

DOI: 10.58490/ctump.2024i80.2890

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM VÙNG CỔ TAY, BÀN NGÓN TAY BẰNG VẬT BỆN CUỐNG MẠCH LIÊN

Nguyễn Thành Tấn, Ngô Đức Hiệp, Nguyễn Tấn Phát
Huỳnh Minh Trí, Bùi Quốc Huy, Nguyễn Công Lập,
Phan Chí Linh, Đỗ Văn Khải, Nguyễn Minh Luân, Võ Hoàng Tuấn*
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 21310441392@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18/7/2024

Ngày phản biện: 24/8/2024

Ngày duyệt đăng: 25/9/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bàn tay là cơ quan thực hiện nhiều chức năng quan trọng trong cuộc sống hằng ngày, từ những thao tác trong lao động sản xuất đến các hành vi giao tiếp xã hội. Vùng bàn tay có cấu trúc giải phẫu đặc biệt với mu bàn tay ít mô đệm nên các khuyết hồng dễ lộ gân, xương, vùng lòng bàn tay có mô dày chắc khó xoay vật da tại chỗ và dễ gây sẹo dính. Các tổn thương lộ gân, xương, mạch máu và thần kinh không thể che phủ bằng việc ghép da đơn thuần mà cần được che phủ bằng một vật da. Vật bệnh cuống mạch liên được ứng dụng trong việc điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay với nhiều ưu điểm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay và đánh giá kết quả điều trị che phủ bằng vật bệnh cuống mạch liên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực trên 31 bệnh nhân khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay điều trị bằng vật bệnh cuống mạch liên. **Kết quả:** Trong 31 bệnh nhân được điều trị bằng vật bệnh cuống mạch liên có 25 nam và 6 nữ với tuổi trung bình là $38,9 \pm 13,1$. Nguyên nhân thường gặp nhất là do tai nạn lao động 80,7%, vật da có kích thước trung bình $54,43 \pm 40,51 \text{ cm}^2$ ($12-160 \text{ cm}^2$). Thời gian cắt cuống trung bình là $18,64 \pm 2,78$ ngày (14-24 ngày). **Kết luận:** Vật bệnh cuống mạch liên là lựa chọn tốt trong điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay với nhiều ưu điểm. Phương pháp này có thể thực hiện ở nhiều cơ sở mà không đòi hỏi kỹ thuật cao và sự hỗ trợ của các thiết bị vi phẫu nhưng mang lại kết quả tốt và ổn định.

Từ khóa: Khuyết hồng phần mềm bàn tay, vật bệnh, vật cuống mạch liên.

ABSTRACT

EARLY OUTCOME ASSESSMENT OF SOFT TISSUE DEFECT COVERAGE IN THE WRIST AND FINGERS USING GROIN FLAP WITH VASCULAR PEDICLE

Nguyen Thanh Tan, Ngo Duc Hiep, Nguyen Tan Phat
Huynh Minh Tri, Bui Quoc Huy, Nguyen Cong Lap,
Phan Chi Linh, Do Van Khai, Nguyen Minh Luan, Vo Hoang Tuan*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The hand is a crucial organ performing various functions in daily life, from tasks in production labor to social communication behaviors. The palm area has a unique anatomical structure with a thin dermal layer, making injuries such as tendon and bone exposure common. The palm's central area has thick, firm tissue that is difficult to fold, prone to scar adhesion. Injuries involving tendons, bones, blood vessels, and nerves cannot be simply covered with skin grafts and require coverage with a flap. The continuous fascial flap is applied to treat soft tissue defects in the wrist and fingers due to its numerous advantages. **Objective:** To describe the clinical characteristics of soft tissue defects in the wrist and fingers and evaluate the treatment

outcomes using a continuous fascial flap. **Materials and methods:** The study was conducted on 31 patients with soft tissue defects in the wrist and fingers treated with a continuous fascial flap. **Results:** Among the 31 treated patients (25 males and 6 females, average age 38.9 ± 13.1 years), the most common cause was occupational accidents (80.7%). The average flap size was 54.43 ± 40.51 cm² (range 12-160 cm²). The average flap harvesting time was 18.64 ± 2.78 days (range 14-24 days). **Conclusion:** The continuous fascial flap is an effective and safe method for treating soft tissue defects in the wrist and fingers. This method can be performed at various facilities without requiring advanced surgical techniques or sophisticated equipment, yet it yields good and stable results.

Keywords: Soft tissue defects, wrist and fingers, groin flap, vascular pedicle flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay có cấu trúc giải phẫu tương đối đặc biệt, da ở mu tay mỏng ít mô đệm dưới da là gân và xương những tổn thương vùng mu bàn tay dễ gây lộ gân xương, da vùng lòng bàn tay dày, có đệm mỡ chắc để phù hợp chức năng cầm nắm với lực ép lớn đó đó gây khó khăn trong việc xoay vật tại chỗ che phủ khuyết hồng và nguy cơ tạo sẹo co rút ở lòng bàn tay. Tổn thương vùng cổ tay và bàn ngón tay rất đa dạng với nhiều mức độ và nguyên nhân khác nhau như: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động... Các khuyết hồng phần mềm có thể sâu, rộng và có thể kèm theo tổn thương ở gân và xương. Vạt da là một sự lựa chọn phù hợp để điều trị các tổn thương này nhất là những khuyết hồng tại khớp, vùng tỉ đề để đảm bảo chức năng sinh lý tại chỗ và tính thẩm mỹ cho người bệnh.

Vào năm 1972 Gregor và Jackson lần đầu sử dụng vạt bẹn cuống mạch liền che phủ khuyết hồng phần mềm ở nhiều vị trí trong đó có vùng cẳng bàn tay mang lại kết quả tích cực với nhiều ưu điểm [1]. Cùng sự phát triển của chuyên ngành tạo hình vạt bẹn cuống mạch liền đã được ứng dụng rộng rãi và khắc phục được nhiều nhược điểm. Vào năm 2006 Kimura đề xuất kỹ thuật làm mỏng vạt bẹn làm giảm độ dày và tăng tính thẩm mỹ [2]. Bên cạnh đó Babu Bajantri và cộng sự năm 2013 đã đề cập một số kỹ thuật về tạo hình cuống vạt và tư thế bàn tay tạo nên sự thoải mái cho bệnh nhân khi bất động cánh tay và hạn chế tổn thương mạch máu vùng cuống vạt [3]. Những kết quả nghiên cứu trên đã chứng minh vai trò quan trọng của việc ứng dụng vạt bẹn trong phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm chi thể. Tuy nhiên các nghiên cứu về việc ứng dụng vạt bẹn trong tạo hình che phủ khuyết hồng vùng cổ tay, bàn ngón tay chưa nhiều. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu "Đánh giá kết quả sớm điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay bằng vạt bẹn cuống mạch liền" được thực hiện với hai mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng các khuyết hồng phần mềm cổ tay, bàn ngón tay ở bệnh nhân được điều trị bằng vạt bẹn cuống mạch liền. 2) Đánh giá kết quả sớm điều trị che phủ khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay bằng vạt bẹn cuống mạch liền.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay được điều trị bằng vạt bẹn cuống mạch liền tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Chợ Rẫy 2022-2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Các khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay có lộ gân, xương hoặc có tổn thương gân xương kèm theo, ASA $\leq$ III.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý về mạch máu ngoại vi như: viêm tắc động mạch, vữa xơ động mạch gây chít hẹp lòng mạch, hội chứng Raynaud. Có tổn thương vùng định lấy vạt hoặc tổn thương trên đường đi của động mạch cấp máu cho vạt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** 31 bệnh nhân thỏa mãn với tiêu chuẩn chọn bệnh.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm lâm sàng:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp và nguyên nhân tổn thương.

+ Đặc điểm lâm sàng: Vị trí tổn thương, tính chất và kích thước khuyết hồng.

+ Kết quả điều trị

+ Trong phẫu thuật: Phương pháp vô cảm, tình trạng khuyết hồng, tổn thương kèm theo, tích chất vạt sử dụng và diện tích của vạt.

+ Kết quả sau mổ: Thời gian cắt cuống vạt, đánh giá sự sống của vạt và tình trạng nơi cho vạt theo tiêu chuẩn đánh giá của Oberlin C. và Duparc J, sự hài lòng của bệnh nhân.

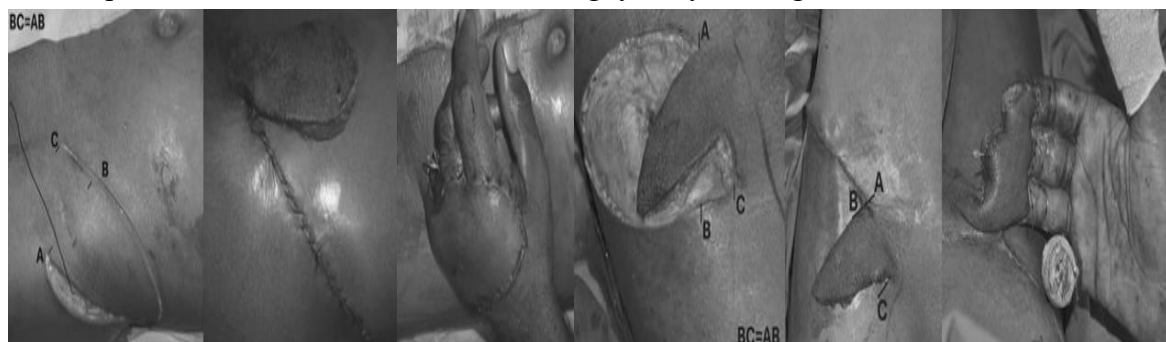
- **Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:**

+ Chuẩn bị bệnh nhân:

Thiết kế vạt: Xác định cuống mạch nuôi của vạt là động mạch mũ chậu nông xuất phát từ động mạch đùi dưới dây chằng bẹn 2cm vẽ sơ đồ đường đi của mạch hướng về phía gai chậu trước trên. Giới hạn dưới của vạt cách dây chằng bẹn khoảng 5cm và kích thước vạt có thể sử dụng là 10x20cm. Vẽ hình dạng vạt dựa trên kích thước và hình dạng khuyết hồng. Chiều rộng của vạt có thể lớn hơn khuyết hồng 5-10mm và đảm bảo trục mạch nằm ở trung tâm của vạt.

+ Kỹ thuật mổ

Bóc tách vạt: Rạch da theo đường vạt đã thiết kế, vạt da được bóc tách đơn giản và an toàn tới lớp cân sâu từ ngoài vào trong và từ trên xuống dưới. Động mạch mũ chậu nông chia hai nhánh nông và sâu thường cách nguyên ủy khoảng 1,5cm, nhánh nông đi trong lớp mô dưới da trên cân là nhánh cấp máu chính cho vạt, nhánh sâu đi dưới lớp cân và xuyên qua cân tại bờ ngoài cơ may có thể cột hoặc bóc tách cả phần cân cơ máy để lấy nhánh sâu, do nhánh sâu cấp máu cho vùng ngoài gai chậu trước trên của vạt khi cần tăng chiều dài của vạt. Tiếp tục bóc tách vạt trên cân đến cách nguyên ủy khoảng 2cm.



Hình 1. Thiết kế cuống vạt. Nguồn: Babu Bajantri (2013) [3].

Tiếp theo, khâu tạo hình cuống vạt dựa trên vị trí khuyết hồng. Có thể khâu cuống vạt thành hình ống cho phần lớn các trường hợp đồng thời che phủ tổn thương kiểu lột gang, ngoài ra tổn thương ở mặt lưng thì cuống vạt thiết kế úp từ dưới lên còn tổn thương mặt lòng thì vạt được úp từ trên xuống. Sau khi cầm máu kỹ càng vạt được ghép vào vùng khuyết hồng.

Chăm sóc, theo dõi tình trạng sống của vật qua màu sắc vật, nhiệt độ trên bề mặt vật, sự hồi lưu mao mạch của vật.

Cắt cuống vật: Kiểm tra sự sống của vật sau khi chặn nguồn máu nuôi từ cuống vật có thể dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ hoặc bằng thun mềm băng rộng trên 1cm nếu có bất thường tưới máu sẽ kiểm tra lại sau 1 tuần, thường vật được cắt cuống sau 2- 3 tuần.

Tái khám: 4, 12 tuần.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Đạo đức Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 22.351.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- **Đặc điểm chung:** Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu có 25 nam và 6 nữ. Tuổi trung bình là $38,9 \pm 13,1$, nhóm tuổi 20-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 96,77%. Nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm 87,1%.

- **Đặc điểm lâm sàng:** Tổn thương xảy ra ở tay phải nhiều hơn tay trái với tỉ lệ 20:11. Tổn thương phần lớn ở vùng ngón tay chiếm 58,06%. Bỏng hoại tử gây khuyết hồng phần mềm chiếm 70,96%. Diện tích tổn thương trung bình $44,38 \pm 34,71 \text{ cm}^2$ với tổn thương lớn nhất là 140 cm^2 , lộ gân gấp trong tất cả các trường hợp trong đó tổn thương gân kèm theo chiếm 48,38% trường hợp.

3.2. Kết quả điều trị

- **Trong lúc phẫu thuật:** Hầu hết bệnh nhân được gây mê toàn thân, có 1/31 trường hợp bệnh nhân được gây tê tại chỗ. Có 5/31 trường hợp tổn thương xương kèm theo và 4/31 trường hợp cần cố định bằng đinh Kirschner. Có 90,33% vật được sử dụng là vật da mỡ và 9,67 vật da cân mỡ, tất cả đều được cấp máu từ động mạch mũ chậu nông.

- **Kết quả phẫu thuật:** Thời gian tách cuống trung bình là $18,64 \pm 2,78$ ngày. Sớm nhất là 14 ngày và muộn nhất là 24 ngày.

Bảng 1. Diện tích vật

Kích thước vật	Số ca
$S < 60 \text{ cm}^2$	21
$60 \leq S < 100 \text{ cm}^2$	3
$S \geq 100 \text{ cm}^2$	7

Nhận xét: Diện tích vật da trung bình là $54,16 \pm 40,03 \text{ cm}^2$, diện tích vật da dưới 60 cm^2 chiếm tỉ lệ cao 67,74%, diện tích nhỏ nhất là 12 cm^2 , lớn nhất là 160 cm^2 .

Bảng 2. Kích thước vật

Đặc điểm vật da	Trung bình	Nhỏ nhất-lớn nhất
Chiều dài (cm)	$8,64 \pm 3,03$	4 - 16
Chiều rộng (cm)	$5,77 \pm 2,44$	3 - 10
Độ dày (mm)	$7,03 \pm 2,52$	4 - 12

Nhận xét: Chiều dài trung bình của vật là $8,64 \pm 3,03 \text{ cm}$ với chiều dài nhỏ nhất ghi nhận là 4cm và chiều dài lớn nhất là 16cm. Chiều rộng trung bình của vật là $5,77 \pm 2,44 \text{ cm}$ với chiều rộng nhỏ nhất ghi nhận là 3cm và chiều rộng lớn nhất là 10cm. Độ dày được đo

tại mép vạt sau khi đã bóc có kích thước trung bình của vạt da là $7,03 \pm 2,52\text{mm}$ dao động trong khoảng từ 4 – 12mm.

Bảng 3. Kết quả tái khám sau 1 tháng

	Kết quả	Số ca	Tổng
Nơi nhận vạt	Lành hoàn toàn	29	31
	Hoại tử mép vạt	2	
	Hoại tử > 1/3 diện tích vạt	0	

Nhận xét: Có 93,55% vạt sống hoàn toàn sau 1 tháng, hoại tử một phần mép vạt chiếm 6,45%. Không có trường hợp nào hoại tử hoàn toàn. Sau 3 tháng 100% sống hoàn toàn 77,42% bệnh nhân có kết quả vạt lành tốt, sẹo mềm mại vạt không quá dày và 32,58 bệnh nhân có sẹo phi đại nhẹ vạt cao hơn bề mặt vừa phải. Nơi cho vạt có 67,74% bệnh nhân có sẹo mềm mại và 32,26% bệnh nhân có sẹo phi đại nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm chung: Chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là $38,9 \pm 13,1$, nhóm tuổi từ 20 đến dưới 60 tuổi có tỉ lệ cao nhất 96,77% cũng là nhóm tuổi lao động chính với tỷ lệ nam/nữ là 25/6. Nguyễn Đức Thành (2018) với độ tuổi dao động trong khoảng 17-64 [4]. Tổn thương do chủ yếu tai nạn lao động chiếm 87,1% tương tự với nghiên cứu của tác giả Andrzej Żyluk và cộng sự (2022) với nguyên nhân chủ yếu gây khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay là do tai nạn lao động chiếm 93,54% [5].

Đặc điểm lâm sàng: Vị trí tổn thương thường gặp trong nghiên cứu là ngón tay chiếm 58,06%. Tương đồng với nghiên cứu của Samir Jabaiti (2020) tổn thương chủ yếu nằm ở vùng ngón tay chiếm 47,05 % [6]. Lộ gân gặp trong tất cả các trường hợp và có 48,35% trường hợp tổn thương gân. Điều này là do ngón tay là cơ quan vận động chức năng trong bàn tay tiếp xúc trực tiếp với các thiết bị lao động. Diện tích tổn thương trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $44,38 \pm 34,71 \text{ cm}^2$. Trong đó, diện tích tổn thương từ dưới 60 cm^2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,74%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành (2018) kích thước trung bình của tổn thương là $75,96 \pm 46,71 \text{ cm}^2$ đa số bệnh nhân có diện tích khuyết da của vết thương nhỏ dưới 60 cm^2 chiếm 69,6% [4].

4.2. Kết quả điều trị

Kết quả trong phẫu thuật: Trong nghiên cứu cả chúng tôi phân lớn được thực hiện dưới gây mê toàn thân chiếm tỉ lệ 96,77%, 1/31 trường hợp được thực hiện chuyển vạt dưới gây tê tại chỗ. Trong nghiên cứu Nguyễn Đức Thành (2018) và Andrzej Żyluk (2022) việc gây tê tại chỗ cũng được thực hiện với vạt có kích thước vừa phải bên cạnh đó việc gây tê tại chỗ giúp giảm đau và cầm máu sau mổ đối với bệnh nhân được tê tại chỗ [4], [5].

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tổn thương lộ gân gặp ở hầu hết các trường hợp, 48,38% tổn thương gân kèm theo, 16,12% tổn thương xương trong đó có 12,9% tổn thương cả gân và xương, 12,9% gãy xương và cần cố định bằng đinh Kirschner. Kết quả có khác biệt với nghiên cứu của Andrzej Żyluk (2022) có 19,35% bệnh nhân gãy xương, 9,76% tổn thương gân cần khâu nối [5]. Sự khác biệt trên có thể do sự khác biệt của nguyên nhân tổn thương và vị trí tổn thương.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 90,33% vạt được sử dụng là vạt da mỡ và 9,67 vạt da cân mỡ, tất cả đều được cấp máu từ động mạch mũ chậu nông. Dựa trên các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Trần Văn Dương (2016) và Nguyễn

Đức Thành (2018) và Cédric Zubler (2021) về giải phẫu của vật ben đều cho thấy tỷ lệ hiện diện của động mạch mũ chậu nông đạt 100% [7], [4], [8]. Vào năm 2018 Mohamed Abdelrahman đã thực hiện một nghiên cứu về việc bóc vật ben da mỡ trên lớp cân một cách an toàn. Nghiên cứu được thực hiện trên 77 bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm vùng bàn tay được chia thành 2 nhóm gồm vật ben được bóc trên cân và vật ben được bóc tách cả phần cân. Nghiên cứu trên cho thấy vật trên cân là một lựa chọn an toàn và không ảnh hưởng đến kết quả, vật mỏng hơn tạo điều kiện thuận lợi cho việc che phủ khuyết hồng phần mềm vùng bàn tay [9].

Các vật sử dụng trong nghiên cứu có chiều dài trung bình của vật là $8,64 \pm 3,03$ cm dao động trong khoảng từ 4 -16 cm. Chiều rộng trung bình của vật là $5,77 \pm 2,44$ cm dao động trong khoảng từ 3-10 cm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng các tác giả như Nguyễn Đức Thành (2018) với chiều dài và rộng $9,65 \pm 5,40$ cm, $7,09 \pm 3,13$ cm [4]. Theo một nghiên cứu gần đây của Cédric Zubler (2021) về giải phẫu vùng cấp máu cho vật ben cho thấy vùng tưới máu của nhánh nông có chiều dài trung bình $14,6 \pm 2,5$ cm và chiều rộng là $9,7 \pm 2,7$ cm [8]. Độ dày trung bình của vật là $7,03 \pm 2,52$ mm dao động trong khoảng từ 4 -12 mm. Vật dày hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành (2018) với vật có độ dày trung bình là $3,68 \pm 0,95$ mm dao động trong khoảng 3-5 mm [4]. Việc làm mỏng vật dựa trên sự đề xuất của Kimura (2006) bằng việc lấy bớt mô mỡ dưới da xung quanh mạch máu chỉ để lại 5mm mô mỡ xung quanh để bảo vệ đám rối mạch dưới da [2].

Diện tích vật trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $54,16 \pm 40,03$ cm², diện tích nhỏ nhất là 12 cm², lớn nhất là 160 cm², có 22,58% vật có kích thước trên 100 cm². Trong đó, diện tích vật dưới 60 cm² chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,74%. Do phần lớn tổn thương tại vị trí ngón tay. Kết quả trên cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Đức Thành (2018) với diện tích trung bình của vật là $74,35 \pm 47,15$ cm², trong đó 69,6% vật có diện tích dưới 60 cm², 17,4% vật có diện tích trên 100 cm² [4]. Mặt khác Mohamed Abdelrahman (2018) thực hiện nghiên cứu bóc tách vật ben lớn nhất ghi nhận là 9x20 cm đối với vật trên cân [9].

Kết quả sau phẫu thuật: Thời gian cắt cuống vật sau khi ghép là $18,64 \pm 2,78$ ngày, thời gian cắt cuống ngắn nhất là 14 ngày, dài nhất là 24 ngày. Thời gian cắt cuống trong nghiên cứu chúng tôi có sớm hơn so với các nghiên cứu khác, Nguyễn Đức Thành (2018) Thời gian cắt cuống vật sau khi ghép là $20,63 \pm 1,78$ ngày, Andrzej Żyluk (2022) và Samir Jabaiti (2020) thời gian cắt cuống là 3 tuần. Việc cắt cuống vật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước vật, tình trạng khuyết hồng, và sự theo dõi sau mổ [5], [6].

Sau cắt cuống vật một tháng có 93,54% sống hoàn toàn, có 6,46% vật có hoại tử mép vật cần cắt lọc khâu kín và lành tốt. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành (2018) với 95,65% vật sống hoàn toàn sau cắt cuống và 4,35% vật có hoại tử lớp thượng bì [4]. Sau 3 tháng 100% vật sống hoàn toàn, 77,42% bệnh nhân có kết quả vật lành tốt, sẹo mềm mại vật không quá dày và 32,58 bệnh nhân có sẹo phì đại nhẹ vật cao hơn bề mặt vừa phải. Nơi cho vật có 64,51% bệnh nhân có sẹo mềm mại và 35,49% bệnh nhân có sẹo phì đại nhẹ. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành (2018) có 65,21% trường hợp sẹo mềm mại và 34,78% trường hợp sẹo giãn [4].

V. KẾT LUẬN

Vật ben cuống mạch liên là lựa chọn tốt trong điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay với nhiều ưu điểm. Phương pháp này có thể thực hiện ở nhiều cơ sở mà không đòi hỏi kỹ thuật cao và sự hỗ trợ của các thiết bị vi phẫu nhưng mang lại kết quả tốt và ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mc Gregor, The groin flap, *Br J Plast Surg*. 1972. 25, 3-16.
 2. Naohiro Kimura và Masami Saitoh. Free microdissected thin groin flap design with an extended vascular pedicle, *Plastic and reconstructive surgery*. 2006. 117(3), 986-992. DOI: 10.1097/01.prs.0000200618.85172.22.
 3. Babu Bajantri, Latheesh Latheef và Shanmuganathan Raja Sabapathy. Tips to orient pedicled groin flap for hand defects. *Techniques in Hand & Upper Extremity Surgery*. 2013. 17(2), 68-71. DOI: 10.1097/BTH.0b013e31827ddf47.
 4. Nguyễn Đức Thành. Nghiên cứu giải phẫu mạch máu vật bẹn và đối chiếu với ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình. Trường đại học Y dược Hà Nội, Hà Nội. 2018.
 5. Żyluk Andrzej. Outcomes of coverage of the soft tissue defects in the hand with a groin flap. *Pol Przegl Chir*. 2022. 95(2), 1-5. DOI: 10.5604/01.3001.0015.8478.
 6. Jabaiti Samir, M. Ahmad và S. A. AlRyalat. Reconstruction of Upper Extremity Defects by Random Pedicle Abdominal Flaps: Is It Still a Valid Option?, *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020. 8(3), e2687, DOI: 10.1097/GOX.0000000000002687.
 7. Trần Văn Dương. Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng vật bẹn dạng tự do trong điều trị khuyết hông mô mềm ở chi thể, luận án Tiến sĩ, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108, Hà Nội. 2016.
 8. Zubler Cédric và các cộng sự. The anatomical reliability of the superficial circumflex iliac artery perforator (SCIP) flap, *Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger*. 2021. 234, 151624. DOI: 10.1016/j.aanat.2020.151624.
 9. Abdelrahman Mohamed và các cộng sự. Suprafascial dissection of the pedicled groin flap: A safe and practical approach to flap harvest, *Microsurgery*. 2018. 38(5), 458-465. DOI: 10.1002/micr.30238.
-