

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CHE PHỦ KHUYẾT PHẦN MỀM MU CHÂN BẰNG GHEP DA TỰ THÂN

Trần Thiết Sơn^{1,2} và Phùng Minh Hiền^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu tiến hành trên 35 bệnh nhân có tổn khuyết phần mềm vùng mu chân được ghép da tự thân tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2023 đến 03/2025 nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật. Có 25 ca ghép da dày và 10 ca ghép da xẻ đôi, với nguyên nhân tổn thương chủ yếu do rắn cắn và nhiễm trùng. Diện tích tổn khuyết trung bình lớn hơn ở nhóm ghép da xẻ đôi. Sau thời gian chuẩn bị nền nhận trung bình 9,3 ngày, 97,1% bệnh nhân đạt kết quả gần tốt, không cần ghép bổ sung. Kết quả xa ghi nhận 34 bệnh nhân phục hồi vận động tốt, 54,3% đạt mức phục hồi cảm giác S3-S4, không có trường hợp mất cảm giác. Liên thương bình thường vùng ghép da đạt 77,1%, và mức độ hài lòng thẩm mỹ cao hơn ở nhóm ghép da dày (80%) so với nhóm ghép da xẻ đôi (50%). Ghép da tự thân cho kết quả khả quan về chức năng và thẩm mỹ, với tỷ lệ phục hồi cao, biến chứng thấp, đặc biệt hiệu quả hơn khi sử dụng ghép da dày.

Từ khóa: Ghép da, mu chân, rắn cắn, kết quả chức năng và thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Da và mô dưới da mỏng và lỏng lẻo ở vùng mu bàn chân, khi xuất hiện tổn thương phần mềm tại khu vực này, phẫu thuật tái tạo cần đặc biệt lưu ý đến hình dáng và đường viền mu chân, bởi sự thay đổi quá mức có thể ảnh hưởng đến chức năng vận động cũng như yếu tố thẩm mỹ của bàn chân.¹ Trong thực hành lâm sàng, các phương pháp tái tạo khuyết phần mềm mu chân phổ biến bao gồm ghép da và sử dụng vật tổ chức. Trong đó, ghép da tự thân, nhờ ưu điểm đơn giản, ít xâm lấn và phù hợp với đường viền mu chân, thường được lựa chọn để che phủ các khuyết hổng nông tại bàn chân.² Theo thống kê tại hai trung tâm phẫu thuật tạo hình lớn tại Việt Nam (2016 - 2022), trong số 163 trường hợp khuyết phần mềm vùng cổ và mu bàn chân, có tới 74 ca (khoảng

45%) được điều trị bằng phương pháp ghép da tự thân.³ Tuy nhiên, bên cạnh hiệu quả che phủ tổn thương và giúp liền thương nhanh, phương pháp này vẫn tiềm ẩn một số biến chứng muộn như: co kéo ngón chân, hạn chế vận động cổ chân, sẹo quá phát, sẹo lồi hoặc trượt loét tái phát - đặc biệt trong các trường hợp ghép da trên nền màng gân.^{1,4} Gần đây, việc áp dụng cả hai kỹ thuật ghép da xẻ đôi và ghép da dày tại các cơ sở điều trị trong nước đã cho thấy nhiều cải tiến trong phục hồi chức năng và thẩm mỹ.⁵ Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn thiếu các nghiên cứu mô tả chi tiết kết quả xa của ghép da vùng mu bàn chân, bao gồm đánh giá vận động, cảm giác, màu sắc da ghép, mức độ liền thương cũng như sự hài lòng thẩm mỹ của bệnh nhân. Từ thực tiễn lâm sàng chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả gần và xa của ghép da tự thân vùng mu chân, qua đó góp phần làm rõ hiệu quả của từng phương pháp và lựa chọn kỹ thuật phù hợp trong điều trị tổn khuyết phần mềm mu chân.

Tác giả liên hệ: Phùng Minh Hiền

Trường đại học Y Hà Nội

Email: pmhien98@gmail.com

Ngày nhận: 31/03/2025

Ngày được chấp nhận: 11/05/2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân với chẩn đoán khuyết phần mềm mu chân điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch Mai, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, ảnh chụp tổn thương và ảnh theo dõi sau mổ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những bệnh nhân khuyết phần mềm vùng mu chân có nền cấp máu tốt, không lộ gân và xương bàn chân, không có tổn thương gân và xương kèm theo.

- Chấp thuận tham gia nghiên cứu bằng văn bản.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có vấn đề về tâm thần kinh không hợp tác trong quá trình theo dõi và điều trị.

- Bệnh nhân hồi cứu hồ sơ bệnh án không đủ thông tin, không lưu trữ ảnh trước mổ và ngay sau mổ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả chùm ca bệnh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 03/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Mẫu thuận tiện.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Bệnh nhân được thu thập các số liệu về đặc điểm chung (tuổi, giới) và các đặc điểm lâm sàng của tổn thương (vị trí, kích thước, tính chất, thời gian) ngay sau mổ và sau ít nhất 6 tháng.

Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, mã hóa, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Chỉ định phương pháp ghép da:

Ghép da dày được lựa chọn cho tổn khuyết vừa và nhỏ, chiều rộng tổn khuyết dưới 6cm, mô mềm tổ chức hạt mọc tốt, yêu cầu tính thẩm mỹ cao.

Ghép da xẻ đôi được chỉ định khi không đủ điều kiện ghép da dày, tổ chức hạt mọc kém, ưu tiên lành thương.

Quy trình phẫu thuật

Khi tình trạng toàn thân của bệnh nhân được điều trị ổn định cũng như tổn thương tại chỗ không lan rộng thêm, chúng tôi tiến hành can thiệp ngoại khoa theo hai thì:

Thì 1: Cắt lọc tổ chức hoại tử da và lớp mỡ dưới da, tổ chức gân mắt màng gân, (nếu có), sau đó tổn khuyết được băng vô khuẩn. Tiến hành thay băng chăm sóc tại chỗ tổn khuyết.

Thì 2: Sau khi nền nhận mọc tổ chức hạt tốt, tiến hành ghép da dày hoặc ghép da xẻ đôi lên tổn khuyết, da ghép được đục lỗ nhỏ để thoát dịch, Da ghép được cố định bằng gối gạc và bất động bằng nẹp bột hoặc nẹp orbe trong 5 - 7 ngày.

Theo dõi đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

- Kết quả gần: Kết quả gần khi bệnh nhân ra viện, theo các mức độ như sau:

+ Tốt: Da ghép bám hoàn toàn, liền các vết mổ kỳ đầu.

+ Khá: Da ghép bị bong một phần, tổn thương nhiễm khuẩn nông, không cần phẫu thuật bổ sung.

+ Trung bình: Da ghép bị bong một phần, tổn thương viêm rò kéo dài, cần phẫu thuật bổ sung.

+ Kém: Da ghép chết hoàn toàn phải lấy bỏ, phải tạo hình lại bằng phương pháp khác thay thế.

- Kết quả xa: Sau ít nhất 6 tháng.

Đánh giá chức năng bàn chân dựa vào biên độ chuyển động dọc của bàn chân (tổng biên độ gấp mu chân và gấp gan chân) và khả năng đi lại.

Biên độ chuyển động dọc của bàn chân chia thành 3 mức độ:

Bình thường – hạn chế ít: biên độ chuyển động trên 30 độ.

Hạn chế một phần: biên độ chuyển động từ 15 - 29 độ.

Hạn chế nhiều: biên độ chuyển động dưới 15 độ.

Khả năng đi lại chia thành 3 mức độ:

Không hạn chế: Không khó khăn với bất kì bề mặt nào.

Hạn chế một phần: Khó khăn một phần với địa hình không bằng phẳng, bậc thang, đường dốc.

Hạn chế nhiều: Rất khó khăn với địa hình không bằng phẳng, bậc thang, đường dốc.⁶

Đánh giá sự phục hồi cảm giác nơi nhận da ghép dựa theo phân loại của British Medical Research Council.

Bảng 1. Đánh giá sự phục hồi cảm giác nơi nhận da ghép theo phân loại của British Medical Research Council⁷

Phân độ	Đặc điểm lâm sàng
S0	Không có cảm giác
S1	Cảm giác đau sâu
S2	Cảm giác đau nông đi kèm một phần cảm giác sờ chạm
S2+	S2 và không đi kèm tăng cảm giác
S3	S2 và cảm giác phân biệt 2 điểm
S4	Cảm giác bình thường

Chia thành 4 mức độ phục hồi bao gồm: Tốt (S3, S4), Khá (S2, S2+), Trung bình (S1), Kém (S0).⁷

Đánh giá thẩm mỹ nơi cho da ghép và nơi nhận da ghép bằng qua các tiêu chí gồm: liền thương nơi cho da ghép, liền thương nơi nhận da ghép, màu sắc da ghép, và bệnh nhân tự đánh giá tính thẩm mỹ.⁸

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phục vụ cho phân tích số liệu, không ảnh hưởng đến bất kì quá trình theo dõi và điều trị bệnh nào của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	Giá trị
Tổng số bệnh nhân	35
Tuổi trung bình	47,2 tuổi
Thời gian theo dõi trung bình	13,6 tháng
Nguyên nhân tổn thương	Rắn cắn (51,4%), nhiễm trùng (37,1%), khác (chấn thương, cắt sọ, tophi)
Kích thước tổn khuyết trung bình	9,1 ± 4,2cm (dài); 5,4 ± 2,4 cm (rộng)

Đặc điểm	Giá trị
Diện tích tổn khuyết trung bình	Ghép da dày: 47,1cm ² ; Ghép da xẻ đôi: 84,9cm ²
Phương pháp ghép	25 ca ghép da dày, 10 ca ghép da xẻ đôi
Ghép da sau cắt lọc	29/35 bệnh nhân
Thời gian chuẩn bị nền nhận	9,3 ngày

Nghiên cứu trên 35 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 47,2 tuổi, với độ tuổi cao nhất là 88 và độ tuổi thấp nhất là 4. Thời gian theo dõi trung bình là 13,6 tháng, trong đó thời gian dài nhất là 22 tháng và thời gian ngắn nhất là 6 tháng. Tổn khuyết chủ yếu

do rấn cắn (51,4%) và nhiễm trùng (37,1%), với diện tích trung bình nhỏ hơn ở nhóm ghép da dày (47,1cm²) so với ghép da xẻ đôi (84,9cm²).

Kết quả gần: có 34 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 01 bệnh nhân đạt kết quả khá, không có bệnh nhân nào cần ghép da bổ sung.



**Hình 1. Bệnh nhân nam nhiễm trùng mu chân do gai cá đâm.
Bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử và ghép da xẻ đôi**

Hình A: Tổn khuyết mu chân trái sau phẫu thuật cắt lọc. Hình B: Hình ảnh sau phẫu thuật ghép da xẻ đôi. Hình C: Kết quả sau ghép da

xẻ đôi 14 ngày, da ghép sống hoàn toàn. Hình D: Kết quả sau ghép da xẻ đôi 6 tháng. Hình E: Liên thương nơi cho da ghép ở đùi trái

Bảng 2. Phục hồi chức năng và thẩm mỹ bàn chân chia theo nhóm ghép da dày và ghép da xẻ đôi

Chỉ số	Ghép da dày (n = 25)	Ghép da xẻ đôi (n = 10)
Biên độ chuyển động dọc bàn chân trung bình	55,2 độ	48 độ
Phục hồi khả năng đi lại	24 ca không hạn chế 1 ca hạn chế một phần	6 ca không hạn chế 4 ca hạn chế một phần
Phục hồi cảm giác	13 ca phục hồi tốt 9 ca phục hồi khá 3 ca phục hồi trung bình	6 ca phục hồi tốt 3 ca phục hồi khá 1 ca phục hồi trung bình
Màu sắc da ghép	12 ca đồng màu; 12 ca tăng sắc tố; 01 ca giảm sắc tố	8 ca đồng màu; 2 ca tăng sắc tố
Liên thương nơi lấy da ghép	21 ca liên thương bình thường; 4 ca sẹo lõm- sẹo quá phát	1 ca bình thường; 7 ca tăng sắc tố; 1 ca sẹo lõm- sẹo quá phát; 1 ca chậm liền
Liên thương nơi nhận da ghép	19 ca bình thường, 6 ca sẹo lõm- sẹo quá phát	8 ca bình thường; 1 ca sẹo lõm- sẹo quá phát; 1 ca chậm liền
Tự đánh giá thẩm mỹ	80% tốt; 20% trung bình	50% tốt; 50% trung bình

Kết quả xa: phục hồi vận động bàn chân có biên độ chuyển động dọc trung bình bàn chân của cả 2 nhóm phương pháp là 54,9 độ, trong đó chỉ 01/35 bệnh nhân có mức hạn chế một phần và không bệnh nhân nào ở mức hạn chế nhiều. Trong nhóm bệnh nhân ghép da dày có 24/25 bệnh nhân phục hồi khả năng đi lại không hạn chế, trong khi chỉ có 6/10 bệnh nhân ở nhóm ghép da xẻ đôi đạt được kết quả tương tự. Phục hồi cảm giác da ghép có 22/25 bệnh nhân phục hồi ở mức độ khá trở lên ở nhóm ghép da dày và 9/10 bệnh nhân với nhóm ghép da xẻ đôi. Về màu sắc da ghép, nhóm ghép da dày đạt kết quả với 12/25 bệnh nhân có màu da ghép đồng màu, trong khi nhóm ghép da xẻ đôi có tỷ lệ cao hơn, với 8/10 bệnh nhân có màu

da ghép đồng màu. Đặc điểm liên thương tại nơi lấy da cho thấy nhóm ghép da dày có tỷ lệ lành thương bình thường cao hơn, với 21/25 bệnh nhân lành thương bình thường và chỉ 4/25 bệnh nhân có biến chứng. Trong khi đó, nhóm ghép da xẻ đôi chỉ có 1 bệnh nhân lành thương bình thường, còn lại những vấn đề như tăng sắc tố, sẹo lõm- sẹo quá phát và chậm liền. Tại nơi nhận da ghép, nhóm ghép da dày có tỷ lệ liền thương bình thường (19/25 bệnh nhân) cao hơn tỷ lệ liền thương bình thường của nhóm ghép da xẻ đôi (6/10 bệnh nhân), tuy nhiên có tỷ lệ về sẹo lõm- sẹo quá phát cao hơn ở nhóm ghép da dày (6/25 bệnh nhân) so với nhóm ghép da xẻ đôi (1/10 bệnh nhân). Về tự đánh giá thẩm mỹ của bệnh nhân, nhóm ghép da dày

đạt tỷ lệ đánh giá thẩm mỹ tốt ở mức 80%, cao hơn nhóm ghép da xẻ đôi có 50% bệnh nhân đánh giá thẩm mỹ tốt.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân gây tổn thương được ghi nhận nhiều nhất là do rấn cắn (51,4%), tiếp đến là nhiễm trùng (37,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân tổn thương do rấn cắn chiếm tỉ lệ cao nhất, cho thấy đây là nguyên nhân nổi bật tại khoa phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ Bệnh viện Bạch Mai do Trung tâm chống độc thuộc Bệnh viện Bạch Mai thường xuyên tiếp nhận bệnh nhân bị rấn cắn.

Chức năng vận động sau ghép da được hồi phục tốt: 34/35 bệnh nhân có biên độ vận động bình thường – hạn chế ít; chỉ 1 trường hợp hạn chế một phần, không có ai hạn chế nhiều. Khả năng đi lại đạt mức không hạn chế ở 30 bệnh nhân, 5 bệnh nhân ở mức hạn chế một phần. Trong số 5 bệnh nhân đạt mức phục hồi khả năng đi lại hạn chế một phần có 4/5 bệnh nhân thực hiện ghép da mỏng, chỉ có 1 bệnh nhân thực hiện ghép da dày. Điều này có thể liên quan đến yếu tố khác ngoài độ dày của da như vấn đề tạo sẹo. Da mỏng có nhược điểm tạo sẹo co kéo hơn so với da dày, dẫn đến nguy cơ tạo sẹo co rút gân, ảnh hưởng đến khả năng vận động của bệnh nhân. Cấu trúc da ghép hồi phục cảm giác tốt, với 19 bệnh nhân đạt mức S3-S4; 12 trường hợp S2, S2+ và 4 bệnh nhân mức S1, không ghi nhận trường hợp nào không hồi phục cảm giác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân ghép da mu chân đạt được phục hồi vận động tốt với biên độ chuyển động dọc bàn chân trung bình 54,9°, 97,1% bệnh nhân đi lại không hạn chế hoặc hạn chế rất ít. Tỷ lệ phục hồi cảm giác mức S3–S4 chiếm hơn một nửa, và không ghi nhận trường hợp mất cảm giác hoàn toàn.

Biến chứng sau ghép được ghi nhận ở mức độ thấp. Tại nơi nhận da ghép, chủ yếu là sẹo

lồi- sẹo quá phát (7 trường hợp), chỉ 1 trường hợp chậm liền, trong đó liền thương bình thường ở nhóm ghép da dày cao hơn nhóm ghép da xẻ đôi. Sự khác biệt về tỷ lệ liền thương tại nơi nhận da ghép giữa hai nhóm cho thấy loại da ghép có vai trò trong quá trình hồi phục mô nhận. Ghép da dày, với cấu trúc biểu bì và trung bì đầy đủ hơn, có khả năng chịu lực, đàn hồi tốt hơn, từ đó cải thiện khả năng liền thương. Ngược lại, ghép da xẻ đôi, mặc dù giúp mở rộng diện tích che phủ, lại có độ mỏng cao, dễ bị tác động bởi lực căng, ma sát tại vùng chi dưới, đặc biệt ở các vị trí vận động như mu chân hoặc cổ chân. Điều này có thể lý giải tại sao nhóm ghép da xẻ đôi có tỷ lệ liền thương bình thường thấp hơn và xuất hiện biến chứng như chậm liền vết thương. So sánh với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2021) về tổn thương do ma sát bánh xe ở trẻ em, tất cả 15 bệnh nhân đều được ghép da xẻ đôi. Trong nghiên cứu, 11/15 bệnh nhân (73,3%) gặp biến chứng sau mổ, chủ yếu là sẹo phì đại (9 ca) và sẹo co rút (4 ca). Đây là những biến chứng tại vùng nhận da ghép, xuất hiện sau thời gian theo dõi trung bình 14,45 tháng. Hầu hết các sẹo xảy ra ở rìa vùng nhận da, nơi chịu tác động ma sát và sức căng. Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ đặc điểm tổn thương ban đầu (do ma sát, nén ép mạnh) và việc sử dụng hoàn toàn ghép da xẻ đôi trong nghiên cứu của Kim, vốn dễ co kéo, khó kiểm soát sẹo, nhất là ở vùng vận động nhiều như mu chân. Ngược lại, việc áp dụng linh hoạt giữa ghép da dày và ghép da xẻ đôi trong nghiên cứu của chúng tôi có thể đã góp phần giảm biến chứng và cải thiện kết quả liền thương.⁹

Ở vùng cho da, nhóm ghép da dày liền thương bình thường trong 84% trường hợp, chỉ 4 bệnh nhân có sẹo lồi - sẹo quá phát. Trong khi đó, nhóm ghép da xẻ đôi ghi nhận tỷ lệ cao hơn về biến chứng tăng sắc tố, sẹo lồi - sẹo quá phát và chậm liền. Tỷ lệ biến chứng tại vùng cho da ghép trong nghiên cứu của chúng

tôi thấp so với luận văn của Nguyễn Đình Huy (2023). Cụ thể, sẹo lồi ghi nhận ở 14,3% số ca trong nghiên cứu của chúng tôi, trong đó của Nguyễn Đình Huy ghi nhận 29,4%. Tăng sắc tố vùng cho da ở nhóm ghép da xẻ đôi là 70% của chúng tôi có giá trị gần tương đương với 76,5% trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Huy. Tuy nhiên, tác giả còn ghi nhận dị cảm vùng lấy da ở 47,1% bệnh nhân, trong khi nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng cảm giác tại nơi cho da. Sự khác biệt này có thể do toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả sử dụng ghép da mỏng, số lượng bệnh nhân ghép da mỏng trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn, và chúng tôi có phân nhóm và áp dụng ghép da dày cho các trường hợp phù hợp, giúp tăng tỉ lệ liền thương bình thường và giảm rối loạn cảm giác tại vùng lấy da.⁴

Về thẩm mỹ, tự đánh giá của bệnh nhân cho thấy sự hài lòng cao với ghép da dày (80% đánh giá tốt, 20% trung bình) so với da xẻ đôi (50% tốt, 50% trung bình), không có trường hợp nào đánh giá kém.

Kết quả nghiên cứu cho thấy ghép da là phương pháp đem lại hiệu quả tốt trong việc che phủ và hồi phục chức năng cho các bệnh nhân có tổn khuyết phần mềm bàn chân. Tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ngay sau mổ chiếm đến 97,1%, trong đó không có trường hợp nào cần ghép da bổ sung. So sánh giữa hai kỹ thuật ghép da dày và ghép da xẻ đôi, các trường hợp ghép da dày cho thấy nhiều ưu điểm vượt trội hơn về tỷ lệ liền thương nơi cho da ghép (84%) và tính thẩm mỹ do bệnh nhân tự đánh giá (80% đánh giá tốt). Trong khi đó, ghép da mỏng tuy đáp ứng tốt với các vùng tổn khuyết rộng (diện tích trung bình 84,9cm² so với 47,1cm² ở nhóm ghép da dày) nhưng lại ghi nhận tỷ lệ tăng sắc tố, biến chứng chậm liền, tự đánh giá thẩm mỹ thấp hơn.

Từ những kết quả trên, có thể đề xuất hướng

nghiên cứu trong tương lai như: theo dõi dài hạn hơn, đánh giá chất lượng cuộc sống sau ghép da, hoặc nghiên cứu chi tiết hơn sự khác nhau về chi phí, thời gian điều trị giữa hai kỹ thuật ghép da, cũng như so sánh kỹ thuật ghép da với các phương pháp khác như chuyển vật lân cận hay vật vi phẫu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ghép da tự thân là phương pháp hiệu quả trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mu chân. Cả hai kỹ thuật ghép da dày và ghép da xẻ đôi đều mang lại kết quả lâm sàng khả quan, tuy nhiên ghép da dày cho kết quả liền thương nơi cho da ghép tốt hơn, hiệu quả thẩm mỹ tốt hơn so với ghép da xẻ đôi. Kết quả gần và xa cho thấy phần lớn bệnh nhân phục hồi vận động tốt, khả năng đi lại không hạn chế hoặc hạn chế rất ít, với tỷ lệ phục hồi cảm giác mức S3–S4 chiếm hơn một nửa tổng số ca ghép da của mỗi nhóm phương pháp. Biến chứng sau ghép da thấp, chủ yếu là sẹo lồi, tăng sắc tố, và không ghi nhận trường hợp mất hoàn toàn cảm giác hay rối loạn vận động nặng. Các kết quả trên góp phần khẳng định ghép da tự thân là lựa chọn phù hợp cho các tổn khuyết phần mềm mu chân có nền nhận tổn thương nông, không lộ gân xương, với hiệu quả chức năng và thẩm mỹ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khan MM, Prakash V, Cheruvu R, et al. Post-traumatic wounds over the dorsum of the foot - our experience. *Int J Burns Trauma*. 2020; 10(4): 137. Accessed July 12, 2023. /pmc/articles/PMC7486566.
2. Serletti JM, Moran SL. Soft tissue coverage options for dorsal foot wounds. *Foot Ankle Clin*. 2001; 6(4): 839-851. doi:10.1016/S1083-7515(02)00007-4.
3. Vũ Thị Dung, Phạm Thị Việt Dung, Hoàng Tuấn Anh. 22. Đặc điểm lâm sàng và điều trị

khuyết phần mềm phức tạp vùng cổ bàn chân. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 172(11), 195-202. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v172i11.2118>.

4. Huy ND. Kết quả tạo hình che phủ khuyết phần mềm chi dưới do rắn hổ mang cắn bằng kỹ thuật ghép da mỏng. Đại học Y Hà Nội; 2023.

5. Sơn TT. Ghép da trong Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ. Vol 1. 1st ed. Nhà xuất bản Y học; 2020

6. <https://orthotoolkit.com/aofas-ankle-hindfoot/static/media/AOFAS-Ankle-Hindfoot-Scale.d5404138.pdf>

7. Kang SK, Almansoori AA, Chae YS, Kim B, Kim SM, Lee JH. Factors Affecting Functional Sensory Recovery After Inferior Alveolar Nerve

Repair Using the Nerve Sliding Technique. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021; 79(8): 1794-1800. doi:10.1016/J.JOMS.2021.02.036.

8. H. Abbas A. Aesthetic Outcome After Reconstruction of Complex Soft Tissue Defects with Free Antero-Lateral Thigh Flap Using Simple Equipment. *Journal of Surgery*. 2015; 3(2): 36. doi:10.11648/J.JS.S.2015030201.

9. Kim, S. H., & Lee, W. J. (2021). *Outcomes of grafted skin on the dorsum of the foot after car-tire friction injuries*. Archives of Plastic Surgery, 48(6), 678–684. <https://doi.org/10.5999/aps.2021.00962>.

Summary

OUTCOMES OF RECONSTRUCTIVE SURGERY USING AUTOLOGOUS SKIN GRAFTS FOR SOFT TISSUE DEFECTS OF THE DORSAL FOOT

We evaluated the surgical outcome of 35 patients with soft tissue defects of the dorsal foot who underwent autologous skin grafting at Bach Mai Hospital. The surgeries were performed between January 2023 and March 2025. 25 cases received full-thickness skin grafts and 10 cases received split-thickness grafts, with the most common causes of injury being snake bites and infections. The average defect area was larger in the split-thickness group. After an average wound bed preparation period of 9.3 days, 97.1% of patients achieved favorable short-term outcomes without the need for additional grafting. In the long-term, 34 patients regained good motor function, 54.3% of patients achieved sensory recovery at levels S3–S4, and no case of anesthesia was recorded. Normal wound healing at the graft site occurred in 77.1% of cases, with higher aesthetic satisfaction in the full-thickness group (80%) compared to the split-thickness group (50%). We suggest autologous skin grafting yielded favorable clinical results in terms of functional and aesthetic recovery, with high recovery rates and low complication rates, particularly in cases using full-thickness grafts.

Keywords: Skin graft, dorsal foot, snakebite, functional and aesthetic outcome, reconstruction.