

không chỉ giúp giảm đáng kể lượng morphine tiêu thụ mà còn giảm điểm đau VAS khi nghỉ và khi vận động trong 8 giờ đầu sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật gây tê khoang mạc chậu làm giảm 54% lượng morphine tiêu thụ trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật thay khớp háng. Điểm đau VAS khi nghỉ trong 24 giờ đầu sau mổ ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng. Điểm đau VAS khi vận động ở nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa trong 8 giờ đầu sau mổ. Chúng tôi thấy rằng có thể áp dụng tê khoang mạc chậu để giảm đau sau mổ thay khớp háng vì đây là một phương pháp giảm đau hiệu quả, an toàn. Phương pháp này có thể áp dụng kèm theo với các thuốc giảm đau hệ thống khác để tối ưu hóa khả năng giảm đau cho người bệnh phẫu thuật khớp háng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Toàn, An Hải** (2018) Phương pháp tiêm bao khớp giảm đau sau mổ trong phẫu thuật thay khớp háng và khớp gối tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
2. **Dalens, B; Vanneuville, G;** Tanguy Comparison of the fascia iliaca compartment block with the 3-in-1 block in children. *Anesthesia & Analgesia*. 1989; 69(6):705-713. 10.1213/0000539-198912000-00003.
3. **Michael LaJeunesse MD; Aaron Cronin PA-C, DSc; Maria Takahashi MD; Joshua Knudsen PA-C; and Arun Nagdev MD.** Control Hip Fracture Pain Without Opioids Using Ultrasound-

- Guided Fascia Iliaca Compartment Block. *ACEP Now*. 25/01/2018;
4. **Christine Range, Christian Egeler.** Fascia Iliaca Compartment Block: landmark and ultrasound approach Anaesthesia tutorial of the week 23/08/2010; 193(1-14).
 5. **Wathen JE1, Gao D, Merritt G, Georgopoulos G, Battan FK.** A randomized controlled trial comparing a fascia iliaca compartment nerve block to a traditional systemic analgesic for femur fractures in a pediatric emergency department. *Annual Emergency Medicine*. 2007; 50(2):162-171. 10.1016/j.annemergmed.2006.09.006.
 6. **Ritcey B1, Pageau P1, Woo MY1, Perry JJ1.** Regional Nerve Blocks For Hip and Femoral Neck Fractures in the Emergency Department: A Systematic Review. *CJEM*. 2016; 18(1):37-47. 10.1017/cem.2015.75.
 7. **Desmet, M., K. Vermeulen, I. Van Herreweghe, et al.** A Longitudinal Supra-Inguinal Fascia Iliaca Compartment Block Reduces Morphine Consumption After Total Hip Arthroplasty. *Reg Anesth Pain Med*. 2017; 42(3):327-333. 10.1097/aap.0000000000000543.
 8. **Wathen, J. E., D. Gao, G. Merritt, et al.** A randomized controlled trial comparing a fascia iliaca compartment nerve block to a traditional systemic analgesic for femur fractures in a pediatric emergency department. *Ann Emerg Med*. 2007; 50(2): 162-71, 171.e1. 10.1016/j.annemergmed.2006.09.006.
 9. **Foss, N. B., B. B. Kristensen, M. Bundgaard, et al.** Fascia iliaca compartment blockade for acute pain control in hip fracture patients: a randomized, placebo-controlled trial. *Anesthesiology*. 2007; 106(4):773-8. 10.1097/01.anes.0000264764.56544.d2.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRỒNG LẠI CỔ - BÀN TAY ĐỨT RỜI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Đình Thắng¹, Nguyễn Vũ Hoàng¹, Ngô Thái Hưng², Nguyễn Quang Vịnh², Nguyễn Thanh Tùng³, Nguyễn Việt Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật trồng lại cổ - bàn tay đứt rời và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 38 bệnh nhân (BN) bị đứt rời hoàn toàn cổ - bàn tay (vùng IV, V theo phân loại của Biemer, E.) đã được phẫu thuật trồng lại

trong thời gian từ 1/2020 đến 6/2024 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Kết quả gần: Sống hoàn toàn 31/38 BN (81,6%), hoại tử một phần 7/38 BN (18,4%). Tỷ lệ sống hoàn toàn ở nhóm thời gian thiếu máu dưới 6 giờ là 6/6 BN (100%); 6-12 giờ 23/26 BN (88,5%); trên 12 giờ 2/6 BN (33,3%); bảo quản đúng 31/34 BN (91,2%); bảo quản sai 0/4 BN (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả xa trên 31 BN (theo Pho R.W.H): Tốt 10/31 BN (32,3%); trung bình 17/31 BN (54,8%); kém 4/31 BN (12,9%). Chức năng bàn tay phục hồi tốt gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân tổn thương sắc gọn và tập luyện phục hồi chức năng đầy đủ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật trồng lại bàn tay đứt rời đạt tỷ lệ thành công cao và giúp bệnh nhân phục hồi bàn tay để thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

Từ khóa: trồng lại bàn tay, vi phẫu, đứt rời bàn tay.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024

SUMMARY

**OUTCOMES OF WRIST - HAND
REPLANTATION SURGERY AT 108
MILITARY CENTRAL HOSPITAL**

Objective: To evaluate the outcomes of replantation surgery for amputated hands and identify factors influencing surgical success. **Materials and Methods:** This study involved 38 patients with complete wrist - hand amputation (zone IV, V - Biemer, E. classification) who underwent replantation between January 2020 and June 2024 at 108 Central Military Hospital. **Results:** Short-term Outcomes: Complete survival of the replanted amputated hand was achieved in 31 out of 38 patients (81.6%); with partial necrosis in 7 out of 38 patients (18.4%). The survival rate was 100% in patients with ischemia time under 6 hours (6/6), 88.5% for 6-12 hours (23/26), and 33.3% for over 12 hours (2/6). Proper preservation had a 91.2% survival rate (31/34), while improper preservation had 0% (0/4). The differences were statistically significant ($p < 0.05$). Long - term Outcomes (Pho R.W.H classification): Excellent in 10/31 patients (32.3%); good in 17/31 (54.8%); Poor in 4/31 (12.9%). Good hand function recovery was more common in patients with clean-cut injuries and consistent rehabilitation ($p < 0.05$). **Conclusion:** Hand replantation surgery achieves a high success rate and enables patients to restore hand function for performing daily activities. **Keywords:** hand replantation, microsurgery, amputated hand.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay là bộ phận quan trọng của cơ thể con người, đảm nhiệm chức năng cầm, nắm và thực hiện nhiều hoạt động từ đơn giản đến phức tạp. Đứt rời bàn tay là tổn thương nghiêm trọng, có thể dẫn đến giảm hoặc mất chức năng, thậm chí gây tàn phế, ảnh hưởng đến khả năng lao động, sinh hoạt và tâm sinh lý của người bệnh. Quyết định phẫu thuật trồng lại bàn tay phụ thuộc vào nhiều yếu tố như đặc điểm lâm sàng của tổn thương, cơ chế tai nạn, tuổi tác, giới tính, nghề nghiệp và cả nguyện vọng của người bệnh. Sự phát triển của kỹ thuật vi phẫu đã giúp giảm thiểu các di chứng nặng nề, giúp bệnh nhân trở lại với lao động và sinh hoạt hàng ngày.

Trên thế giới, ca trồng lại bàn tay đứt rời đầu tiên được thực hiện thành công vào năm 1964 bởi Chen và cộng sự, và một năm sau, Tamai, S. đã thành công trong việc trồng lại ngón tay cái bằng kỹ thuật vi phẫu[6]. Tại Việt Nam, ca trồng lại bàn tay thành công đầu tiên được báo cáo vào năm 1987 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Hiện nay, trồng lại chi thể đứt rời nói chung, bàn tay nói riêng bằng kỹ thuật vi phẫu đã được thực hiện rộng rãi tại các nước phát triển. Tuy nhiên, khả năng phục hồi của bàn tay đứt rời vẫn là thách thức lớn với nhiều bệnh viện, phẫu thuật viên cả về kỹ thuật

cũng như trang thiết bị. Cho tới nay, đã có khá nhiều bài báo cáo về trồng lại chi thể đứt rời, tuy nhiên báo cáo tập trung về bàn tay còn hạn chế, đặc biệt là yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Kết quả phẫu thuật trồng lại cổ - bàn tay đứt rời tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Đối tượng nghiên cứu:** 38 bệnh nhân bị đứt rời hoàn toàn cổ - bàn tay tại vùng IV, V (theo phân loại của Biemer, E.[2]) được phẫu thuật trồng lại tại khoa phẫu thuật chi trên và vi phẫu thuật, Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 trong thời gian từ 01/2020 đến 06/2024.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán đứt rời bàn tay tại vùng IV, V và được trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu; Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đảm bảo các thông tin chỉ tiêu nghiên cứu; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Có các tổn thương cấp cứu đe dọa tính mạng cần ưu tiên can thiệp trước; Có tiền sử bệnh nội khoa, mạn tính không thể trải qua cuộc phẫu thuật kéo dài; Không đủ thông tin hồ sơ bệnh án; Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa phẫu thuật chi trên và vi phẫu thuật – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Thời gian từ 1/2020 đến hết 6/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu, theo dõi dọc, không đối chứng.

***Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện

***Chỉ tiêu nghiên cứu:**

○ Đặc điểm đối tượng: Tuổi, giới tính, nguyên nhân, tiền sử bệnh toàn thân kèm theo, sử dụng chất kích thích.

○ Đặc điểm tổn thương: Hình thái tổn thương (sắt gọn, đụng dập, nhỏ giạt); cách bảo quản (đúng, không đúng); thời gian thiếu máu (≤ 6 giờ, 6-12 giờ, ≥ 12 giờ); Tập phục hồi chức năng (tập đầy đủ, không đầy đủ, không tập).

***Đánh giá kết quả:**

○ Kết quả gần sau phẫu thuật < 6 tháng: Sống toàn bộ, hoại tử một phần, hoại tử toàn bộ.

○ Kết quả xa sau phẫu thuật > 6 tháng:

• Phục hồi vận động: Gồm 3 mức: Mức 1 (hoạt động gần bình thường); Mức 2 (làm được các động tác sinh hoạt cơ bản); Mức 3 (không có chức năng).

• Phục hồi cảm giác: Gồm 5 mức: S0 (không

phục hồi); S1 (cảm giác đau sâu); S2 (đau nông); S3 (xúc giác, không dị cảm); S4 (phục hồi hoàn toàn).

- Mức độ hài lòng của bệnh nhân: Hài lòng; Tạm hài lòng; không hài lòng.

- Kết quả chung (Theo Pho, R.W.H): Tốt (vận động mức 1, cảm giác S3, S4, bệnh nhân hài lòng); Trung bình (vận động mức 2, cảm giác S1, S2, bệnh nhân tạm hài lòng); Kém (vận động mức 3, cảm giác S0, bệnh nhân không hài lòng).

* **Xử lý số liệu:** Bảng thuật toán thống kê y học với phần mềm SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở của Đại học Thái Nguyên thông qua ngày 5/12/2023 theo Quyết định số 3161/QĐ-ĐHYD của Hiệu trưởng Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên.

Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung, phiền hà có thể gặp. Việc tham gia là hoàn toàn tự nguyện và có thể tự quyết định ngừng bất kỳ lúc nào, do bất cứ lí do gì. Số liệu thu thập có tính khách quan trung thực, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

Bảng 1. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả gần

Thông số	Phân nhóm	Kết quả gần (n=38)		p
		Sống toàn bộ	Hoại tử 1 phần	
Thời gian thiếu máu chi	Dưới 6 giờ (n = 6)	6 (100%)	0%	0,013
	6-12 giờ (n = 26)	23 (88,5%)	3 (11,5%)	
	Trên 12 giờ (n = 6)	2(33,3%)	4 (66,7%)	
Cách bảo quản	Bảo quản đúng (n =34)	31 (91,2%)	3 (8,8%)	0,000
	Bảo quản sai (n=4)	0%	4 (100%)	
Hình thái tổn thương	Sắc gọn (n = 9)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0,535
	Đụng dập (n = 20)	17 (85%)	3 (15%)	
	Nhổ giết (n = 9)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	

Thời gian thiếu máu: trước 6 giờ sống hoàn toàn là 6/6 BN (100%); 6-12 giờ 23/26 BN (88,5%), sau 12 giờ 2/6 BN (33,3%). Bảo quản bàn tay dứt rời: bảo quản đúng sống 31/34 BN (91,2%); bảo quản sai sống 0/4 (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Tỷ lệ sống ở các hình thái tổn thương là: Sắc gọn 8/9 BN (88,9%); đụng dập 17/20 BN (85%);

Bảng 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả xa

Thông số	Phân nhóm	Kết quả xa (n=31)			p
		Tốt	Trung bình	Kém	
Phục hồi chức năng	Đầy đủ (n = 6)	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0	0,001
	Không đầy đủ (n = 22)	5 (22,7%)	15 (68,2%)	2 (9,1%)	
	Không tập (n = 3)	0	1 (33,3%)	2(66,7%)	
Hình thái tổn thương	Sắc gọn (n = 8)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0	0,029
	Đụng dập (n = 16)	5 (31,3%)	10 (62,5%)	1 (6,3%)	
	Nhổ giết (n = 7)	0	4 (54,8%)	3 (42,9%)	

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng. 38 BN có tuổi trung bình là 36,3 (từ 16 – 61 tuổi), độ tuổi từ 18-60 là chủ yếu, có 34/38 BN (89,5%). Nam/nữ là 29/9. Nguyên nhân chấn thương thường gặp do tai nạn lao động 33/38 BN (86,8%). Hình thái tổn thương: Sắc gọn và nhổ giết đều là 9/39 BN (23,7%); đụng dập 20/38 BN (52,6%). Dứt rời hoàn toàn tại vùng IV có 12/38 BN (31,6%); vùng V 26/38 BN (68,4%). Đa số phần chi thể dứt rời đều được bảo quản đúng cách 34/38 BN (89,5%), bảo quản sai 4/38 BN (10,5%). Thời gian thiếu máu trung bình là 8,89 ± 2,44 giờ (5-14 giờ), trong đó nhóm thời gian dưới 6 giờ và trên 12 giờ có 6/38 BN (15,8%), từ 6-12 giờ có 26/38 BN (68,4%).

3.2. Kết quả

- **Kết quả gần:** Sống hoàn toàn 31/38 BN (81,6%), hoại tử một phần 7/38 BN (18,4%), không có trường hợp (TH) nào hoại tử toàn bộ. Các TH hoại tử một phần đều do nhiễm trùng tại chỗ gặp ở những tổn thương nhổ giết, đụng dập, trong đó có 1 trường hợp xuất hiện hội chứng bồng buốt sau 3 tháng và phải cắt cụt bàn tay.

- **Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả gần:**

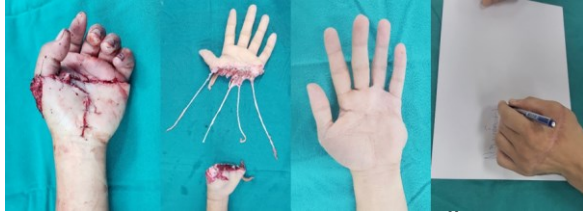
nhổ giết 6/9 BN (66,7%). Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa hình thái tổn thương và kết quả gần với p > 0,05.

- **Kết quả xa:** Đánh giá trên 31 BN: Tốt 10/31 BN (32,3%); trung bình 17/31 BN (54,8%); kém 4/31 BN (12,9%).

- **Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả xa:**

Chức quả chức năng bàn tay đạt kết quả tốt ở nhóm tập phục hồi chức năng: Tập đầy đủ 5/6 BN (83,3%); tập không đều 5/22 BN (22,7%); không tập 0/3 (0%).

Kết quả kém ở các dạng hình thái tổn thương: nhỏ giập gập ở 3/7 BN (42,9%); đung dập là 1/16 BN (6,3%); sắc gọn là 0/8 BN (0%). Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Hình 1. Kết quả sau 2 năm phẫu thuật trồng lại bàn tay đứt rời

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật trồng lại cổ - bàn tay đứt rời không chỉ đơn thuần là bảo tồn và phục hồi hình dáng của chi thể mà còn đảm bảo chức năng vận động và cảm giác, mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc khôi phục chức năng vận động và cảm giác, giúp bệnh nhân quay trở lại cuộc sống sinh hoạt và công việc thường ngày. Tuy kỹ thuật vi phẫu đã được làm chủ tại nhiều trung tâm y tế lớn trên thế giới và tại Việt Nam, nhưng các báo cáo cụ thể về kết quả trồng lại bàn tay vẫn còn hạn chế, chủ yếu là tổng hợp về chi trên nói chung.

Nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ sống 81,6%, nắm trong khoảng thành công 69,2%-100% theo các nghiên cứu trước đây[5]. Chúng tôi ghi nhận rằng thời gian thiếu máu chi, phương pháp bảo quản, hình thái tổn thương và quá trình tập phục hồi chức năng có ảnh hưởng đến tỷ lệ sống và chức năng sau phẫu thuật. Các yếu tố đặc điểm của bệnh nhân (tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lý, sử dụng chất kích thích) không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Đặc biệt, bệnh nhân được tái lập tuần hoàn sớm trước 6 giờ có tỷ lệ sống cao nhất (100%), so với những bệnh nhân được phẫu thuật sau 6 giờ (88,5%) và sau 12 giờ (33,3%). Theo Gillani S (2012)[3], thời gian thiếu máu chi tối đa cho bàn tay đứt rời là 6 giờ với thiếu máu nóng và 12 giờ với thiếu máu lạnh. Những kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Kamarul, T và cộng sự (2018)[5], trong đó họ theo dõi 55 trường hợp đứt rời chi trên trong suốt 8 năm bao gồm 18 trường hợp đứt rời cổ tay, với tỷ lệ sống là 88,9% (16/18 BN). Nghiên cứu này khẳng định rằng thời gian thiếu máu cục bộ là yếu tố quan

trọng duy nhất ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công, với tỷ lệ sống cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân được phẫu thuật trước 6 giờ (94,1%) so với sau 6 giờ (71,1%). Phương pháp bảo quản chi thể đứt rời cũng ảnh hưởng đáng kể đến kết quả phẫu thuật, nhóm bệnh nhân có chi thể được bảo quản đúng cách có tỷ lệ sống 91,2%, trong khi nhóm bảo quản sai không có trường hợp nào sống sót. Điều này hoàn toàn phù hợp vì việc bảo quản bàn tay đứt rời đúng cách sẽ kéo dài thời gian sống của mô, làm chậm quá trình phân hủy mô, ngược lại nếu bảo quản sai không những không bảo tồn được mô mà còn có thể khiến mô bị tổn thương nặng hơn. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải hạn chế thời gian thiếu máu cục bộ để tránh các biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật như hội chứng tái tưới máu, suy tim, suy thận. Mặc dù một số tác giả cho rằng hình thái chấn thương là yếu tố quan trọng nhất dự đoán tỷ lệ sống[1][4], nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan này, có thể điều này là do số lượng đối tượng nghiên cứu còn thấp hoặc do các yếu tố khác như thời gian thiếu máu chi và phương pháp bảo quản đã chi phối mạnh mẽ hơn đến kết quả cuối cùng.

Đánh giá kết quả chức năng sau phẫu thuật trồng lại chi thể đứt rời ở chi trên hiện có nhiều phương pháp khác nhau (Pho 1979, Biemer E. 1982, Tamai S. 1982, Wood 1986, Chen 1987), song chưa có phương pháp nào được cho là tiêu chuẩn. Chúng tôi đã đánh giá bệnh nhân dựa trên khả năng quay trở lại với cuộc sống sinh hoạt, công việc hàng ngày. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng quá trình tập phục hồi chức năng đầy đủ, hình thái sắc gọn là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tình trạng chức năng sau phẫu thuật. Kết quả tốt đạt 83,3% ở nhóm tập đầy đủ, so với 23,8% và 0% ở nhóm tập không đầy đủ hoặc không tập. Kết quả phục hồi kém chủ yếu ở những bệnh nhân có dạng tổn thương nhỏ giập (42,9%) so với dạng đung dập (6,3%) và 0% ở nhóm tổn thương sắc gọn. Kết quả này tương đồng với các báo cáo của tác giả Nguyễn Thế Hoàng (2006)[4]: 5 trường hợp trồng lại bàn tay đứt rời đều sống sau mổ và có kết quả phục hồi chức năng rất tốt; tác giả Mahajan, R.K.[7]: 70,5% phục hồi tốt ở 16/17 trường hợp trồng cổ tay. Nguyên nhân chủ yếu theo 2 tác giả bởi bệnh nhân trẻ tuổi, tổn thương sắc gọn, vết thương sạch, thời gian phẫu thuật ngắn. Lê Văn Đoàn (2017)[1] cũng đồng ý với nhận định này, tác giả cho rằng hình thái tổn thương, thời gian thiếu máu và tập phục hồi chức năng ảnh hưởng tới kết quả phục hồi chức năng sau trồng nổi chi.

V. KẾT LUẬN

Qua 38 trường hợp phẫu thuật trồng lại cổ - bàn tay đứt rời hoàn toàn, tỷ lệ bàn tay sống toàn bộ sau phẫu thuật trồng lại là 81,6 %. Thời gian thiếu máu: trước 6 giờ sống hoàn toàn là 6/6 BN (100%); 6-12 giờ 23/26 BN (88,5%), sau 12 giờ 2/6 BN (33,3%). Bảo quản bàn tay đứt rời: bảo quản đúng sống 31/34 BN (91,2%); bảo quản sai sống 0/4 (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả xa trên 31 BN (theo Pho R.W.H): Tốt 10/31 BN (32,3%); trung bình 17/31 BN (54,8%); kém 4/31 BN (12,9%). Chức năng bàn tay đạt kết quả tốt ở nhóm tập phục hồi chức năng: Tập đầy đủ 5/6 BN (83,3%); tập không đều 5/22 BN (22,7%); không tập 0/3 (0%). Kết quả kém ở các dạng hình thái tổn thương: Nhổ giật 3/7 BN (42,9%); đung dập 1/16 BN (6,3%); sắc gọn 0/8 BN (0%) ($p < 0,05$).

Như vậy, để đạt tỷ lệ sống cao và chức năng tốt nhất sau phẫu thuật trồng lại cổ - bàn tay đứt rời, cần chú ý đến thời gian thiếu máu cục bộ, bảo quản đúng cách bàn tay đứt rời, chẩn đoán chính xác mức độ chấn thương và theo dõi sát sao quá trình phục hồi chức năng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Đoàn & Trần Huy Hùng.** Kết quả phục hồi chức năng và yếu tố ảnh hưởng sau mổ trồng nối bàn tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y- Dược Quân sự. 2017; 8:121-127.
2. **Biemer, E.** Definitions and classifications in replantation surgery. Br J Plast Surg. 1980; 33:164-168.
3. **Gillani, S., Cao, J., Suzuki, T. & Hak, D. J.** The effect of ischemia reperfusion injury on skeletal muscle. Injury. 2012; 43:670-675.
4. **Hoang, N. T.** Hand replantations following complete amputations at the wrist joint: first experiences in Hanoi, Vietnam. J Hand Surg Br. 2006; 31:9-17.
5. **Kamarul, T. et al.** Replantation and revascularization of amputated upper limb appendages outcome and predicting the factors influencing the success rates of these procedures in a tertiary hospital: An 8-year retrospective, cross-sectional study. Journal of Orthopaedic Surgery. 2018; 26.
6. **Komatsu, S. & Tamai, S.** Successful replantation of a completely cut-off thumb. Plastic and Reconstructive Surgery. 1968; 42:374-377.
7. **Mahajan, R. K. & Mittal, S.** Functional outcome of patients undergoing replantation of hand at wrist level-7 year experience. Indian J Plast Surg. 2013; 46: 555-560.
8. **Okumus, A. & Özkan, A. C.** Upper extremity replantation results in our series and review of replantation indications. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery/Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi. 2020; 26.

PHẪU THUẬT GÃY CỘT SỐNG CỔ C1 KHÔNG VỮNG CÓ MÔ PHÒNG ĐẶT ỐC C1 TRƯỚC MỔ: BÁO CÁO LOẠT 4 CA

Huỳnh Thông Em¹, Nguyễn Hoàng Thuận¹, Lê Minh Dương¹,
Lâm Khải Duy¹, Thạch Thanh Tùng¹, Nguyễn Hữu Thuyết¹,
Trang Tiến Đạt¹, Huỳnh Kim Hiệu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá lợi ích của việc bảo tồn tầm vận động cổ trong các trường hợp gãy cột sống cổ C1 mất vững còn khả năng kết hợp xương. Phương pháp can thiệp tối ưu để đạt kết quả phẫu thuật ổn định lâu dài cần được phân tích kỹ lưỡng đối với từng bệnh nhân. **Báo cáo loạt ca và phương pháp phẫu thuật:** Báo cáo loạt 4 trường hợp gãy cột sống cổ C1, bao gồm 2 trường hợp gãy C1 mất vững được điều trị bằng kỹ thuật bắt ốc cung sau C1 và 2 trường hợp còn lại được hàn chấm-cổ, trong đó một trường hợp có tổn thương phối hợp và một trường hợp không thể kết

hợp xương. Tất cả các ca đều được đánh giá kỹ lưỡng bằng hình ảnh chụp cắt lớp vi tính tái tạo trước phẫu thuật, với kết quả lâm sàng và hình ảnh học được ghi nhận. **Kết quả:** Cả 4 trường hợp được phẫu thuật, bao gồm 3 nam và 1 nữ, nguyên nhân do tai nạn lao động và tai nạn giao thông. Tất cả đều được khảo sát hình ảnh chụp cắt lớp vi tính mô phỏng ốc cột sống cổ C1 chuẩn bị trước mổ. Hai trường hợp gãy cột sống cổ C1 mất vững đơn thuần được bắt ốc cung sau C1 và cố định bằng rod phía sau. Hai trường hợp còn lại, với tổn thương kèm theo, được hàn chấm-cổ. Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Các trường hợp kết hợp xương C1 không bị ảnh hưởng đến chức năng vận động cổ trong sinh hoạt hằng ngày, trong khi 2 trường hợp hàn chấm-cổ có giới hạn tầm vận động cổ. **Kết luận:** Phẫu thuật mở nắn và kết hợp xương C1 là phương pháp hiệu quả trong điều trị gãy C1 mất vững, giúp duy trì cấu trúc ổn định, kiểm soát đau và không làm ảnh hưởng đến tầm vận động cổ. Trong khi đó, hàn chấm-cổ tuy mang lại sự vững chắc cho cột sống nhưng hạn chế đáng kể tầm vận động cổ.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Hiệu

Email: hkhiu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024