

Vạt đùi trước ngoài phức hợp tự do trong tạo hình che phủ tổn khuyết phần mềm phức tạp cẳng bàn chân: Kết quả lâu dài vùng lấy vạt

Lê Hồng Phúc¹, Trần Thiết Sơn², Nguyễn Xuân Thùy³

(1) Bộ Môn Ngoại, Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Bộ Môn Phẫu thuật thực hành, Đại học Y Hà Nội

Khoa Phẫu Thuật Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Xanh Pôn, Hà Nội

(4) Bộ Môn Giải phẫu, Đại học Y Hà Nội;

Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Việt Đức

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, vạt đùi trước ngoài tự do phối hợp (phức hợp) với cân cơ cẳng đùi hoặc cơ rộng ngoài là một loại vạt mới ứng dụng trong thời gian gần đây có thể cung cấp vật liệu tạo hình rất tốt trong các tổn khuyết phức tạp cẳng- bàn chân phối hợp nhiều thành phần mô. Nghiên cứu này nhằm đánh giá cập nhật một cách có hệ thống biến chứng vùng lấy vạt, những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả vùng lấy vạt để từ đó áp dụng nâng cao hiệu quả điều trị vẫn là vấn đề quan trọng đặc biệt quan trọng trong ứng dụng tạo hình các tổn khuyết phần mềm cẳng- bàn chân bằng vạt đùi trước ngoài phức hợp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đánh giá kết quả vùng lấy vạt, nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu không đối chứng cho 32 bệnh nhân bị tổn khuyết phần mềm phức tạp do các nguyên nhân khác nhau ở vùng cẳng- bàn chân từ năm 2014-2019 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế được tạo hình bằng 33 vạt đùi trước ngoài phức hợp vi phẫu dưới các dạng khác nhau để tạo hình phục hồi cấu trúc giải phẫu- tạo hình độn hay che phủ bề mặt. Thăm khám đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng, sau 6 tháng đến 2 năm ở vùng lấy vạt về thẩm mỹ, chức năng; so sánh kết quả với kích thước vạt, loại hình vạt phẫu tích, hình thức đóng kính vùng lấy vạt so với chỉ số chu vi vòng đùi cùng bên. **Kết quả:** Trong 33 vạt phức hợp được sử dụng, chiều rộng vạt 1 so với chu vi vòng đùi dưới 20% có 27 trường hợp (81,8%), kích thước > 20% có 6 trường hợp (18,20%); trong đó vùng lấy vạt được đóng trực tiếp có 28 trường hợp, ghép da vùng lấy vạt có 5 trường hợp; so với chu vi vòng đùi tất cả trường hợp đóng trực tiếp đều có chỉ số chiều rộng vạt 1/ chu vi đùi (Rv1/Cđ) dưới 20%; và ngược lại trong các trường hợp chỉ số này lớn hơn 20% thì vùng lấy vạt đều phải ghép da với $p < 0,01$. Có 11/33 (33,33%) trường hợp ghi nhận có biến chứng, di chứng tại nơi cho vạt; trong đó dị cảm ở vùng cho vạt là biến chứng nhiều nhất có 8/33 trường hợp (24,24%), tiếp theo là biến chứng sẹo xấu vùng đùi 3/33 trường hợp (9,09%). **Kết luận:** Biến chứng vùng lấy vạt gặp 11/33 trường hợp chiếm 33,33%, trong đó nhiều nhất là dị cảm vùng lấy vạt. 8/33 trường hợp chiếm 24,24%. Tiếp đến là sẹo xấu vùng đùi 3/33 trường hợp chiếm 9,09%. Biến chứng liên quan với kích thước vạt lấy >20% chu vi vòng đùi ($p < 0,05$). Kết quả vùng lấy vạt được cải thiện theo thời gian.

Từ khóa: Vạt đùi trước ngoài tự do phức hợp, khuyết hổng phần mềm chi dưới, vùng cho vạt.

Abstract

Long-term donor-site morbidity in composite anterolateral thigh free flap for complex defect of lower leg and foot reconstruction

Le Hong Phuc¹, Tran Thiet Son², Nguyen Xuan Thuy³

(1) Dept. of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hanoi Medical University; Xanh Pon Hospital

(3) Hanoi Medical University; Viet Duc Hospital

Background: In recent years, the composite anterolateral thigh free flap with tensor fasciae latae or vastus lateralis has been a new-applied type of flap that can provide very good reconstruction materials in complex defects of lower leg and foot. The study purpose is to evaluate the systematically complications of donor site, related factors to results of the donor area, in order to apply the result to improve the treatment, which have not been much reported in literature. **Materials and Methods:** Systematic donor site morbidity evaluation in a prospective, uncontrolled clinical descriptive study of 33 composite anterolateral thigh free flaps in various

forms to reconstruct anatomical structures or to reconstruct deep defects combined with covering the surfaces for complex soft tissue defects in lower extremities for 32 patients due to different causes in lower leg and foot area from 2014-2019 at Hue University of Medicine and Pharmacy. Examining and evaluating aesthetic and functional result of donor-site 3 months and 6 months up to 2 year after surgery; evaluating the correlation between the width and the type of the flaps and donor site closure methods. **Result:** In 33 composite flaps used, flap width to thigh circumference less than 20% in 27 cases (81.8%), more than 20% in 6 cases (18.20%); There were 28 cases in which the donor site was directly closed, 5 cases required skin graft; All direct closed cases had flap width/ thigh circumference index below 20%; On the contrary, in cases having this index greater than 20%, the donor site required skin graft with $p < 0.01$. There are 11/33 (33.33%) of cases reported complications in donor site; lateral thigh paresthesia is the most complicated complication with 8/33 cases (24.24%), followed by bad scarring 3/33 cases (9.09%). **Conclusion:** Long term follow up donor site morbidity after composite anterior thigh free flap present 11/33 cases (33.33%): mostly complications of the donor site are thigh paresthesia with 8/33 cases (24.24%), and bad scarring 3/33 cases (9.09%), which improve time by time.

Keywords: Composite anterior thigh free flap, lower extremities soft tissue defect, donor site morbidity

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vạt đùi trước ngoài (ĐTĐN) là một trong những vạt động mạch xuyên được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi hiện nay [1], [2], [3], [4]. Song [3] và cộng sự cũng báo cáo mô tả vạt lần đầu tiên vào năm 1984 như một vạt dựa trên nhánh xuyên cân da xuất phát từ nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài để điều trị sẹo bỏng vùng đầu mặt cổ và vạt ngày càng được sử dụng rộng rãi hơn trong phẫu thuật tạo hình. Đặc biệt, vạt có rất nhiều ưu điểm là cuống mạch dài, khá hằng định, đường kính lòng mạch tương đối lớn và cho khối lượng tổ chức lớn lại ít di chứng nơi cho vạt. Do tính chất sử dụng linh hoạt của vạt, nên ngày càng được mở rộng chỉ định trong tạo hình khắp các vùng của cơ thể với chức năng che phủ, độn hoặc dựng hình tái tạo những cơ quan phức tạp với nhiều hình thức sử dụng linh hoạt khác nhau dưới dạng tự do kinh điển hoặc dưới dạng làm mỏng, dạng chùm hay phức hợp.

Đặc biệt, trong những năm gần đây, vạt đùi trước ngoài tự do phối hợp (phức hợp) với cân cơ căng đùi hoặc cơ rộng ngoài là một loại vạt mới ứng dụng trong thời gian gần đây có thể cung cấp vật liệu tạo hình rất tốt trong các tổn khuyết phức tạp cẳng bàn chân phối hợp nhiều thành phần mô [8], [9], [11]. Do đó, nghiên cứu đánh giá kết quả ứng dụng vạt này trong tạo hình cẳng bàn chân phức tạp; trong đó nghiên cứu đánh giá một cách có hệ thống biến chứng vùng lấy vạt, những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả vùng lấy vạt để từ đó áp dụng nâng cao hiệu quả điều trị vẫn là vấn đề quan trọng đặc biệt trong các trường hợp sử dụng vạt ĐTĐN dạng tự do phức hợp chưa được đánh giá nhiều trong các y văn.

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá một cách hệ thống kết quả vùng lấy vạt đùi trước ngoài phức hợp

tự do ở bệnh nhân tạo hình các khuyết hổng phần mềm phức tạp ở cẳng bàn chân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ năm 2014 đến năm 2017, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, 33 vạt đùi trước ngoài phức hợp vi phẫu dưới các dạng khác nhau để tạo hình phục hồi cấu trúc giải phẫu- tạo hình độn hay che phủ bề mặt cho các tổn khuyết phần mềm phức tạp ở chi dưới cho 32 bệnh nhân do các nguyên nhân khác nhau ở các vị trí vùng cẳng bàn chân. Sau phẫu thuật bệnh nhân được thăm khám đánh giá cập nhật biến chứng vùng lấy vạt từ năm 2017-2019; được thăm khám đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng, sau 6 tháng đến 2 năm (kết quả lâu dài) so sánh kết quả, sự cải thiện theo thời gian về thẩm mỹ, chức năng; so sánh kết quả với kích thước vạt, loại hình vạt phẫu tích, hình thức đóng kín vùng lấy vạt so với chỉ số chu vi vòng đùi cùng bên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu không đối chứng.

Dựa vào phiếu khảo sát, thăm khám đánh giá theo các chỉ số, phân tích kết quả theo các mốc thời gian:

- Các chỉ số thu thập trong mổ ở vùng lấy vạt:
 - + Chiều rộng lớn nhất của vạt da được lấy so với chu vi vòng đùi (tỷ lệ %)
 - + Loại vạt sử dụng
 - + Mục đích của tạo hình: phủ, độn cấu trúc sâu, tạo hình cấu trúc giải phẫu (gân,...)
 - + Phương pháp đóng kín vùng lấy vạt: đóng trực tiếp, ghép da...
 - Các chỉ số cần theo dõi đánh giá theo các mốc thời gian 3 tháng, 6 tháng cho đến 2 năm (kết quả lâu dài) ở vùng lấy vạt bao gồm: màu sắc, thẩm mỹ

sẹo vùng lấy vật, chức năng vùng lấy vật thông qua đánh giá hoạt động khớp háng, khớp gối.

+ Đánh giá kết quả biến chứng vùng lấy vật liên quan đến chỉ số loại vật sử dụng, kích thước (chiều rộng vật) so với chu vi vòng đùi, hình thức đóng vùng cho vật.

+ Sẹo vùng lấy vật: màu sắc, tính tương đồng, tính thẩm mỹ, sẹo có biến chứng hay không.

+ Đánh giá chức năng cơ vùng đùi bằng thăm khám biên độ vận động chủ động, thụ động các khớp, lên xuống cầu thang, ngồi xổm, cơ lực so với đùi bình thường, chu vi vòng đùi.

+ Đánh giá cảm giác chủ quan và thăm khám đánh giá tái phân bố, cảm giác hai điểm bằng dụng cụ đánh giá cảm giác.

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả xa đối với vùng lấy vật dựa vào tình trạng liền sẹo, chức năng và thẩm mỹ nơi cho vật và kết quả sẽ được chia thành 4 mức độ tốt, vừa, xấu và thất bại theo các mức độ:

Tốt: Nơi lấy vật sẹo mềm mại, thẩm mỹ màu sắc tương đồng, sức co cơ tứ đầu đùi khỏe, vận động khớp bình thường.

Khá: Nơi lấy vật sẹo giãn nhẹ nhưng mềm mại, màu sắc khá tương đồng, sức co cơ tứ đầu đùi khỏe, vận động các khớp bình thường.

Kém: Nơi lấy vật sẹo lồi, xấu, hoặc sức cơ tứ đầu đùi giảm, chức năng vùng khớp bị giảm nhẹ.

Thất bại: Nơi lấy vật sẹo lồi, xấu, hoặc sức cơ tứ đầu đùi giảm, chức năng vùng khớp bị ảnh hưởng.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm liên quan loại vật sử dụng

3.1.1. Sức sống của vật liên quan đến loại vật sử dụng

Bảng 1. Sức sống của vật phức hợp

Đặc điểm thành phần vật phức hợp	Vật sống tốt	Vật hoại tử một phần	Vật hoại tử toàn bộ	Cộng
Vật da cân	10	1	1	12
Vật da cơ	19	2	0	21
Cộng	29	3	1	33
Tỷ lệ %	96,97	9,09	3,03	100

Nhận xét: Trong 33 vật đùi trước ngoài tự do phức hợp để tạo hình cho 32 khuyết hổng phức tạp cẳng bàn chân của 32 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ vật sống hoàn toàn là 32 vật (96,97%), không có trường hợp nào bị hoại tử một phần, có 01 vật da cân bị hoại tử toàn bộ (3,03%).

3.1.2. Diễn biến tại nơi cho vật

Bảng 2. Diễn biến tại nơi cho vật phức hợp

Đặc điểm thành phần vật phức hợp	Liền da thì đầu	Nhiễm trùng nông	Cắt lọc ghép da bổ sung	Cộng
Vật da cân	11	0	1	12
Vật da cơ	19	2	0	21
Cộng	30	2	1	33
Tỷ lệ %	90,91%	6,06	3,03	100

Nhận xét: Trong 33 trường hợp, vùng lấy vật liền da thì đầu có 30 trường hợp (90,91%), trong 33 vật sử dụng có 21 vật phức hợp da cơ, 12 vật phức hợp da cân; 03 trường hợp có biến chứng cả hai nhóm trong đó có 2 trường hợp nhiễm trùng nông (6,06%) thì đều ở nhóm da cơ, có một trường hợp cắt lọc ghép da bổ sung (3,03%) ở nhóm da cân. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm vật phức hợp sử dụng.

3.1.3. Diễn biến tại nơi nhận vật

Bảng 3. Diễn biến tại nơi nhận vật

Loại vật phức hợp	Liền da thì đầu	Nhiễm trùng nông	Ghép da bổ sung	Vật hoại tử	Tỷ lệ (%)
Vật da cân	8	2	1	1	12
Vật da cơ	18	2	1	0	21

Cộng	26	4	2	1	33
Tỷ lệ %	78,79	12,12	6,06	3,03	100

Nhận xét: Trong 33 trường hợp, vùng nhận vết thương liền da kỳ đầu với 26 trường hợp (78,79%), có 7 trường hợp có biến chứng; trong đó có 4 trường hợp (12,12%) nhiễm trùng nông, có 2 trường hợp ghép da bổ sung (6,06%), 01 trường hợp vật da cân tạo hình bao khớp vật hoại tử hoàn toàn phải phẫu thuật lần hai.

3.2. Đặc điểm liên quan đến kích thước vật sử dụng

3.2.1. Đặc điểm liên quan đến kích thước vật sử dụng so với chu vi vòng đùi

Bảng 4. Đặc điểm về kích thước vật phủ so với chu vi vòng đùi (n = 33)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước rộng vật/ chu vi đùi	< 20%	28	84,8
	≥ 20%	5	15,2
Cộng		33	100

Nhận xét: Trong 33 vật phức hợp được sử dụng, chiều rộng vật so với chu vi vòng đùi dưới 20% có 28 trường hợp (84,8%), kích thước > 20% có 5 trường hợp (15,20%).

3.2.2. Đặc điểm về xử lý vùng lấy vật liên quan đến kích thước chiều rộng vật/chu vi vòng đùi

Bảng 5. Liên quan phương pháp đóng vùng lấy vật với kích thước chiều rộng vật/chu vi vòng đùi (Rv/Cđ) (n = 33)

Xử lý vùng lấy vật	Rv/Cđ < 20%		Rv/Cđ ≥ 20%		p
	n	%	n	%	
Đóng trực tiếp	28	100,00	0	0,00	< 0,01
Ghép da	0	0,00	5	100,00	

Nhận xét: Trong 33 trường hợp vùng lấy vật được đóng trực tiếp có 28 trường hợp, ghép da vùng lấy vật có 5 trường hợp; so với chu vi vòng đùi tất cả trường hợp đóng trực tiếp đều có chỉ số chiều rộng vật/chu vi đùi (Rv/Cđ) dưới 20%; và ngược lại trong các trường hợp chỉ số này lớn hơn 20% thì vùng lấy vật đều phải ghép da với p < 0,01.

3.3. Kết quả lâu dài vùng cho vật

3.3.1. Tình trạng nơi cho vật

Bảng 6. Biến chứng nơi cho vật ĐTN phức hợp (n=11/32)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng nơi cho vật	Dị cảm	8	25,00
	Sẹo xấu	3	9,37
	Hạn chế vận động	0	0,00
	Cộng	11	34,37

Nhận xét: Có 11/33 (33,33%) trường hợp ghi nhận có biến chứng, trong đó dị cảm ở vùng cho vật ghi nhận có 8/33 trường hợp (24,24%), sẹo xấu vùng đùi 3/33 trường hợp (9,09%).

3.3.2. Phân loại kết quả lâu dài liên quan vùng lấy vật

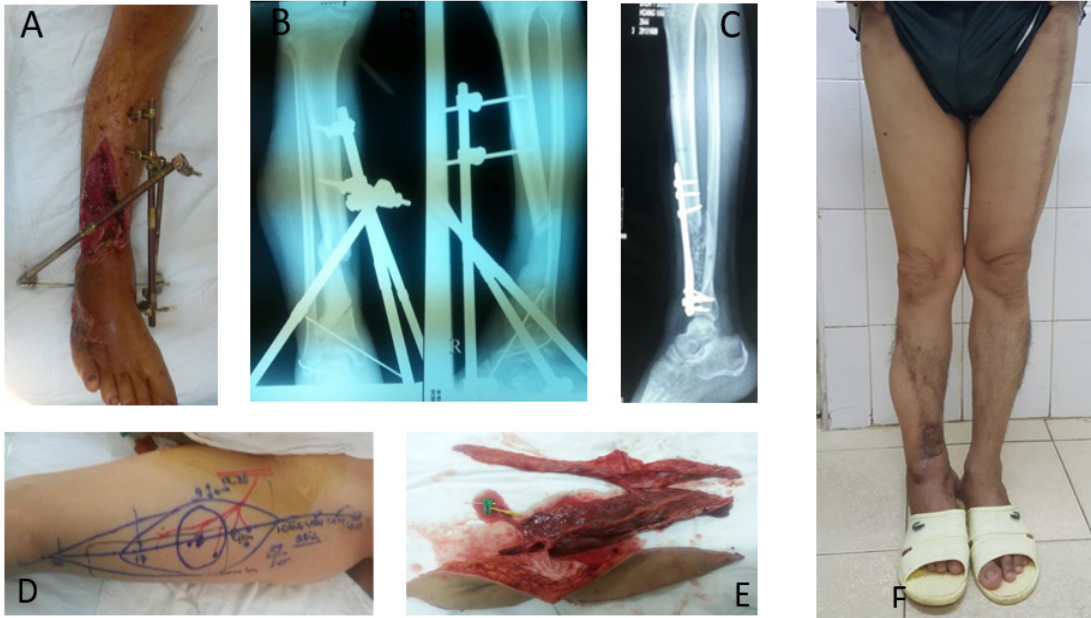
Bảng 7. Kết quả lâu dài vùng lấy vật sau tạo hình vật phức hợp

Kết quả lâu dài vùng lấy vật	Số lượng (n=32)	Tỷ lệ (%)
Tốt	22	66,67
Trung bình	8	24,24
Kém	3	9,09
Thất bại	0	0,00
Cộng	33	100

Nhận xét: trong 33 vùng lấy vạt, trên 32 bệnh nhân thực hiện tạo hình bằng vạt ĐTN, có 22 vùng cho vạt có kết quả tốt (66,67%), có 8 trường hợp kết quả trung bình (24,24%), có 3 trường hợp vùng lấy vạt có kết quả kém (9,09%), không có kết quả thất bại.

Một số hình ảnh minh họa:

Bệnh nhân 1: Nguyễn V T, 49 T, tổn khuyết phần mềm và xương sau gãy hở IIIB, tạo hình bằng vạt phức hợp, kết quả vùng lấy vạt tốt (Kết quả theo dõi sau 6 tháng)



A. gãy hở IIIB, B & C. Tạo hình khuyết xương bằng phương pháp kích thích tạo màng xương và ghép xương kinh điển, D. thiết kế vạt: ĐTN phối hợp cơ rộng ngoài, cân căng đùi, E. Vạt sau phẫu tích với 3 thành phần, F. Kết quả sau 6 tháng.

Bệnh nhân 2: Nguyễn Văn S, 62T, nam, tạo hình gân gót bằng vạt ĐTN phức hợp cân cơ căng đùi (dạng cuộn)

Gân Achilles mất bán phần sau cắt tổ chức Ung thư, B.Vạt ĐTN phức hợp với Cân cơ căng đùi sau phẫu tích, D. Vùng lấy vạt sau phẫu thuật 1 năm



4. BÀN LUẬN

Vật ĐTN phức hợp đã được nhiều tác giả nghiên cứu và sử dụng trong lâm sàng [4], [5], [8], [9], [16]. Tác giả Min Jae Lee, Hàn Quốc [9], 2012 đã ứng dụng vật đùi trước ngoài dưới dạng da cơ đã cho kết quả thành công trên 90%, so sánh với nhóm da cân thì nguy cơ thương tổn mạch xuyên thấp hơn tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm này. Tác giả Houtmeyers [8] đã sử dụng vật phức hợp ĐTN để tạo hình gân cho kết quả tốt về lâu dài. Trong báo cáo này chúng tôi đã sử dụng trong 33 trường hợp, vùng lấy vật liền da thì đầu có 30 trường hợp (90,91%), trong 33 vật sử dụng có 21 vật phức hợp da cơ, 12 vật phức hợp da cân; 03 trường hợp có biến chứng cả hai nhóm trong đó có 2 trường hợp nhiễm trùng nông (6,06%) thì đều ở nhóm da cơ, có một trường hợp cắt lọc ghép da bổ sung (3,03%) ở nhóm da cân. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm vật phức hợp sử dụng.

Nghiên cứu về lâu dài biến chứng vùng cho vật cũng đã được nhiều y văn tổng hợp [14], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23]. Về kết quả nơi cho vật và phân tích biến chứng:

Trong 33 trường hợp vùng lấy vật được đóng trực tiếp có 28 trường hợp, ghép da vùng lấy vật có 5 trường hợp; chiều rộng nhỏ nhất 5 cm, chiều rộng lớn nhất 18 cm, trung bình $7,64 \pm 2,32$; khi so sánh chiều rộng vật so với chu vi vòng đùi tất cả trường hợp đóng trực tiếp đều có chỉ số chiều rộng vật 1/ chu vi đùi (Rv1/Cđ) dưới 20%; và ngược lại trong các trường hợp chỉ số này lớn hơn 20% thì vùng lấy vật đều phải ghép da với $p < 0,01$. Như vậy, có thể cân nhắc khi sử dụng vật phủ có chiều rộng lớn hơn 20% kích thước chu vi vòng đùi vì có nguy cơ không đóng được vùng cho vật mà phải ghép da làm tăng nguy cơ biến chứng vùng lấy vật và thẩm mỹ không cao khi phải ghép da.

Kết quả tại nơi cho vật, trong 33 trường hợp, vùng nhận vật vết thương liền da kỳ đầu với 26 trường hợp (78,79%), có 7 trường hợp có biến chứng; trong đó có 4 trường hợp (12,12%) nhiễm trùng nông, có 2 trường hợp ghép da bổ sung (6,06%), 01 trường hợp vật da cân tạo hình bao khớp vật hoại tử hoàn toàn phải phẫu thuật lần hai. Kết quả chúng tôi tương đương với tác giả Dương Mạnh Chiến tạo hình cho 37 trường hợp kết quả liền thương nơi cho có 29 trường hợp liền thương thì đầu, 6 trường hợp liền thương thì 2 sau một thời gian chăm sóc, 2 trường hợp bị biến chứng nặng nơi cho là hoại tử một phần cơ đùi và chậm liền thương.

Về biến chứng hội chứng chèn ép khoang chúng tôi không gặp trường hợp nào, Addison (2008)[20], báo cáo 2 trường hợp sau lấy vật với chiều rộng 10

và 12 cm. Sau 3 - 5 ngày xuất hiện phỏng nước tại chỗ, đùi và cẳng chân nề, toác vết mổ, chảy dịch. Kiểm tra thấy một phần cơ rộng trong, cơ may, phần lớn cơ rộng ngoài và thẳng đùi hoại tử. Trong cả 2 trường hợp này đều không phát hiện được dấu hiệu sớm của hội chứng khoang là đau khi vận động chủ động hay thụ động do BN được giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng và nằm bất động tại giường.

Năm 2012, Collins và cộng sự [22], tổng hợp 42 bài báo có thông báo về các biến chứng nơi cho của vật ĐTN từ năm 1984 đến năm 2010. Với 2324 vật ĐTN được phẫu thuật, tác giả nhận thấy có các biến chứng tại nơi cho vật như sau: Hội chứng chèn ép khoang là 0,09%, hoại tử một phần cơ là 0,09%, máu tụ là 0,7%, nhiễm trùng vết mổ là 2,2%, sêrôma là 2,4%, đau tại nơi cho vật là 3,3%, sẹo lồi và phì đại là 4,8%, thoát vị cơ tứ đầu là 4,8% và giảm cảm giác ở mặt ngoài đùi là 24,0%. Đối với nghiên cứu chúng tôi, kết quả tương tự biến chứng hay gặp nhất cũng là nhóm rối loạn cảm giác tê bì vùng đùi cao nhất 8/32 trường hợp (25%).

Năm 2013, Agostini T [23], khi tìm hiểu về các biến chứng nơi cho thông qua tổng hợp y văn, tác giả thấy: biến chứng nơi cho vật ĐTN là không đáng kể, nếu có thì các biến chứng thường lên quan đến: Lấy vật da quá rộng > 12 cm; làm tổn thương nhánh thần kinh vận động; lấy nhiều cân cơ; cầm máu không kỹ. Từ đó, tác giả gợi ý để làm giảm các biến chứng thì cần cầm máu kỹ, nối lại các nhánh thần kinh vận động bị đứt, tránh làm tổn thương cơ thẳng đùi, không đóng vết mổ quá căng cần thiết ghép da dày toàn bộ. Đối với nhóm chúng tôi, liên quan đến xử lý vùng lấy vật khi CRv/CVĐ > 20% thì phải tiến hành ghép da 100%, điều này cũng giảm được các biến chứng liên quan đến chèn ép cơ, chèn ép khoang chúng tôi không gặp trường hợp nào.

Trong nghiên cứu chúng tôi, khi theo dõi kết quả xa nơi cho vật, có 11/33 (33,33%) trường hợp ghi nhận có biến chứng, di chứng tại nơi cho vật; trong đó dị cảm ở vùng cho vật ghi nhận có 8/33 trường hợp (24,24%), sẹo xấu vùng đùi 3/33 trường hợp (9,09%). Kết quả, tương tự ghi nhận các tác giả [22],[23].

5. KẾT LUẬN

Biến chứng vùng lấy vật gặp 11/33 trường hợp chiếm 33,33%, trong đó nhiều nhất là dị cảm vùng lấy vật là 8/33 trường hợp chiếm 24,24%. Tiếp đến là sẹo xấu vùng đùi 3/33 trường hợp chiếm 9,09%. Biến chứng liên quan với kích thước vật lấy > 20% chu vi vòng đùi ($p < 0,05$). Kết quả vùng lấy vật được cải thiện theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Việt Dung, Trần Thiết Sơn(2011), “Tính linh hoạt của vật đui trước ngoài trong phẫu thuật tạo hình”, *Y học Thực hành*, Số 8(777), tr 8-11.
2. Nguyễn Đình Minh, Trần Thiết Sơn(2010), “Tạo hình các khuyết phần mềm chi dưới bằng vật đui trước ngoài”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 2(274), tr432-435.
3. Chrisovalantis Lakhiani, Michael R. Lee, Michel Saint-Cyr(2012), “Vascular Anatomy of the Anterolateral Thigh Flap: A Systematic Review”, *Plastic and Reconstruction Surgery*, 130(6), pp. 1254-1268.
4. Houtmeyers Philippe et al(2012), “Reconstruction of the Achille Tendon and overlying Soft Tissue by Free Composite Anterolateral Thigh Flap with Vascularized Fascia Lata”, *Journal of Reconstr Microsurgery*, 28, pp. 205-210.
5. Lee Min Jae, Yun In Sik, Rah Dong Kyun, Lee Won Jai(2012), “Lower Extremity Reconstruction Using Vastus Lateralis Myocutaneous Flap versus Anterolateral Thigh Fasciocutaneous Flap”, *Arch Plast Surg*, 39, pp. 367-375.
6. Yur-Ren Kuo, Seng-Feng Jeng, Mei-Hui Kuo, Yi-Tien, Liu, Ping-Wen Lai(2002), “Versatility of the Free AnterolateralThigh Flap for Reconstruction of Soft-Tissue Defects: Review of 140 Cases”, *Annals of Plastic Surgery*, 48 (2), pp. 161-166.
7. Yur-Ren Kuo, Mei-Hui Kuo, Wen-Chieh Chou, Yi-Tien, Liu, Barbara S. Lutz, Seng-Feng Jeng(2003), “One-Stage Reconstruction of SoftTissue and Achilles Tendon DefectsUsing a Composite FreeAnterolateral Thigh Flap WithVascularized Fascia Lata: ClinicalExperience and FunctionalAssessment”, *Annals of Plastic Surgery*, 50 (2), pp. 149-155.
8. Fischer John P, Jason D Wink, Jonas A Nelson, Emily Cleveland, Ritwik Grover, Liza C Wu, L Scott Levin, Stephen J Kovach (2013). A Retrospective Review of Outcomes and Flap Selection in Free Tissue Transfers for Complex Lower Extremity Reconstruction. *J Reconstr Microsurg*; 29(6), 407-16.
9. Zheng X, Zheng C, Wang B et al (2016). Reconstruction of complex soft-tissue defects in the extremities with chimeric anterolateral thigh perforator flap. *international Journal of Surgery*, 26,25-31.
10. Philandrianos Cécile, Dominique Casanova, Paro J et al (2018). Soft Tissue Coverage in Distal Lower Extremity Open Fractures: Comparison of Free Anterolateral Thigh and Free Latissimus Dorsi Flaps. *J Reconstr Microsurg*, 34(2), 121-129.
11. Yildirim S, Gideroğlu K and Aköz T (2003). Anterolateral thigh flap: ideal free flap choice for lower extremity soft-tissue reconstruction. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 19(4), 225-233.
12. Abdelfattah Usama, Hyunsuk Peter Suh, Joon Pio Hong et al (2019). Algorithm for Free Perforator Flap Selection in Lower Extremity Reconstruction Based on 563 Cases. *Reconstr Surg*. 144(5), 1202-1213.
13. Lee J.C, St-Hilaire H, Christy M.R et al (2010). Anterolateral Thigh Flap for Trauma Reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, 64(2), 164-168.
14. Posch N.A.S, Mureau M.A.M, Flood S.J et al (2005). The combined free partial vastus lateralis with anterolateral thigh perforator flap reconstruction of extensive composite defects. *British Journal of Plastic Surgery*, 58(8), 1095-1103.
15. Yang W.G, Chiang Y.C, Wei F.C et al (2006). Thin Anterolateral Thigh Perforator Flap Using a Modified Perforator Microdissection Technique and Its Clinical Application for Foot Resurfacing. *Plast. Reconstr. Surg*, 117(3), 1004-1008.
16. Xie S, Deng X, Chen Y et al (2016). Reconstruction of foot and ankle defects with a superthin innervated anterolateral thigh perforator flap. *J Plast Surg Hand Surg*, 50(6), 367-374.
17. Hanasono M Matthew, Roman J Skoracki, Peirong Yu (2010). A Prospective Study of Donor-Site Morbidity After Anterolateral Thigh Fasciocutaneous and Myocutaneous Free Flap Harvest in 220 Patients. *Plast Reconstr Surg*. 125(1), 209-14.
18. Stranix T John, Zachary M Borab, Jamie P Levine et al (2018). Proximal Versus Distal Recipient Vessels in Lower Extremity Reconstruction: A Retrospective Series and Systematic Review. *Reconstr Microsurg*, 34(5), 334-340.
19. Schmidt Karsten, Michael Gregor Jakubietz, Fabian Gilbert et al (2019). Quality of Life After Flap Reconstruction of the Distal Lower Extremity: Is There a Difference Between a Pedicled Suralis Flap and a Free Anterior Lateral Thigh Flap?. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 7(4), 2114.
20. Addison P. D., Lannon D., Neligan P. C. (2008), “Compartment syndrome after closure of the anterolateral thigh flap donor site: a report of two cases”, *Ann Plast Surg*, 60, 635-638.
21. Townley W. A., Royston E. C., Karmiris N. (2011), “Critical assessment of the anterolateral thigh flap donor site”, *Journal of plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeon*, 64, 1621-1626.
22. Collins J., Ayeni O., Thoma A. (2012), “Asystematic review of anterolateral thigh flap donor site morbidity”, *Can J. Plast Surg.*, 20(1), 17-23.
23. Agostini T., Lazzeri D., Spinelli G. (2013), “Anterolateral thigh flap: Systematic literature review of specific donor-site complications and their management”, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 41, 15-21.