hospitalized in the Departments of Maxillofacial and Plastic Surgery (in both two Military hospitals 108 and 103) within 2014-2020. **Results:** of these patients (54.20% male), the most common age group was > 55 y.o (50%). And

almost defects were the consequent of malignant maxillectomy (58.3%), and at nasal alar (54,2%). Large defects ($\geq 2\text{cm}^2$) were met in 81,2% patients, and full-thickness nasal defects were met in 25 of total 48 patients. Most patients (32/48,66.7%) were injured at one anatomical nasal unit and cheek area defects were the most combine injuries. **Conclusions:** Cause of nasal soft tissue defects often followed with malignant maxillectomy and the defect was large and deep.

Keywords: Nasal soft tissue defect

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi nằm ở tầng giữa mặt đóng vai trò quan trọng cả về chức năng cũng như thẩm mỹ. Về thẩm mỹ, mũi là bộ phận không thể thiếu tạo đường nét hài hòa của khuôn mặt. Tổn khuyết phần mềm mũi thường gặp do nhiều nguyên nhân như: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, sau phẫu thuật cắt bỏ khối u lành tính (u huyết quản, dị dạng mạch máu, u sắc tố...), u ác tính (ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào gai, ung thư hắc tố...), di chứng xạ trị hoặc do bẩm sinh. Những tổn khuyết này gây ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, chức năng và tâm lý. Vì vậy, việc phục hồi hình thể của mũi góp phần quan trọng vào việc nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp tạo hình khuyết phần mềm mũi như: khâu đóng trực tiếp, liền thương định hướng, ghép da, ghép phức hợp sụn vành tai, sử dụng các vật tại chỗ, sử dụng các vật lân cận, sử dụng các vật lân cận kết hợp với vật giải tổ chức và sử dụng các vật từ xa. Việc lựa chọn phương pháp kỹ thuật tạo hình nào cho phù hợp phụ thuộc vào vị trí, kích thước và tính chất của tổn khuyết. Nghiên cứu rõ đặc điểm lâm sàng tổn khuyết mũi giúp đưa ra kế hoạch điều trị đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

*Bệnh viện Quân y 103

**Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thế Mạnh

Email: ntmanhdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/12/2021

Ngày duyệt bài: 10/2/2022