

Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm ở ngón tay bằng vạt tại chỗ có cuống mạch liền

Hồ Mẫn Trường Phú¹, Phạm Trần Nhật Linh^{1*}, Lê Khánh Linh¹, Nguyễn Đặng Huy Nhật¹

(1) Khoa Phẫu thuật tạo hình - Thẩm mỹ - Bàn tay, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bàn tay, đặc biệt là ngón tay là một trong những bộ phận tinh tế nhất của hệ vận động, tham gia vào hầu hết các hoạt động sinh hoạt hằng ngày, thực hiện chức năng vận động tinh vi và xúc giác tinh tế, tiếp xúc trực tiếp với môi trường lao động. Vì thế, nguy cơ tổn thương bàn ngón tay, đặc biệt tổn thương khuyết hồng vùng ngón tay là rất cao. Bên cạnh đó, các khuyết hồng sau phẫu thuật cắt bỏ sẹo xấu, sẹo co kéo và chỉnh biến dạng ngón nếu không được điều trị tốt sẽ để lại di chứng gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng làm việc của bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được tiến hành trên 39 bệnh nhân với 41 khuyết hồng phần mềm ngón tay được tạo hình bằng các vạt cuống liền tại chỗ tại khoa Phẫu thuật tạo hình - Thẩm mỹ - Bàn tay, Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** trong 41 vạt được sử dụng: có 100% trường hợp vạt sống, đảm bảo chức năng che phủ, trong đó có 8/41 vạt bị sung huyết trong thời gian hậu phẫu, 1/41 vạt bị nhiễm trùng mép vạt, không có trường hợp nào thất bại phải tiến hành phẫu thuật che phủ bổ sung. Tất cả các trường hợp vùng cho vạt liền thương kì đầu tốt (31/41 trường hợp ghép da vùng cho vạt, 10/41 trường hợp có thể khâu đóng trực tiếp vùng cho). Kết quả theo dõi 1 tháng có 82,9% vạt đạt kết quả tốt, 17,1% vạt đạt kết quả trung bình, không có trường hợp đạt kết quả xấu và thất bại. Kết quả theo dõi 3 tháng có 87,8% đạt kết quả tốt, 12,2% đạt kết quả vừa. Tất cả bệnh nhân được khảo sát đều hài lòng về kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Có nhiều lựa chọn vạt được sử dụng trong tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm ở ngón tay, cần linh hoạt khi sử dụng các vạt đối với mỗi loại khuyết hồng để mang lại kết quả tốt nhất về chức năng che phủ và thẩm mỹ.

Từ khóa: Khuyết hồng phần mềm ngón tay, vạt cuống mạch liền.

Abstract

Assessment of treatment result of soft tissue defects of fingers by local pedicle flap

Ho Man Truong Phu¹, Pham Tran Nhat Linh^{1*}, Le Khanh Linh¹, Nguyen Dang Huy Nhat¹

(1) Plastic - Cosmetic - Hand Department, Hue Central Hospital

Background: The hands, especially fingers, are one of the nicest organs in the bodies movement system and participate in most daily activities. It performs the function of sophisticated movement and good touch. Thus, the risk of hand injury, especially digital defects is very high. Besides, the defects after removing the contracture scar, if treatment is not done well, will leave sequelae affecting the function and aesthetics of the hand. **Subject and method:** The uncontrolled clinical interventional study on 39 patients with 41 soft tissue defects of fingers reconstructed by the local pedicle flap in Plastic - Cosmetic - Hand Department, Hue Central Hospital. **Result:** In 41 flaps used, there were 100% cases of flap survived, ensuring the coverage function, including 8/41 flap congested in the postoperative period, 1/41 flap infected with flap's margin, There were no failed cases requiring additional recovery surgery. In all cases, the donor area of the flap healed well in the first stage (31/41 in cases of skin grafting in the flap, 10/41 in the cases that can be sutured to close the donor area directly). The 1-month follow-up results showed that 82.9% of flaps achieved good results, 17.1% of flaps achieved average results, there were no cases of bad results and failures. The results of the 3-month follow-up were 87.8% with good results and 12.2% with moderate results. All of the patients were satisfied with the surgical results. **Conclusion:** There are many options of flaps available for use in finger soft-tissue defect contouring, flexibility is needed in using flaps for each type of defect to provide the best results in terms of coverage and aesthetics.

Keywords: finger soft-tissue defect, local pedicle flap.

Địa chỉ liên hệ: Phạm Trần Nhật Linh; email: phamtrannhatlinh299@gmail.com
Ngày nhận bài: 26/6/2022; Ngày đồng ý đăng: 13/7/2022; Ngày xuất bản: 26/7/2022

DOI: 10.34071/jmp.2022.4.10

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay, đặc biệt là ngón tay là một trong bộ phận tinh tế nhất của hệ vận động, tham gia vào hầu hết các hoạt động sinh hoạt hằng ngày, thực hiện chức năng vận động tinh vi và xúc giác tinh tế, tiếp xúc trực tiếp với môi trường lao động. Vì thế nguy cơ tổn thương bàn ngón tay, đặc biệt tổn thương khuyết hồng vùng ngón tay là rất cao [9]. Bên cạnh đó các khuyết hồng sau phẫu thuật cắt bỏ sẹo xấu, sẹo co kéo và chỉnh biến dạng ngón nếu không được điều trị tốt sẽ để lại di chứng gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng làm việc của bàn tay [2], [8], [12].

Việc ứng dụng vật có cuống mạch liền để điều trị khuyết hồng phần mềm bàn tay đã được triển khai nhiều năm nay ở nước ta. Phần lớn các loại vật thông dụng đều đã được sử dụng điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, việc đánh giá kết quả sử dụng các loại vật tại chỗ và các loại vật có cuống mạch liền đối với vị trí và tính chất của từng khuyết hồng phần mềm ở ngón tay vẫn đóng một vai trò quan trọng trong việc chỉ định của phẫu thuật viên. Từ yêu cầu đó, chúng tôi tiến hành đề tài **“Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm ở ngón tay bằng các vật tại chỗ có cuống mạch liền”**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được tiến hành trên 39 bệnh nhân với 41 khuyết hồng phần mềm ngón tay được tạo hình bằng các vật cuống mạch liền tại chỗ tại khoa Phẫu thuật tạo hình - Thẩm mỹ - Bàn tay, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 3 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Những bệnh nhân chúng tôi lựa chọn nghiên cứu:

- Bệnh nhân có tổn thương KHPM ở ngón tay lộ gân xương.

- Được che phủ bằng các vật trục mạch cuống liền.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính tại chỗ.

- KHPM quá lớn không thể che phủ bằng các vật tại chỗ.

- Có các tình trạng liên quan đến bệnh lý mạch máu ngoại biên, bệnh lý máu khó đông, các rối loạn về mô liên kết.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật tạo hình - Thẩm mỹ - Bàn tay, Bệnh viện Trung ương Huế.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2019 đến tháng 3/2022.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

2.3. Cách chọn mẫu Chọn mẫu thuật tiện: Lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Chỉ định lựa chọn các vật tại chỗ hoặc các vật có cuống mạch liền để tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm ở ngón tay.

Các phương pháp tạo hình che phủ KHPM ở ngón tay chúng tôi thực hiện trong nghiên cứu này bao gồm các vật có cuống mạch liền: Vật cánh điều, vật gian cốt mu tay, vật đồng ngón ngược dòng, vật cạnh ngón xuôi dòng.

Dựa vào chỉ định sử dụng vật tùy thuộc vào vị trí tổn thương trên ngón tay, chúng tôi rút ra sơ đồ sau:

Vị trí	MÔM CỤT ĐÓT XA			
	Ưu thế mặt gan	Ưu thế mặt mu	Môm cụt ngang	Chéo bên
Ngón I	- Vật cánh điều - Vật Moberg	- Vật cánh điều - Điều trị bảo tồn	- Vật cánh điều - Vật Moberg - Vật Atasoy	- Vật cánh điều - Vật Kutler
Ngón tay dài	- Vật đồng ngón ngược dòng - Vật cạnh ngón xuôi dòng - Vật chéo ngón	- Vật đồng ngón ngược dòng - Vật Atasoy - Điều trị bảo tồn	- Vật Atasoy - Điều trị bảo tồn	- Vật Kutler - Vật đồng ngón ngược dòng
	KHUYẾT HỒNG PHẦN MỀM			
	Mặt gan ngón tay		Mặt mu ngón tay	
Ngón I	- Vật cánh điều - Vật Moberg		- Vật cánh điều - Vật gian cốt mu tay	
Ngón tay dài	- Vật đồng ngón ngược dòng - Vật cạnh ngón xuôi dòng - Vật chéo ngón		- Vật gian cốt mu tay - Vật cạnh ngón xuôi dòng - Vật chéo ngón cân mỡ	

Hình 1. Sơ đồ phân bố lựa chọn các vật che phủ KHPM ở ngón tay [9]

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

Chuẩn bị bệnh nhân một cách toàn diện về cả thể chất lẫn tinh thần, tiến hành thăm khám và làm các xét nghiệm đánh giá một cách toàn diện để phát hiện các chống chỉ định, các bệnh lý có nguy cơ gây tắc mạch, đặc biệt các bệnh nhân có hút thuốc lá phải bỏ thuốc trước và sau phẫu thuật.

Sử dụng Doppler cầm tay để xác định cường độ mạch: vị trí đường đi, sự lưu thông của cường độ mạch trong vạt trực mạch có cường độ liên.

Dụng cụ phẫu thuật

Máy siêu âm Doppler cầm tay, thước đo, bút kẻ.

Bộ dụng cụ vi phẫu để phẫu tích vạt và cường độ mạch nuôi.

Kính phóng đại: kính lúp với độ phóng đại 3 lần để quan sát khi phẫu tích vào cường độ mạch.

Kỹ thuật lấy vạt da cân có cường độ mạch liền dạng đảo:

* Tư thế:

- Bệnh nhân nằm ngửa, bàn tay ngửa trên bàn cứng.
- Ga-rô gốc cánh tay

+ *Thì I (chuẩn bị vùng khuyết hồng):*

- Đánh giá vị trí, kích thước, độ sâu và mối liên quan với các cơ quan lân cận.

- Cắt lọc tổ chức đập nát, vấy bẩn, tưới máu kém
- Kháng sinh trước và sau phẫu thuật.

- Thiết kế vạt dựa trên vị trí khuyết hồng, góc xoay, gốc xoay, và trực mạch máu của vạt.

+ *Thì II (lấy vạt da tại chỗ đẩy, xoay, chuyển):*

- Rạch da theo hình vẽ đã thiết kế.

- Bóc tách xuống dưới lớp mô đệm, lấy hết toàn bộ lớp da và cân dưới da, để lộ phần gân duỗi và mỡ mặt gan ngón tay.

- Bóc tách vạt da và cường độ mạch cạnh ngón về hướng của khuyết hồng, tách cường độ mạch.

đến quá 1/2 khoảng cách từ mép khuyết hồng đến đỉnh vạt.

+ *Thì III (đẩy, xoay, chuyển vạt):*

- Làm đường hầm dưới da (dưới dạng cường độ cân mỡ), nếu cường độ không quá dày và phải tạo đường hầm rộng rãi, không được chèn ép cường độ mạch.

- Hoặc rạch da và tổ chức dưới da, chuyển vạt đến vùng nhận rồi khâu 2 mép rạch da.

- Chú ý không để vạt xoắn, gập góc cường độ vạt.

+ *Thì IV (đóng vết mổ):*

- Đóng vết mổ một lớp.

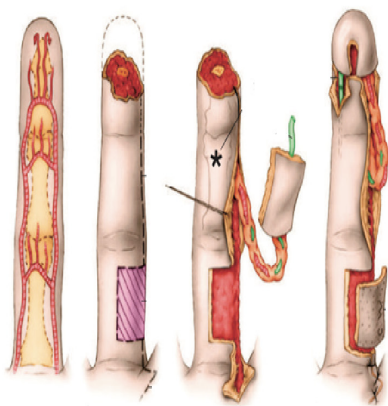
- Vùng cho vạt có thể khâu kín hoặc ghép da tùy theo từng loại vạt sử dụng.

+ *Chăm sóc hậu phẫu:*

- Bất động tạm thời cẳng bàn tay trong 1 - 2 tuần.

- Thay băng lần đầu sau 24 - 48 giờ.

- Vùng ghép da thay băng sau 5 ngày.



Hình 2. Kỹ thuật lấy vạt da trực mạch dạng cường độ liền

Kết quả theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng: Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá của Oberlin C và Duparc J, đồng thời thống nhất của các tác giả trong nước như Lê Văn Đoàn, Nguyễn Viết Ngọc [2]:

* Kết quả 1 tháng đầu sau mổ

- Tốt: vạt sống hoàn toàn, liền sẹo kỳ đầu.
- Vừa: vạt phù nề hoặc chết lớp thượng bì nhưng vạt vẫn sống và che phủ tổn thương mà không cần phải ghép da bổ sung.
- Xấu: Vạt nhiễm trùng, hoại tử một phần, phải

cắt lọc và ghép da bổ sung làm lành tổn thương, vùng ghép da nhỏ hơn 1/3 diện tích vạt.

- Thất bại: vạt chết hoàn toàn phải cắt bỏ hoặc vạt sống nhỏ hơn 1/3 diện tích, phải làm lành tổn thương bằng phương pháp khác.

* Kết quả sau 3 tháng:

- Tốt: vạt sống hoàn toàn, mềm mại, đảm bảo chức năng thẩm mỹ và che phủ tốt, không có viêm dò.
- Vừa: vạt sống nhưng to xù hoặc co kéo nhẹ nhưng không ảnh hưởng đến chức năng của ngón,

về thẩm mỹ bệnh nhân chấp nhận được.

- Xấu: Vạt to xù xì, viêm dò hoặc co kéo quá mức ảnh hưởng đến chức năng thẩm mỹ, phải phẫu thuật bổ sung.

- Thất bại: viêm dò tái phát nhiều lần hoặc sẹo quá phát ảnh hưởng đến chức năng thẩm mỹ, phải tháo bỏ ngón, chi thể.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.

- Phẫu thuật che phủ khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng các vạt tại chỗ được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật Bộ Y tế.

- Tất cả các bệnh nhân được giải thích trước khi tham gia vào nghiên cứu, bệnh nhân có quyền từ chối tham gia vào bất kỳ giai đoạn nào của quá trình nghiên cứu, các bệnh nhân đồng ý và không đồng ý tham gia vào nghiên cứu được điều trị theo quy trình của Bộ Y tế.

3.2. Đặc điểm tổn thương:

Bảng 1. Mô tả vị trí tổn thương KHPM tại bàn tay

Ngón	Bàn tay		Tổng	P
	Phải	Trái		
1	7	5	12 (29,3)	p = 0,102
2	6	5	11 (26,9)	
3	7	6	13 (31,7)	
4	2	2	4 (9,8)	
5	1	0	1 (2,4)	
Tổng	23 (56,1)	18 (43,9)	41 (100)	

Nhận xét: Theo bảng 1 ta thấy: Tỷ lệ bàn tay trái có vết thương khuyết phần mềm ngón tay chiếm tỷ lệ cao hơn bàn tay phải (56,1% so với 43,9%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,102 (> 0,05)$.

Về phân loại tổn thương theo đơn vị ngón tay thì ngón 1, ngón 2 và ngón 3 hay bị tổn thương nhất (lần lượt chiếm tỉ lệ 29,3%, 26,9 và 31,7%), ngón ít bị tổn thương nhất là ngón 5 (2,4%).

3.3. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi vạt nhỏ nhất có kích thước là: 2 cm², vạt có kích thước lớn nhất là 24 cm², vạt xuôi dòng có kích thước trung bình nhỏ hơn vạt ngược dòng.

Các loại vạt được sử dụng trong nghiên cứu gồm: 12 vạt cánh điều, 18 vạt đồng ngón ngược dòng, 8 vạt gian cốt mu tay, 3 vạt cạnh ngón xuôi dòng.

Có 2 phương thức đặt cuống vạt là luồn dưới da (12/41) và khâu kín da che cuống vạt (29/41).

Vùng cho vạt có thể đóng kín (31/41) hoặc ghép da bổ sung (10/41). Điều này phụ thuộc vào vị trí lấy vạt và kích thước vạt.

Bảng 2. Liên quan giữa các loại vạt với tình trạng hậu phẫu

Vạt sử dụng	Tình trạng vạt			N (%)
	Hồng hào n (%)	Ứ máu tĩnh mạch n (%)	Hoại tử một phần n (%)	
Vạt cánh điều	7 (58,4)	4 (33,3)	1 (8,3)	12 (100,0)
Vạt đồng ngón ngược dòng	18 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (100,0)
Vạt cạnh ngón xuôi dòng	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
Vạt gian cốt mu tay	4 (50,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Tổng cộng	32 (78,1)	8 (19,5)	1 (2,4)	41 (100,0)

Từ bảng 2 cho thấy, trong 41 vật được sử dụng, có 9 trường hợp có biến chứng chiếm 21,9% như: ứ máu tĩnh mạch, hoại tử một phần vật.

Kết quả sau 1 tháng: Có 34/41 trường hợp (chiếm 82,9%) vật đạt kết quả tốt, liền vết mổ thì đầu; có 6/41 trường hợp (chiếm 17,1%) vật đạt kết quả vừa, bong lóc lớp thượng bì; không có trường hợp nào đạt kết quả xấu hay thất bại.

Kết quả sau 3 tháng: Có 36/41 trường hợp (chiếm 87,8%) vật đạt kết quả tốt, vật mềm mại, sẹo liền tốt, không viêm đỏ; có 5/41 trường hợp (chiếm 12,2%) vật đạt kết quả vừa, vật gồ ghề, mất tính thẩm mỹ nhưng đảm bảo chức năng che phủ; không có trường hợp nào đạt kết quả xấu hay thất bại.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả các nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vết thương bàn tay có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào nhưng tỷ lệ bệnh nhân đang trong độ tuổi lao động, đặc biệt là nhóm người lao động trẻ từ 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 56,4%. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của: Aboulwafa Ahmed and Emara Sherif (2013) [1]. Trong tổng số 39 BN tham gia nghiên cứu bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 5 tuổi, cao nhất là 67 tuổi, độ tuổi trung bình là 26 tuổi. Theo MD Jung Soo Lee và Yeo Hyun (2019) [4]: tuổi trung bình của 50 bệnh nhân có vết thương bàn tay là 47,7 tuổi. Đây là nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất trong dân cư đồng thời là nhóm tuổi đóng vai trò là lực lượng chính trong cơ cấu lao động.

Kết quả nghiên cứu cho thấy ngón tay bị tổn thương nhiều nhất là ngón 3 là với 13 BN sau đó đến ngón 1 là 12, ngón 2 cũng có tỉ lệ tổn thương tương tự với 11 trường hợp, ít gặp nhất ở ngón 5 với 1 BN. Kết quả này tương đương với Aboulwafa Ahmed and Emara Sherif (2013) tổn thương KHPM thường gặp nhất là ngón 2, 3: trong tổng số 170 búp ngón tay bị tổn thương có 61 búp ngón II, và có 82 búp ngón III, trong khi đó chỉ có 2 búp ngón V [1]. Ngón 2, 3 có tỷ lệ tổn thương cao nhất là do khi bị tai nạn theo phản xạ tự nhiên khi bàn tay cơ ngón cái sẽ được co lại trước để thoát khỏi nguyên nhân nhanh nhất các ngón 2, 3 là ngón dài nhất to nhất và, thường sẽ thoát khỏi máy móc, công cụ lao động sau cùng nên dễ bị tai nạn nhất. Ngón 5 vừa nhỏ vừa ngắn vừa ít chức năng nên ít nguy cơ bị tai nạn nhất.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, diện tích KHPM lớn nhất là 24 cm², nhỏ nhất là 2 cm². Diện tích trung bình của các khuyết hồng là 4,3 ± 5,1 cm². Sở dĩ trong nghiên cứu của chúng tôi có diện tích trung

bình có giá trị khá nhỏ, do hầu hết diện tích KHPM đều là ở các ngón tay, mà cụ thể là móm cụt đốt xa. Các KHPM có diện tích lớn tập trung ở gan bàn tay và mu bàn tay. Chúng tôi phẫu tích được vật có kích thước lớn nhất là vật nhánh xuyên động mạch gian cốt mu tay thứ 3 có kích thước 3 x 8 cm để tạo hình khuyết hồng toàn bộ da mặt mu ngón 4 tay phải sau cắt bỏ tổ chức hoại tử do nhiễm trùng. Do vật có kích thước tương đối lớn, nên trong thời gian hậu phẫu có hiện tượng sung huyết nhẹ. Tuy nhiên, sau khi sử dụng các phương pháp chống phù nề, vật đã ổn định và sống tốt. Kích thước vật mạch xuyên lớn nhất của động mạch mu đốt bàn 2 của động mạch gian cốt mu tay theo nghiên cứu của Gebhard B và Meissl G. (1995) là: 6,5 x 3 cm phạm vi cấp máu tối đa của vật này đến mặt mu của khớp liên đốt 1,2 ngón 2 [3]. Theo nghiên cứu của Haluk Özcanli và Cs (2015) [6]: Kích thước vật khoảng: 2 x 1 cm đến 2 x 1,5 cm đây là vật mạch xuyên của động mạch gan ngón tay riêng.

Chúng tôi sử dụng khá phong phú các loại vật để che phủ KHPM ngón tay cho 41 trường hợp. Gồm có: vật da cân cánh điều che phủ khuyết hồng ngón I cho 12 trường hợp; vật da cân đồng ngón ngược dòng che phủ cho 18 trường hợp, vật da cân cạnh ngón xuôi dòng cho 3 trường hợp, vật da cân gian cốt mu tay (vật Quaba) cho 8 trường hợp. Trong đó, chúng tôi nhận thấy vật gian cốt mu tay và vật cánh điều có tình trạng sung huyết trong thời gian hậu phẫu nhiều hơn các loại vật còn lại. Trong 9 trường hợp này có 4 trường hợp ứ máu tĩnh mạch khi sử dụng vật gian cốt mu tay, đây là vật ngược dòng nên tình trạng ứ máu tĩnh mạch trong thời gian hậu phẫu rất hay gặp. Mức độ ứ máu không nhiều nên chúng tôi tiến hành kê cao tay kèm theo dõi sát, sau khoảng 5 - 7 ngày tình trạng tuần hoàn trở về bình thường và vật sống toàn. 5 trường hợp biến chứng còn lại gặp khi sử dụng vật cánh điều che phủ KHPM ngón I: trong đó có 4 trường hợp ứ máu tĩnh mạch và 1 trường hợp hoại tử một phần vật. Cũng như 4 trường hợp của vật gian cốt mu tay, chúng tôi cũng tiến hành kê cao tay và theo dõi sát trong thời gian hậu phẫu ở 3 trường hợp ứ máu tĩnh mạch, sau đó tuần hoàn vật trở lại bình thường và vật sống tốt. 1 trường hợp còn lại có tình trạng hoại tử một phần vật. Sau thời gian theo dõi hậu phẫu 3 tuần, phần hoại tử phân lập rõ và chúng tôi tiến hành gỡ bỏ phần hoại tử bên trên thì mô bên dưới vẫn hồng hào, biểu mô hóa tốt, đảm bảo chức năng che phủ và không cần can thiệp bổ sung gì như ghép da hay khâu lại. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Tiến vào năm 2021 trên 130 vật thì kết quả ngay sau

mổ có 26 trường hợp có biến chứng: gồm 4 trường hợp nhiễm khuẩn nơi nhận vật và 22 trường hợp có ứ máu tĩnh mạch. Bên cạnh đó có 10/130 trường hợp vật hoại tử một phần < 1/3 diện tích vật. 21/22 trường hợp ứ máu tĩnh mạch trong nghiên cứu này xảy ra ở các vật ngược dòng. Tuy nhiên sau 5 - 7 hay dài nhất là 10 ngày sau mổ thì tuần hoàn vật tái lập mà không gặp tổn thương gì [10]. Có 6 vật bị hoại tử mép vật sau giai đoạn ứ máu và đều được liền thương tự nhiên sau khi chăm sóc. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Sebastin khi sử dụng vật gian cốt mu tay che phủ KHPM bàn tay có 6/58 vật bị ứ máu tĩnh mạch nhưng sau thời gian theo dõi thì vật sống tốt và đảm bảo chức năng che phủ, 3/58 vật thiếu máu động mạch dẫn đến thất bại. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Muhammad Amin khi sử dụng vật gian cốt mu tay che phủ KHPM bàn tay có 3/35 vật bị ứ máu tĩnh mạch, 2/35 vật bị hoại tử đầu xa và 1 vật có hiện tượng loạn dưỡng [7]. Để phòng tránh và dự phòng tình trạng sung huyết tĩnh mạch, ngay từ trong mổ chúng tôi đã cẩn thận khi phẫu tích cuống vật cũng như đảm bảo sự mềm mại, không để cuống vật bị vặn xoắn khi tiến hành xoay hay chuyển vật. Sau mổ chúng tôi cho kê cao tay, sử dụng thuốc chống phù nề sớm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật nhận thấy: hầu hết các vật đều sống tốt 34/41 chiếm 82,9%, liền sẹo thì đều. Có 7/34 trường hợp chiếm 17,1% đạt kết quả vừa, bong lóc lớp thượng bì, trong đó có 3 ca vật cánh điều và 4 ca vật da cân gian cốt mu tay. Cả 7 trường hợp này trong thời gian hậu phẫu có hiện tượng bong lóc thượng bì, qua quá trình theo dõi và chăm sóc bằng thay băng thì vật sống tốt, đảm bảo chức năng che phủ mà không cần can thiệp gì thêm. Không có vật nào thất bại, hoại tử hoàn toàn. Tác giả Lê Văn Đoàn khi đánh giá kết quả điều trị KHPM ngón I bàn tay bằng vật da cân cuống mạch liền hình đảo từ mu đốt 1 ngón II thì có kết quả gần với kết quả tốt chiếm 97%, kết quả vừa chiếm 3%, không có trường hợp nào kết quả xấu hoặc thất bại [2]. Vùng cho vật da ghép sống tốt. Tác giả Nguyễn Việt Ngọc khi đánh giá kết quả điều trị khuyết da vùng ngón tay bằng vật da cân mu bàn tay hình đảo thì cho kết quả gần với kết quả tốt chiếm 87,8%, kết quả vừa chiếm 9,8%, kết quả xấu 2,4%, không có trường hợp nào thất bại [5]. Trong khi đó tác giả Muhammad

Amin Yousaf sử dụng vật da cân gian cốt mu tay ở 36 trường hợp cho kết quả 34 vật sống hoàn toàn trong đó có 6 trường hợp xuất hiện biến chứng gồm 3 trường hợp ứ máu tĩnh mạch, 2 trường hợp hoại tử 1 phần vật và 1 trường hợp bong thượng bì [7]. Tất cả 34/36 trường hợp này đều liền thương tốt mà không cần can thiệp thêm gì. Điều này cho thấy, việc sử dụng các vật ngẫu nhiên hoặc các vật trực mạch dùng để che phủ KHPM ngón tay có giá trị cao, để áp dụng và các biến chứng nếu xảy ra có thể can thiệp để cứu sống vật kịp thời.

Đối với vùng cho vật, sự khâu kín hay ghép da vùng cho tùy thuộc vào từng loại vật, kích thước vùng cho để lựa chọn phương thức (nếu sử dụng vật da cân cánh điều thì phương thức che phủ vùng cho là ghép da, còn nếu sử dụng các vật có cuống mạch liền còn lại trong nghiên cứu thì có thể khâu kín, nếu không được thì chuyển sang phương thức ghép da che phủ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10/41 trường hợp che phủ vùng cho bằng phương pháp khâu kín khi sử dụng vật da cân đồng ngón ngược dòng với kích thước vật nhỏ đủ để khâu kín vùng cho. 31/41 trường hợp vật trực mạch còn lại vùng cho đều được che phủ bằng ghép da. Tất cả các trường hợp vùng cho vật (ghép da hay khâu kín) đều liền thương thì đều tốt khi theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng.

Hầu hết các bệnh nhân đều rất hài lòng với kết quả điều trị 34/39 (87,2%). Có 7/39 trường hợp hài lòng (12,8%). Theo tác giả Bùi Thanh Tuấn khi đánh giá sự hài lòng trong nghiên cứu che phủ KHPM bàn tay bằng các vật tại chỗ hoặc vật có cuống mạch liền thì đạt được kết quả: 26/31 bệnh nhân rất hài lòng (83,9%), 4/31 bệnh nhân hài lòng (12,9%) và 1/31 bệnh nhân không hài lòng (3,2%) [11].

5. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: Mỗi loại vật đều có ưu và nhược điểm riêng: Vật trực mạch đặc biệt là vật trực mạch cuống nuôi ngược dòng có ưu điểm là vật có kích thước lớn khả năng di chuyển của vật linh hoạt nhưng có nhược điểm là vật thường xuyên bị ứ máu tĩnh mạch, cần phải theo dõi sát trong thời gian hậu phẫu để có thể xử trí kịp thời biến chứng. Do đó không có vật nào là ưu tiên tuyệt đối trong tạo hình KHPM ở ngón tay, việc lựa chọn vật áp dụng phải đảm bảo cân bằng giữa mục tiêu tạo hình nơi nhận vật và ảnh hưởng của nơi cho.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aboulwafa, A. and S. Emara (2013). Versatility of Homodigital Islandized Lateral V-Y Flap for Reconstruction of Fingertips and Amputation Stumps. *Egypt, J. Plast. Reconstr. Surg.*, Vol. 37, No. 1, January: 89-96, 2013.
2. Lê Văn Đoàn Nguyễn Việt Tiến, Nguyễn Thế Hoàng, Ngô Thái Hưng, Nguyễn Viết Ngọc, Nguyễn Văn Phú, Chế Đình Nghĩa (2012), “Điều trị khuyết hồng phần mềm ngón I bàn tay bằng vạt da cân cuống mạch liên hình đảo từ mu đốt 1 ngón II”, *Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam* Số đặc biệt, tr. Tr. 283 - 288
3. B, G. and M. G. (1995). An extended first dorsal metacarpal artery neurovascular island flap. *J Hand Surg*, 20:529-531.
4. Jung Soo Lee, M., PhD, Yeo Hyun (2019). Factors associated with limited hand motion after hand trauma. *Wolters Kluwer Health, Inc*, 98(3):e14183.
5. Nguyễn Việt Ngọc Lê Văn Đoàn, Nguyễn Việt Tiến, Nguyễn Thế Hoàng, Bùi Việt Hùng, Chế Đình Nghĩa, Ngô Thái Hưng, Nguyễn Văn Phú, Trương Anh Dũng, Vũ Hữu Trung, Vũ Minh Hiệp (2012), “Đánh giá kết quả điều trị khuyết da vùng ngón tay bằng vạt da cân mu đốt bàn tay hình đảo”, *Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam*. Số đặc biệt, tr. Tr. 289 - 294.
6. Özcanlı, H., et al. (2015). Reconstruction of fingertip defects with digital artery perforator flap. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 49(1):18-22.
7. Muhammad Amin Yousaf Zain-ul-Abidin, Farrukh Aslam Khalid, Kamran Khalid, Muhammad Saleem, và Muhammad Jibrán Rabbani Abdul Malik Mujahid and Moazzam Nazeer Tarra (2017), “Quantification and Further Refinements of Dorsal Metacarpal Artery Perforator Flap for Reconstruction of Wounds of Fingers up to Distal Interphalangeal Joint”, *Journal Of College of Physicians And Surgeons Pakistan*. 27(10), tr. 631 - 634.
8. Rehim S. A. và Chung K. C. (2014), “Local flaps of the hand”, *Hand Clin*. 30(2), tr. 137-51, v.
9. Muneuchi Gan Tamai, Motoki Igawa, Kazuhiko Kurokawa, Masato Igawa, Hiroharu H. (2005), “The PNB Classification for Treatment of Fingertip Injuries: The Boundary Between Conservative Treatment and Surgical Treatment”, *Annals of Plastic Surgery*. 54(6), tr. 604-609.
10. Nguyễn Đức Tiến, Phạm Bắc Hùng, Phạm Văn Duyệt (2021), “Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vạt cuống liên tại chỗ”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 504, tr. 38 - 42.
11. Bùi Thanh Tuấn (2015), *Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm bàn tay bằng các vạt tại chỗ hoặc các vạt có cuống mạch liên*, Ngoại khoa Đại học Y Dược Huế.
12. Wink J. D. Gandhi, R. A. Ashley, B. Levin, L. S. (2020), “Flap Reconstruction of the Hand”, *Plast Reconstr Surg*. 145(1), tr. 172e-183e.