

KỸ THUẬT GHÉP DA DÀY TOÀN LỚP CẢI TIẾN ĐIỀU TRỊ SẸO DI CHỨNG BỎNG

LÊ QUỐC VƯƠNG, NGUYỄN MINH TÂM

Viện Bỏng Quốc gia

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân sẹo sau bỏng được phẫu thuật bằng phương pháp ghép da dày toàn lớp cải tiến tại Khoa Phẫu thuật tạo hình, Viện Bỏng Quốc gia từ tháng 6.2013 đến 6.2014, kết quả cho thấy: sẹo co kéo hay gập ở trẻ em và người lớn, ít gặp ở người già; tỷ lệ nam và nữ là tương đương; vị trí sẹo hay gập là bàn ngón tay, chiếm tỷ lệ 54,5%; thời gian từ lúc bị bỏng đến khi phẫu thuật thường là trước 12 tháng, chiếm tỷ lệ 56,3%; vị trí lấy da hay gập là bẹn đùi, chiếm tỷ lệ 90,9%. Phẫu thuật tiến hành trên 55 bệnh nhân đã đạt được những kết quả khả quan, mảnh da ghép sau phẫu thuật đạt kết quả tốt chiếm 94,5%, mảnh da ghép đạt kết quả trung bình chiếm 5,5%.

Từ khóa: ghép da dày toàn lớp, sẹo di chứng bỏng, phẫu thuật.

IMPROVEMENT OF FULL THICKNESS SKIN GRAFT FOR BURN SEQUELAE TREATMENT

Summary

A study on improvement of full thickness skin graft for burn sequelae treatment in 55 patients at Department of Plastic and Reconstructive Surgery, National Institute of Burns from 6.2013 to 6.2014 showed that the scar contractures were commonly seen in children and adults, less in the elderly; the proportions between men and women were equal; the common locations of scar contracture were on hands and fingers, with the percentage of 54.5%; it was often under 12 months from the time of being burned to the time of surgery, with the percentage of 56.3%; the common location of taking skin was at inguinal areas, accounting for 90.9%. Surgeries were performed on 55 patients with satisfactory results; the ratio of good skin grafts was 94.5%.

Keywords: full thickness skin graft, burn sequelae, surgery.

Đặt vấn đề

Ghép da được coi là một phát triển mở đầu cho thời kỳ phát triển của ngành phẫu thuật tạo hình hiện đại. Từ cuối thế kỷ XIX, da tự thân được coi là một chất liệu lý tưởng cho kỹ thuật ghép da nhờ khả năng dễ sống tại nơi nhận, nguồn cho mảnh ghép dồi dào và kỹ thuật khá đơn giản. Trên thế giới, kỹ thuật ghép da nói chung, ghép da dày toàn lớp nói riêng được áp dụng phổ biến trong các chuyên ngành ngoại khoa, bỏng và phẫu thuật tạo hình.

Hàng năm, Khoa Phẫu thuật tạo hình, Viện Bỏng Quốc gia thu dung và phẫu thuật cho khoảng 800-1.000 bệnh nhân bị sẹo di chứng bỏng, trong đó kỹ thuật ghép da dày toàn lớp kiểu Wolf-Krause (WK) chiếm tỷ lệ cao (40-70%). Đây là một phẫu thuật đơn giản, dễ tiến hành, không đòi hỏi nhiều về trang bị máy móc hiện đại cũng như tay nghề của phẫu thuật viên nhưng lại cho kết quả cao về chức năng và thẩm mỹ. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn còn bộc lộ một số hạn chế như: màu sắc mảnh da ghép chưa tương đồng với vùng da lành, gây co kéo thứ phát... Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật ghép da dày toàn lớp cải tiến điều trị sẹo di chứng bỏng nhằm mục đích sau: 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng sẹo di chứng bỏng; 2. Đánh giá khả năng bám sống và chất lượng mảnh da ghép về mặt chức năng, thẩm mỹ. Các kết quả nghiên cứu của đề tài sẽ là cơ sở khoa học nhằm hoàn thiện kỹ thuật ghép da dày toàn lớp, nâng cao kết quả điều trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 55 bệnh nhân từ 2 đến 56 tuổi, được điều trị tại Khoa Phẫu thuật tạo hình, Viện Bỏng Quốc gia, có chỉ định ghép da dày toàn lớp kiểu WK trong thời gian từ tháng 6.2013 đến tháng 6.2014. Các tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính nặng kèm theo; bệnh nhân không đồng ý hợp tác.

Phương pháp nghiên cứu (phương pháp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng có đối chứng)

Phương pháp ghép da dày toàn lớp kiểu WK cải tiến: 1) Chuẩn bị nền ghép: cắt sọ giải phóng tối đa co kéo (nếu có) tới lớp cân, cầm máu kỹ tạo nền ghép; đo diện tích khuyết da bằng tấm plastic trong suốt. 2) Lấy da ghép: theo diện tích khuyết da, thiết kế mảnh da ghép cần lấy; dùng dao mổ lấy toàn bộ lớp da gồm cả lớp mỡ hạ bì; cầm máu kỹ, đóng kín vùng lấy da bằng 2 lớp khâu: dưới da chỉ tiêu và lớp da chỉ nylon. 3) Xử trí mảnh da ghép: dùng kéo cắt bỏ gần hoàn toàn lớp mỡ, để lại một lớp mỡ mỏng (ghép da dày kinh điển là cắt bỏ toàn bộ lớp mỡ); ngâm rửa mảnh da bằng nước muối sinh lý. 4) Kỹ thuật ghép da: đặt mảnh da ghép lên nền ghép, khâu cố định mảnh da ghép bằng các mối rời chỉ nylon; bơm rửa sạch đảm bảo không có sợi tơ huyết dưới mảnh da ghép, thấm khô, đặt gạc buộc, băng ép mảnh ghép. 5) Chăm sóc mảnh ghép: thay băng kỳ đầu sau mổ một tuần, cắt chỉ 10-14 ngày sau mổ.

Các chỉ tiêu theo dõi lâm sàng: tuổi, tác nhân gây bỏng, vị trí sọ được phẫu thuật, đánh giá tình trạng mảnh da ghép, đánh giá chức năng và thẩm mỹ vùng da ghép. Đánh giá tình trạng bám sống của mảnh da ghép: mảnh da bám sống tốt (mảnh da bám sống gần như 100%, không phải ghép da bổ sung); mảnh da bám sống trung bình (mảnh ghép bám sống được, nhưng bị hoại tử lốm đốm, tự biểu mô được, không phải ghép da mảnh bổ sung); mảnh ghép bám sống kém (mảnh ghép bị hoại tử da ghép mà diện tích hoại tử > 30% diện tích mảnh da ghép, cần ghép da bổ sung). Chụp ảnh trước, trong và sau phẫu thuật, chụp ảnh mảnh ghép trước khi đặt vào nền ghép. Đánh giá về mặt chức năng và thẩm mỹ vùng da ghép: màu sắc mảnh da ghép sau phẫu thuật không bị thâm đen, màu da sáng tương xứng với màu sắc vùng da lành xung quanh; độ đàn hồi của mảnh da ghép sau phẫu thuật mềm mại, không có cảm giác căng tức, dùng động tác véo da đánh giá độ đàn hồi mảnh da ghép so với

vùng da lành xung quanh; chức năng vận động của vùng được ghép da sau phẫu thuật (bệnh nhân có thể thực hiện đầy đủ các động tác theo các chức năng vận động của các khớp).

Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lứa tuổi, giới tính của bệnh nhân (bảng 1):

Bảng 1: tuổi, giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

Lứa tuổi	Giới		Cộng	Tỷ lệ %
	Nam	Nữ		
Trẻ em	20	13	33	60
Người lớn	9	13	22	40
Cộng	29	26	55	100

Bảng 1 cho thấy, bệnh nhân bỏng có chỉ định ghép da dày toàn lớp kiểu WK thường gặp ở trẻ em và người lớn, ít gặp ở người già. Tỷ lệ nam và nữ là tương đương.

Đặc điểm tuổi sọ (bảng 2):

Bảng 2: tuổi sọ của bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi sọ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<6 tháng	12	21,8
6-12 tháng	19	34,5
1-2 năm	9	16,4
>2 năm	15	27,3

Bảng 2 cho thấy, thời gian từ lúc bị bỏng tới khi điều trị phẫu thuật thường gặp là trước một năm, chiếm tỷ lệ 56,3% (trong đó <6 tháng là 21,8%, 6-12 tháng là 34,5%).

Đặc điểm vị trí sọ của bệnh nhân (bảng 3):

Bảng 3: vị trí sọ của bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí sọ	Nhóm nghiên cứu (n=55)	
	Số lượng	%
Sọ cằm cổ	3	5,5
Sọ co kéo nách	1	2,0
Sọ ngực bụng	5	9,0
Sọ khuỷu tay	5	9,0
Sọ bàn, ngón tay	30	54,5
Sọ khoeo chân	1	2,0
Sọ cổ chân, mu, ngón chân	9	16,0
Sọ môi trên, mí mắt	1	2,0
Cộng	55	100,0

Bảng 3 cho thấy, vị trí sẹo hay gặp ở bàn tay, ngón tay (54,5%); cổ chân, mu, ngón chân (16%).

Vị trí lấy da

Vị trí hay lấy da nhất là vùng bẹn (theo nếp lằn bẹn) (bảng 4).

Bảng 4: vị trí lấy da của bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đùi	23	41,8
Bẹn	27	49,1
Bụng	1	1,8
Sườn bụng	4	7,3
Cộng	55	100,0

Đánh giá mảnh da ghép sau phẫu thuật (bảng 5)

Bảng 5: đánh giá mảnh da ghép sau phẫu thuật

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	51	94,5
Trung bình	4	5,5
Xấu	0	0,0
Cộng	55	100,0

Bảng 5 cho thấy, da ghép sống tốt chiếm tỷ lệ 94,5%, da ghép sống trung bình chiếm 5,5%.

Đánh giá kết quả mảnh da ghép sau phẫu thuật từ 6 tháng đến 1 năm (bảng 6)

Bảng 6: đánh giá kết quả mảnh da ghép sau phẫu thuật từ 6 tháng đến 1 năm

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	30	96,7
Trung bình	1	3,3
Xấu	0	0,0
Cộng	31	100,0

Bảng 6 cho thấy, bệnh nhân sau khi ra viện 6 tháng quay lại Khoa tái khám có chất lượng mảnh da ghép rất tốt, màu sắc mảnh da ghép tương đồng với vùng da lành xung quanh, không bị co kéo thứ phát (chiếm tỷ lệ 96,7%).



Bệnh nhân Nguyễn Đức C (5 tuổi) trước và sau phẫu thuật 6 tháng



Bệnh nhân Đặng Huỳnh D (43 tuổi), trước và sau phẫu thuật 6 tháng

Bàn luận: bỏng là tai nạn thường gặp, để lại nhiều hậu quả nặng nề về chức năng thẩm mỹ và gây ảnh hưởng tâm lý với nạn nhân, gia đình và xã hội. Đối tượng có nguy cơ cao nhất bị bỏng chính là trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi, vì lứa tuổi này hay hoạt động, tò mò và chưa hiểu biết các điều nguy hiểm, đồng thời các động tác chi cũng chưa được điều chỉnh thành thục và việc trông nom của gia đình cũng thiếu chu đáo. Theo GS Lê Thế Trung, ở nước ta số trẻ em bị bỏng từ 38,6-65,8% trong tổng số người bị bỏng đến điều trị tại các bệnh viện. Trong số này, các cháu trai chiếm 60,3%, cháu gái chiếm 39,7%. Các tác nhân gây bỏng chủ yếu là: bỏng do nhiệt (thường gặp nhất, gồm nhiệt ứốt và nhiệt khô), bỏng do dòng điện và bỏng hóa chất; trong đó tác nhân để lại di chứng sẹo co kéo thường gặp nhất là bỏng nhiệt ứốt (67-70%). Có nhiều phương pháp điều trị sẹo bỏng, mỗi phương pháp đều có ưu, nhược điểm riêng, được chỉ định tùy từng trường hợp cụ thể. Tuy nhiên, hiện nay phẫu thuật vẫn đóng vai trò chủ yếu trong điều trị di chứng bỏng, nhất là điều trị sẹo co kéo và các biến dạng. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, thời gian tối thiểu để sẹo ổn định là 6 tháng và càng để lâu thì sẹo càng dần ổn định hơn. Do đó, nhiều tác giả khuyên sau 6 tháng mới mổ sẹo di chứng bỏng. Nghiên cứu cho thấy, trước 18 tháng là thời gian điều trị tốt nhất vì sẹo ổn định, chưa biến dạng nhiều, từ 18-36 tháng là thời gian điều trị còn thuận lợi (sẹo đã gây biến dạng nhưng chưa ảnh hưởng nhiều đến gân, cơ, khớp). Trên 3 năm là thời gian sẹo biến dạng nhiều cả gân, cơ, khớp, gây khó khăn cho công tác điều trị phục hồi. Theo chúng tôi, đối với sẹo di chứng bỏng vùng bàn ngón tay, nhất là sẹo co kéo, biến dạng thì nên chỉ định mổ sớm, không cần chờ đến sau 6 tháng, vì càng để lâu các cấu trúc khớp nhỏ ở bàn tay sẽ bị co rút thực thể, thậm chí bị trật hay bán sai khớp, các gân của bàn tay cũng có thể bị thương tổn do bỏng hoặc dính thứ phát ở tư thế bàn ngón tay bị co rút. Như vậy, mổ sớm sẽ giúp giảm bớt tổn thương các cấu trúc ở sâu như mạch máu, mặt khớp, gân, cơ.

Phẫu thuật ghép da dày toàn lớp kiểu WK là phẫu thuật đầu tay của các nhà tạo hình điều trị sẹo sau bỏng. Phương pháp này đã giải quyết phần lớn các trường hợp sẹo co kéo sau bỏng. Tuy nhiên, qua theo dõi thấy một số trường hợp màu sắc mảnh ghép bị đậm màu và một số bị co kéo thứ phát. Sở dĩ có những hạn chế trên là vì trong ghép da dày toàn lớp kinh điển, mảnh da ghép được cắt bỏ toàn bộ lớp mỡ và nhiều khi cắt phạm vào lớp trung bì, dẫn đến mảnh da ghép không còn giữ được toàn bộ lớp trung bì. Để khắc phục những nhược điểm này, chúng tôi đã cải tiến phương pháp ghép da dày bằng cách để lại một lớp mỡ mỏng hạ bì. Điều này cho phép bảo tồn lớp cân nông và trung bì để sau khi bám sống mảnh da vẫn giữ nguyên được toàn bộ lớp da, giúp cho mảnh da ghép mềm mại, giảm co kéo thứ phát và đảm bảo về mặt chức năng và thẩm mỹ.

Kết luận và kiến nghị

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân sẹo sau bỏng được phẫu thuật bằng phương pháp ghép da dày toàn lớp cải tiến tại Khoa Phẫu thuật tạo hình, Viện Bỏng Quốc gia từ tháng 6.2013 đến 6.2014, cho phép rút ra một số kết luận sau:

Một số đặc điểm lâm sàng sẹo di chứng bỏng

Sẹo co kéo hay gặp ở trẻ em và người lớn, ít gặp ở người già. Tỷ lệ nam và nữ là tương đương. Vị trí sẹo hay gặp là bàn ngón tay, chiếm tỷ lệ 54,5%. Phẫu thuật tiến hành trên 55 bệnh nhân đã đạt được những kết quả khả quan, mảnh da ghép sau phẫu thuật đạt kết quả tốt chiếm 94,5%, mảnh da ghép đạt kết quả trung bình chiếm 5,5%. Thời gian từ lúc bị bỏng đến khi phẫu thuật thường là trước 12 tháng, chiếm tỷ lệ 56,3%. Vị trí vùng lấy da hay gặp là bẹn đùi, chiếm tỷ lệ 90,9%.

Đánh giá khả năng bám sống và chất lượng mảnh da ghép về mặt chức năng, thẩm mỹ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mảnh da ghép dày toàn lớp cải tiến có tỷ lệ bám sống tốt đạt 94,5%. Màu sắc mảnh da ghép tương đối hòa đồng với vùng da lành xung quanh. Mảnh da ghép mềm mại, đàn hồi tốt và hầu như không có co kéo tái phát.

Kiến nghị: những bệnh nhân bỏng vùng bàn ngón tay, ngón chân cần được chú trọng tiến hành thăm khám, phẫu thuật sớm, không cần phải chờ sau 6 tháng cho sẹo ổn định. Bên cạnh đó, cần kết hợp tập vận động và đặt nẹp sớm để giảm mức độ co kéo biến dạng.

Để nâng cao chất lượng điều trị tốt hơn nữa, cần có các công trình nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này ✍

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hồng Đạo (1998), Vài số liệu qua 125 trường hợp phẫu thuật tạo hình di chứng sẹo bỏng và vết thương khác tại tuyến y tế cơ sở, Y học thảm họa và Bỏng, số 2, tập 1, tr. 69-72.
2. Đặng Tất Hùng (1995), 5 năm điều trị di chứng bỏng và phẫu thuật tạo hình tại Viện Bỏng Quốc gia từ 1.1991-1995, Thông tin bỏng, tr. 9-14.
3. Đặng Tất Hùng, Nguyễn Minh Tâm (1997), Nẹp cố định sau phẫu thuật điều trị sẹo dính và co kéo ở bệnh nhân di chứng bỏng, Thông tin Bỏng, số 1, tr. 10-11.
4. Nguyễn Huy Phan (1994), Sẹo phì đại và sẹo lõm, Bách khoa thư bệnh học, tập 2, tr. 358-362.
5. Trần Thiết Sơn (2005), Bỏng và di chứng bỏng - Phẫu thuật tạo hình, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 125-128.
6. Trần Thiết Sơn (2005), Kỹ thuật ghép da - Phẫu thuật tạo hình, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 72-78.
7. Lê Thế Trung (2003), Bỏng - những kiến thức chuyên ngành, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Đỗ Lương Tuấn (1995), Một số nhận xét về 201 trường hợp phẫu thuật điều trị di chứng bỏng tại Viện Bỏng Quốc gia, Thông tin Bỏng, tr. 34-37.
9. Lê Gia Vinh (2005), Sẹo lõm và sẹo phì đại - Phẫu thuật tạo hình, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 121-124.
10. Edmund Jr.M.D., May, James W.Jr.M.D. (1989), Historical Review and Present Status of Free Fat Graft Autotransplantation in Plastic and Reconstructive Surgery, Plastic and Reconstructive surgery, volume 83, issue 2, pp. 368-281.
11. Hugo A. Linares (1993), Historical Notes on the use of pressure in the treatment of hypertrophic scars ô keloid, Burn, pp. 17-21.
12. Jack C. Fisher (2002), Skin Grafting, Geograde Plastic, Maxillofacial and Reconstructive surgery (third edition), William & Wilkins, pp. 13-18.
13. Ketchum L.D. et al (1989), Hypertrophic scar and keloid: collective review, Plastic and Reconstructive surgery, pp. 140-154.
14. Little J. William (2002), Applications of the classic dermal fat graft in primary and secondary facial rejuvenation, Plastic and Reconstructive surgery, volume 109, issue 2, pp. 788-804.
15. Mackay D.R., Manders E.K., Saggars G.C., Schenden M.J., Zaino R. (1993), The Fate of Dermal and Dermal-Fat Grafts, Annals of Plastic Surgery, volume 31, issue 1, pp. 42-46.
16. Ogawa R. et al (2010), Color Atlas of Burn Reconstructive Surgery, pp. 48-49.
17. Robert A. Brenner (2002), Types of scar, Burn rehabilitation and Reconstructive, pp. 19.
18. Sandy S. Tsao et al (2002), Keloid, Hypertrophic, Atrophic and Acne Scars, Cosmetic surgery, W.B. Saunders company, pp. 433-459.