

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT DA
NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH NGÓN TAY
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Dương Công Điền^{1}, Phạm Hoàng Lai²*

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Bệnh viện Quân Y 121

**Email: dr.dienduong@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vật da nhánh xuyên động mạch ngón tay là lựa chọn tốt trong điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật da nhánh xuyên động mạch ngón tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 bệnh nhân bị khuyết hồng phần mềm ngón tay được điều trị phẫu thuật tạo hình bằng vật da nhánh xuyên động mạch ngón tay tại Khoa Bỏng – tạo hình thẩm mỹ, từ 01/2021 – 06/2022. **Kết quả:** Ngón 1 bị tổn thương nhiều nhất (38,5%), đốt xa (92,3%), dạng mồm cụt (71,8%); Diện tích trung bình của tổn thương và của vật da lần lượt là $347,26 \pm 86,81\text{mm}^2$ và $429,23 \pm 135,81\text{mm}^2$; Thời gian điều trị trung bình là $1,77 \pm 0,95$ ngày; Tỷ lệ sống của vật da hoàn toàn là 92,3%; Sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ tốt của vật da là 100%; Sau 03 tháng, chức năng vận động ngón tay đạt loại tốt là 89,7%; Mức rất hài lòng và hài lòng của BN là 94%. **Kết luận:** Vật da nhánh xuyên động mạch ngón tay sử dụng che phủ khuyết hồng phần mềm ngón tay cho tỷ lệ vật sống hoàn toàn chiếm

(92,3%). Là vật liệu tạo hình tốt để điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay do đảm bảo được chức năng che phủ, phục hồi vận động và đạt được sự hài lòng của bệnh nhân.

Từ khóa: Nhánh xuyên động mạch, khuyết hồng phần mềm, ngón tay, vạt.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS OF FINGER SOFT TISSUE DEFECTS BY FINGER PERFORATOR ARTERY FLAP AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Duong Cong Dien^{1*}, Pham Hoang Lai²

1. Can Tho Central General Hospital

2. Military Medical Hospital 121

Background: The finger perforator artery flap is a good choice for treating soft tissue defects of the finger. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and assess the treatment results of finger soft tissue defects with finger perforator artery flap at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional description of 39 patients with soft tissue defects of the finger who were treated with plastic surgery by finger perforator artery flap at the Department of Burns and Plastic Surgery from 01/2021 to 06/2022. **Results:** The most affected fingers were finger 1 (38.5%), distal phalanges (92.3%), and amputated finger form (71.8%); The mean area of the lesion and the skin flap were $347.26 \pm 86.81\text{mm}^2$ and $429.23 \pm 135.81\text{mm}^2$, respectively; The average duration of treatment was 1.77 ± 0.95 days; The survival rate of skin flap is 92.3%; 1 month after surgery, the good rate of skin flap is 100%; After 03 months of surgery, 89.7% of cases have good finger motor function; Satisfaction rate of patients at the very satisfied and satisfied level is 94%. **Conclusion:** A finger perforator artery flap was used to cover finger soft tissue for total vital flap rate (92.3%). It is a good aesthetic material for treating finger soft tissue defects due to its ability to cover function, restore movement and achieve patient satisfaction.

Keywords: Perforator artery, soft tissue defect, finger, flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương ngón tay sẽ để lộ mạch máu, thần kinh, gân, xương và khớp ngón tay, nhiễm trùng sâu rộng, gây khó khăn điều trị, có khi phải tháo bỏ ngón tay hoặc một phần ngón tay gây ảnh hưởng quan trọng đến chức năng bàn tay [3]. Tùy theo tổn thương của ngón tay, vị trí của tổn thương, mặt mu tay hay mặt lòng bàn tay, vết thương (VT) gây mất khối lượng phần mềm nhiều hay ít, mà có những cách thức điều trị khác nhau, từ đơn giản đến phức tạp, một số phương pháp có thể sử dụng: vạt chéo ngón [1], vạt da cuống ngoại vi [11],... Trên thế giới, đã có nhiều tác giả nghiên cứu (NC) ứng dụng vạt da nhánh xuyên động mạch (NXĐM) ngón tay trong điều trị khuyết hồng phần mềm (KHPM) ngón tay cho kết quả tốt về hình dạng và chức năng ngón tay như: Koshima I, et al (2006) [10], Hongjiu Qina, et al (2020) [8]... Ở Việt nam, đã ứng dụng vạt da nhánh xuyên động mạch ngón tay trong điều trị KHPM ngón tay, tại nhiều cơ sở Bệnh viện lớn. Nhưng nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị KHPM ngón tay bằng vạt da NXĐM ngón tay chưa nhiều, còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng khuyết hồng phần mềm ngón tay được điều trị bằng vạt da nhánh xuyên động mạch ngón tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. (2) Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm

ngón tay bằng vật da nhánh xuyên động mạch ngón tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân KHPM ngón tay, đến khám và điều trị tại Khoa Bỏng - tạo hình thẩm mỹ, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ 01/2021- 06/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân (BN) ≥ 16 tuổi bị KHPM đốt ngón tay để lộ gân hay xương và có chỉ định điều trị bằng vật da NXĐM ngón tay; BN đồng ý tham gia NC.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các khuyết hồng toàn bộ ngón tay kiểu liệt găng, khuyết hồng chu vi đốt, khuyết hồng từ hai đốt ngón trên cùng một mặt; Tồn thương nơi cho vật hoặc tổn thương mạch máu ngón tay kèm theo; BN mắc các bệnh viêm tắc ĐM hay bệnh lý mạch máu ngoại biên, rối loạn đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

$Z(1-\alpha/2)$: Là phân vị của phân phối chuẩn bình thường tại $1-\alpha/2$ (1,96);

α : 0,05; p : 96,3% [9], d : Độ chính xác (0,06), cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n \geq 38$.

Chọn tất cả BN đến khám và điều trị tại khoa Bỏng - tạo hình thẩm mỹ, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu vào mẫu nghiên cứu. Chúng tôi chọn được 39 bệnh nhân vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, nguyên nhân tổn thương, tiền sử bệnh lý, vị trí tổn thương

+ Đặc điểm lâm sàng: Đặc điểm tổn thương: Ngón tay bị tổn thương, vị trí tổn thương đốt ngón tay, hình dạng tổn thương, vị trí mặt đốt tổn thương, tình trạng VT ngay khi nhập viện, tổn thương kèm theo, kích thước và diện tích tổn thương ngón tay. Đặc điểm vật tạo hình: Vị trí cho vật, kích thước và diện tích vật da.

+ Đánh giá kết quả điều trị: Thời gian điều trị; Kết quả sau phẫu thuật: đánh giá khả năng che phủ của vật, tình trạng nơi cho vật, sức sống của vật, phân loại kết quả sống của vật; Kết quả gần và xa (ngay sau mổ và 3 tháng đầu, sau 3 tháng): Tình trạng vật, khả năng phục hồi tầm vận động của khớp bàn ngón và khớp liên đốt theo tiêu chuẩn TAM (Total Active motion) phân loại của Hiệp Hội Phẫu Thuật Bàn Tay Hoa Kỳ, đánh giá mức độ phục hồi cảm giác vật da, sự hài lòng của BN được đánh giá theo thang điểm Linkert.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Thu thập thông tin hành chánh, các triệu chứng cơ năng và thực thể qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

+ Quy trình phẫu thuật, chăm sóc, theo dõi sau mổ: Sát trùng, rửa sạch VT lấy bỏ hết dị vật và cắt lọc VT. Đo kích thước của tổn thương. Lấy giá trị chiều dọc và chiều ngang lớn nhất để tính diện tích vùng tổn thương. Sau đó thiết kế vật da theo hình dạng tổn thương với các số đo tương ứng. Vật luôn được thiết kế rộng hơn tổn khuyết. Rạch da, bóc tách vật

từ xa đến gần, dọc theo cuống vật. Bộc lộ các nhánh xuyên từ ĐM ngón tay lên vật. Di chuyển vật đến vùng nhận, khâu cố định vật da bằng chỉ premilene 4.0. Vùng cho vật da được khâu kín trực tiếp hay ghép da dày. Thay băng, dùng kháng sinh từ 5 – 7 ngày, cắt chỉ sau mổ 10 ngày. Theo dõi, tái khám định kỳ và đánh giá kết quả sau phẫu thuật tại thời điểm: 1, 4, 12, 24 tuần.

- **Phương pháp kiểm soát sai số:** Dụng cụ đo lường đạt chuẩn. Bộ câu hỏi NC đầy đủ, súc tích, dễ hiểu. Nhập liệu và xử lý số liệu có đôi chiều, kiểm tra.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu NC được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và các phép toán thông thường.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Số 33/PCT-HĐĐĐ, ngày 30/03/2021.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tỷ lệ nam, nữ trong NC tương ứng là 94,9% và 5,1%. Tuổi trung bình (TB) của BN là $31,85 \pm 10,45$ tuổi. Tỷ lệ nhóm tuổi BN gồm: dưới 18 tuổi (5,1%), 18-50 tuổi (89,7%) và trên 50 tuổi (5,1%). Nguyên nhân tổn thương: Tai nạn lao động (66,7%), tai nạn sinh hoạt (30,%) và tai nạn giao thông (2,6%). Nghề nghiệp: công nhân (30,8%), viên chức (7,7%), học sinh/sinh viên (2,6%) và nghề khác (59,0%). Tổn thương ở tay phải (64,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

- **Tỷ lệ, vị trí và phân loại tổn thương ngón tay:** Tỷ lệ tổn thương ở các ngón tay: ngón 1 là 38,5%, ngón 2 là 20,5%, ngón 3 là 28,2%, ngón 4 là 7,7%, ngón 5 là 5,1%. Tổn thương đốt giữa (7,7%), đốt xa (92,3%), không ghi nhận tổn thương ở đốt gần. Theo phân loại tổn thương đốt xa của Rosenthal E.A thì tổn thương vùng III chiếm tỷ lệ cao nhất 20 trường hợp (76,67%), tỷ lệ vùng I và vùng II bằng nhau là (20,5%), 3 trường hợp còn lại là tổn thương đứt lia ngón tay đến đốt giữa.

- **Đặc điểm tổn thương:** Tổn thương dạng móm cụt thường gặp ở đốt xa, chiếm tỷ lệ 71,8% (28/39); tổn thương ở mặt lòng chiếm tỷ lệ 23,1% (9/39); tổn thương mặt bên chiếm tỷ lệ 5,1% (2/39), 1 ở đốt xa và 1 ở đốt giữa. Tình trạng VT trước khi nhập viện dạng nham nhỡ, sắc gọn chiếm tỷ lệ tương ứng là 92,3% và 5,1%, dạng khác chiếm tỷ lệ 2,6%.

- **Tổn thương kèm theo:** Tổn thương xương kèm theo chiếm tỷ lệ 64,1%; tổn thương cả xương và gân kèm theo với tỷ lệ 7,7%, không có tổn thương xương và gân kèm theo là 28,2%.

- **Kích thước và diện tích tổn thương ngón tay:** Chiều dài tổn thương TB là $21,51 \pm 2,88$ mm, ngắn nhất là 15 mm và dài nhất là 32 mm. Chiều rộng tổn thương TB là $15,97 \pm 2,49$ mm, ngắn nhất là 11 mm và dài nhất là 20 mm.

Bảng 1. Phân bố diện tích tổn thương KHPM đốt ngón tay

Diện tích (mm)	100 - < 200	200 - < 300	≥ 300	Tổng
Tần số (n)	2	7	30	39
Tỷ lệ %	5,1	17,9	76,9	100,0

Nhận xét: Diện tích TB của tổn thương là $347,26 \pm 86,81$ mm². Diện tích VT mất da nhỏ nhất là 165 mm², diện tích VT mất da lớn nhất là 640 mm² và diện tích tổn thương >300 mm² chiếm đa số 30/39 (76,9%).

- Đặc điểm vạt da: Vị trí cho vạt da NXĐM ngón tay phân bố ở các đốt ngón tay. Tỷ lệ lấy vạt ở đốt bàn chiếm tỷ lệ là 30,8%, đốt giữa là 38,4% và đốt xa là 30,8%. Tình trạng nơi cho vạt: ghép da nơi cho vạt da được thực hiện ở tất cả các ngón tay dài. Ngược lại, đóng kín da nơi cho vạt chỉ có thể ở ngón 1, nơi cho vạt da phải lấy từ đốt bàn ngón 1. Đóng kín da nơi cho vạt da chiếm tỷ lệ 38,5% (15/39). Kích thước và diện tích vạt da: Chiều dài vạt da TB là $26,72 \pm 4,94$ mm, ngắn nhất là 20 mm và dài nhất là 45 mm. Chiều rộng vạt da TB là $15,82 \pm 2,29$ mm, ngắn nhất là 12 mm và dài nhất là 22 mm.

Bảng 2. Phân bố diện tích vạt che phủ KHPM đốt ngón tay

Diện tích vạt (mm)	200 - < 300	300 - < 400	≥ 400	Tổng
Số trường hợp	4	15	20	39
Tỷ lệ %	10,3	38,5	51,3	100,0

Nhận xét: Vạt da được thiết kế dựa trên kích thước tổn thương. Diện tích vạt da TB là $429,23 \pm 135,81$ mm², nhỏ nhất là 240 mm², lớn nhất là 990 mm², diện tích vạt da >400 mm² có tỷ lệ cao nhất 51,3% (20/39).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

- Thời gian điều trị: Thời gian điều trị TB là $1,77 \pm 0,95$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 6 ngày. BN nằm điều trị 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,3% (20/39).

- Kết quả sau mổ và trong 3 tháng đầu:

+ Tình trạng nơi nhận vạt: Tất cả các trường hợp KHPM ngón tay đều được che phủ hoàn toàn bằng vạt da nhánh xuyên ĐM ngón tay. Tỷ lệ sống của vạt da hoàn toàn là 92,3%, hoại tử một phần là 7,7%, không có trường hợp nào vạt da bị hoại tử hoàn toàn. Phân loại kết quả sống của vạt da theo Oberlin.C và Duparc.J: tỷ lệ tốt và TB lần lượt là 28,2% và 71,8%, không có trường hợp xấu. Phân loại sức sống của vạt sau phẫu thuật 1 tháng: tỷ lệ tốt là 100%.

+ Tình trạng nơi cho vạt: Phân loại kết quả nơi cho vạt sau phẫu thuật 1 tháng: tỷ lệ tốt và TB chiếm tỷ lệ lần lượt là 38,5% và 61,5%, không có trường hợp xấu. Trường hợp cần ghép da nơi cho vạt chiếm tỷ lệ là 61,5%, da sẫm màu hơn xung quanh và hơi lõm nhẹ. Trường hợp nơi cho vạt được khâu trực tiếp lành tốt, không sẹo co kéo chiếm tỷ lệ 38,5% (15/39).

- Đánh giá chức năng, thẩm mỹ sau 3 tháng:

+ Chức năng vận động ngón tay: Sau phẫu thuật 01 tháng: 100% trường hợp chức năng vận động ngón tay đạt loại TB, vận động ngón tay bị hạn chế, đau khi va chạm vào tổn thương, nhưng vẫn thực hiện được các động tác cơ bản: gấp, duỗi, đối chiếu các ngón...Sau 03 tháng phẫu thuật: 89,7% (35/39) trường hợp chức năng vận động ngón tay đạt loại tốt, bàn tay và ngón tay thực hiện được các động tác bình thường. Chỉ 10,3% (4/39) trường hợp đạt loại TB. Khả năng phục hồi tầm vận động của khớp bàn ngón và khớp liên đốt theo tiêu chuẩn TAM (Total Active motion): loại tốt và khá chiếm tỷ lệ tương ứng là 71,8% và 25,6%, chỉ có 2,6% (1/39) chiếm tỷ lệ kém.

+ Cảm giác vạt da: Mức độ phục hồi cảm giác vạt da theo thang điểm Mackinnon-Dellon: 100% BN đạt mức kém, trước 3 tháng không có cảm giác vạt, sau 3-6 tháng hầu hết BN nhận biết được có áp lực đè lên vạt da, nhưng không nhận biết được cảm giác nóng lạnh và phân biệt hai điểm.

+ Thẩm mỹ ngón tay bị thương: Đánh giá mức độ hài lòng của BN tại thời điểm ghi nhận lành VT bằng thang điểm Linkert. Tỷ lệ hài lòng của BN ở mức cực kỳ hài lòng là

5,1%, rất hài lòng là 48,7%, hài lòng là 46,2%, không có trường hợp hài lòng ít và hoàn toàn không hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tỷ lệ nam giới trong NC của chúng tôi là 94,9%, phù hợp với NC của một số tác giả khác trong và ngoài nước: Lê Minh Hoan là 70% [2], Nguyễn Đức Tiến là 66,1% [4], Koshima .I là (80%) [10]. Đa số BN trong NC chúng tôi từ 18 – 50 tuổi (67,7%) là độ tuổi lao động, tương đồng với NC của Nguyễn Đức Tiến (2021) với tuổi từ 20 – 60 tuổi là (78,3%), Liu BS (2018) độ tuổi từ 26 – 65 tuổi là 42,6% [4], [11]. Công nhân chiếm tỉ lệ cao (30,8%). Nguyên nhân tổn thương do tai nạn lao động chiếm đa số (41,9%). Kết quả này phù hợp với tình hình Việt Nam là một nước đang phát triển, lao động chân tay, vận hành máy móc chiếm tỷ lệ cao. Mai Thế Đức [1] và Phan Dzur Lê Thắng [5], công nhân chiếm tỉ lệ là 67,7% và 51,5%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

- Tỷ lệ, vị trí và phân loại tổn thương ngón tay:

Trong NC của chúng tôi, ngón tay bị tổn thương nhiều nhất là ngón 1 (38,5%), ngón 2 (20,5%), ngón 3 (28,2%), ngón 4 và ngón 5 ít gặp hơn. Lê Minh Hoan [2], Nguyễn Đức Tiến [4] cũng ghi nhận KHPM ở ngón tay tổn thương chủ yếu ở ngón 2 và ngón 3. Liu. B.S [11], Parmak U [12] ghi nhận tổn thương chủ yếu ở ngón 2 và 3. Điều này cho thấy tổn thương KHPM ngón tay hay gặp ở các ngón dài và ngón cái, ngón 4 và ngón 5 ít gặp hơn.

Các tác giả Lê Minh Hoan, Haluk O, Ileana Rodica M [2], [7], [9] cũng ghi nhận tổn thương hay gặp hầu hết ở đốt xa. Theo phân loại tổn thương đốt xa của Rosenthal E.A thì tổn thương vùng III trong NC của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất (76,67%).

- Đặc điểm tổn thương:

Trong NC của chúng tôi, tổn thương dạng mồm cụt chiếm tỷ lệ cao nhất (71,8%) thường gặp ở đốt xa. Haluk O [7] cũng ghi nhận tổn thương dạng mồm cụt chiếm đa số (60%).

Đa số là VT nham nhở chiếm tỷ lệ 92,3% (36/39), bầm bấn, tổn thương móng và lộ xương. Do đó cần điều trị sớm cho BN, nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng VT và làm chậm quá trình lành thương, ảnh hưởng đến chức năng bàn ngón tay.

- Tổn thương kèm theo:

Chúng tôi ghi nhận có 64,1% tổn thương KHPM có tổn thương xương kèm theo. Có 3 trường hợp tổn thương đứt mất ngón tay đến đốt giữa có cả tổn thương gân và xương. NC của tác giả Lê Minh Hoan có tới 8/10 trường hợp có tổn thương xương đốt xa kèm theo. Do các tổn thương KHPM thường phức tạp nên việc lựa chọn vật liệu che phủ phù hợp là cần thiết để vừa bảo tồn độ dài ngón tay, đảm bảo chức năng cần thiết vừa hạn chế tổn thương nơi cho vật, hiệu quả và tính thẩm mỹ cao.

- Kích thước và diện tích tổn thương:

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kích thước của tổn thương gồm chiều dài và chiều rộng, từ đó tính được diện tích của tổn thương (bảng 3). NC, chúng tôi ghi nhận tổn thương trên tất cả các ngón tay, tương tự như các tác giả Ileana Rodica M [9], Haoliang H [6], do tổn thương gặp nhiều ở ngón cái (38,5%) nên diện tích tổn thương >300 mm² chiếm đa số (76,9%).

Bảng 3. So sánh diện tích tổn thương

Diện tích tổn thương(mm ²)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	TB
Chúng tôi	165	640	347,26
Ileana Rodica M	100	300	180
Haoliang H	180	1050	415

- **Đặc điểm vật da:** Trong NC của chúng tôi, vật được lấy ở mặt lưng đốt gần hoặc đốt giữa các ngón tay dài và đốt bàn hoặc đốt gần ngón 1. NC của chúng tôi cũng như các tác giả trong và ngoài nước, diện tích vật lấy tương đương hoặc được lớn hơn so với tổn thương, đảm bảo khả năng che phủ KHPM ngón tay. Haoliang H (2019) [6] cho rằng khi thiết kế có thể kéo dài vật NX ĐM ngón tay, do có sự thông nối giữa các NXĐM ngón tay, tỉ lệ chiều dài/chiều rộng có thể lên đến 3:1 vẫn đảm bảo lượng máu cung cấp cho vật da.

4.3. Kết quả điều trị

- Thời gian điều trị:

Tất cả BN trong NC chúng tôi được phẫu thuật trong ngày nhập viện đầu tiên. Trên 90% BN xuất viện ngay sau phẫu thuật. Rất ít sự khác biệt giữa BN nằm viện 1 ngày hay 2 ngày, vì nếu BN đến sớm sẽ được phẫu thuật và về ngay trong ngày, còn BN đến lúc cuối ngày thì sẽ ra viện vào ngày hôm sau, nên số giờ nằm viện gần tương đương nhau, nhờ vậy mà giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật. Thời gian điều trị ngắn làm giúp giảm chi phí cho BN.

- Kết quả sau mổ và 3 tháng đầu:

+ Tình trạng nơi nhận vật: 100% KHPM ngón tay trong NC chúng tôi được che phủ hoàn toàn bằng vật da nhánh xuyên ĐM ngón tay. Trong đó có 92,3% sống hoàn toàn và không có trường hợp nào hoại tử hoàn toàn vật da. NC chúng tôi cho thấy hầu hết các vật da ở các ngón tay dài đều bị sung huyết nên sức sống vật ở mức TB ở lần tái khám đầu tiên (71,8 %). Còn lại (28,2%) vật sống tốt, không có hiện tượng sung huyết ở các vật da lấy từ đốt bàn ngón 1. Đa số các NC trong và ngoài nước đều ghi nhận tình trạng ứ trệ tuần hoàn. Tác giả Lê Minh Hoan ghi nhận 4/10 trường hợp ứ trệ tuần hoàn; Nguyễn Đức Tiến ghi nhận sau giai đoạn ứ máu phần lớn các vật xuất hiện tái lập tuần hoàn.

+ Tình trạng nơi cho vật: NC chúng tôi cho thấy vị trí lấy vật ở đốt gần chiếm tỷ lệ cao nhất 15 (38,5%), riêng KHPM ngón 1, vị trí cho vật đa số ở đốt bàn (30,8%). Nơi cho vật phải ghép da chiếm 61,5%, da sẫm màu hơn xung quanh và hơi lõm nhẹ nhưng không có tình trạng sẹo xấu hay ảnh hưởng tầm vận động ngón tay; 15/39 trường hợp nơi cho vật được khâu trực tiếp cho kết quả lành tốt, không sẹo có kéo, đa số là ở ngón 1. Parmak U (2020) [12] nơi cho vật được ghép da dày lấy từ da cánh tay. Một số tác giả khác Phan Lê Dzu Thắng (2014) [5], Mai Thế Đức (2018) [1] ghép da lên vật cân mỡ, đều cho kết quả tốt.

- Chức năng, thẩm mỹ sau 3 tháng phẫu thuật:

+ Chức năng vận động ngón tay: Chức năng vận động ngón tay trong NC chúng tôi chỉ đạt loại TB sau phẫu thuật 01 tháng. Tuy nhiên, sau 03 tháng phẫu thuật có tới 89,7% trường hợp chức năng vận động ngón tay đạt loại tốt, bàn tay và ngón tay thực hiện được các động tác bình thường. Khả năng phục hồi tầm vận động của khớp bàn ngón và khớp liên đốt theo tiêu chuẩn TAM chiếm đa số là loại tốt (71,8%), chỉ có 2,6% chiếm tỷ lệ kém do tổn thương mặt bên chéo dài từ đốt giữa đến đốt bàn kèm tổn thương bao khớp liên đốt gần. Kết quả này cho thấy sử dụng vật da NXĐM ngón tay cho kết quả phục hồi chức năng vận

động ngón tay hiệu quả và đáng tin cậy. NC của tác giả Ileana R.M và cộng sự cho thấy tầm vận động ngón tay TB là bình thường ở tất cả các trường hợp [9].

+ Cảm giác vật da: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% BN trước 3 tháng không có cảm giác vật. Tuy nhiên sau 3 -6 tháng hầu hết BN nhận biết được có áp lực đè lên vật da, nhưng không nhận biết được cảm giác nóng lạnh và phân biệt hai điểm. Do thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được hết mức độ phục hồi cảm giác vật da NXĐM ngón tay. Hongjiu Q và cộng sự [8] theo dõi TB 8,5 tháng, Haoliang H (2019) [6] có thời gian theo dõi 3 – 12 tháng đều ghi nhận có cảm giác vật sau 3 tháng. Đa số các NC ghi nhận vật có cảm giác sau 6 tháng.

+ Thẩm mỹ ngón tay bị tổn thương: Đa số trường hợp BN rất hài lòng (48,7%) đến hài lòng (46,2%), không có BN nào không hài lòng. Lê Minh Hoan [2] ghi nhận 100% BN hài lòng đến rất hài lòng. Với phương pháp điều trị KHPM ngón tay bằng vật da NXĐM ngón tay mang lại cảm giác dễ chịu, thoải mái cho BN hơn một số phương pháp khác.

V. KẾT LUẬN

Khuyết hồng phần mềm ngón tay thường gặp hầu hết ở nam giới trong độ tuổi lao động. Vật da NXĐM ngón tay sử dụng che phủ KHPM ngón tay cho tỷ lệ vật sống hoàn toàn chiếm (92,3%), thời gian điều trị ngắn, đảm bảo được chức năng che phủ, bảo tồn chiều dài tối đa ngón tay, hạn chế tổn thương nơi cho vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Thế Đức (2018), *Đánh giá kết quả điều trị mất mô mềm lộ gân xương mặt lưng ngón tay dài bằng vật cân mỡ chéo ngón*, Luận văn chuyên khoa II, trường Đại Học Y Dược tp. Hồ Chí Minh.
2. Lê Minh Hoan (2021), “Kết quả che phủ khuyết hồng mô mềm đốt xa ngón tay dài bằng vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, số 2, tập 25, tr. 7-12.
3. Trần Nguyễn Trinh Hạnh (2006), *Che phủ mất da đốt xa ngón tay bằng vật da vùng và tại chỗ*, Luận án chuyên khoa II, trường Đại Học Y Dược tp. Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Đức Tiến (2021), “Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tr. 38-42.
5. Phan Dzur Lê Thắng (2014), *Kết quả điều trị VT mất da mặt lưng ngón tay bằng vật cân mỡ ngược dòng*, Luận án chuyên khoa II, trường Đại Học Y Dược tp. Hồ Chí Minh.
6. Haoliang H, Hong C, Jinjong H (2019), “Propeller perforator flaps from the dorsal digital artery perforator chain for repairing soft tissue defects of the finger”, *BMC Surgery* 19:188, pp. 1-11.
7. Haluk O, Haluk O (2015), “Innervated Digital Artery Perforator Flap: A Versatile Technique for Fingertip Reconstruction”, *J Hand Surg Am*, Vol. 40 (12), pp. 2352-2357.
8. Hongjiu Qina, Nengfeng Ma, et al. (2020), “Modified homodigital dorsolateral proximal phalangeal island flap for the reconstruction of finger-pulp defects”, *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 72(11), pp. 1976-1981.
9. Ileana Rodica M, et al. (2019), “Finger defect coverage with digital artery perforator flap”, *Injury international journal of the Care of the injured*.
10. Koshima I, Urushibara K, Fukuda N, et al. (2006). ”Digital artery perforator flaps for fingertip reconstructions”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118(7), pp. 1579-1584.
11. Liu BS, Gong YP, Tan J, Chen J (2018), “Reverse Dorsolateral Proximal Phalangeal Island Flap: A Modified Technique for Reconstruction of Finger Defect”, *Clinics in Surgery - Plastic Surgery*, Volume 3, pp. 1-4.

12. Parmak U, *et al.* (2020), “Digital Artery Perforator Flap Use in Reconstruction of Fingertip Defects”, *Selcuk Med J.*

(Ngày nhận bài: 5/10/2022 - Ngày duyệt đăng: 12/1/2023)
