

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁT MÔ MỀM LỘ GÂN XƯƠNG MẶT LƯNG NGÓN TAY DÀI BẰNG VẬT CÂN MỠ CHÉO NGÓN

BSCKII. Mai Thế Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu:

Đánh giá kết quả điều trị mất da lộ gân xương ở lưng ngón tay dài bằng vật cân mỡ chéo ngón tại Bệnh Viện Chấn Thương Chính Hình Tp Hồ Chí Minh

Phương pháp:

Vật cân mỡ chéo ngón thường được thực hiện trên các bệnh nhân mất mô mềm mặt lưng ngón tay lộ gân xương mà không thể ghép da. Những bệnh nhân này sẽ cần làm vật từ những ngón tay gần.

Kết quả:

Từ tháng 06/2012 đến tháng 08/2015, chúng tôi ghi nhận 31 bệnh nhân được điều trị bằng vật cân mỡ chéo ngón. Trong đó có 2 nam/ 8 nữ. Tuổi trung bình $30,84 \pm 12,87$ tuổi.

Thời gian theo dõi trung bình $6,26 \pm 1,32$ tuần và cho kết quả tốt

Kết luận:

Số lượng bệnh nhân chưa nhiều và thời gian theo dõi chưa dài, kết quả tốt trong hầu hết trường hợp. chúng tôi cho rằng vật cân mỡ chéo ngón có ít trong điều trị.

ABSTRACT

Objectives:

Evaluation of the results of treatment of skin lesions revealed the tendon bone at the back of the long finger with a reverse cross-finger flap at The Hospital for Trauma and Orthopedics of HCMC

Methods:

The reverse cross finger flap is usually performed on patients with soft tissue, back, nails, or tendons that can not be grafted. These patients will require additional digital flaps from the near fingers

Results:

From June 2012 to August 2015, we recorded 31 patients treated with a reverse cross-finger flap. Of which there are 2 males / 8 females. The mean age was 30.84 ± 12.87 years.

The mean follow-up time was 6.26 ± 1.32 weeks and showed good results

Conclusion:

The number of patients is not very long and the follow-up time is not long, the results are good in most cases. We think reverse cross-finger flap are less common in treatment.

CHƯƠNG 1

1.1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước đang phát triển nên mức độ sản xuất công nghiệp và tiểu thủ công nghiệp gia tăng làm cho tai nạn lao động cũng tăng theo. Đồng thời, sự gia tăng về giao thông và gia tăng mức sống xã hội cũng tạo ra nhiều tai nạn sinh hoạt. Trong số các tai nạn đó thì tổn thương mất da và mô dưới da để lộ gân xương ở mặt lưng ngón tay do tai nạn trong lao động, sinh hoạt, lưu thông là tổn thương không nhiều trong các loại tổn thương bàn ngón tay nhưng thường không thể dễ để lựa chọn các phương pháp che phủ thích hợp nhất.

Trong khi đó những tổn thương này cần thiết được phẫu thuật triệt để sớm để bảo tồn sự sống cho mô gân và xương nhằm tránh di chứng làm mất chức năng của bàn tay.

Da che phủ lưng ngón tay có cấu trúc giải phẫu đặc biệt như tính đàn hồi, có các bao gân cho phép gân trượt tới lui. Do đó các khuyết hổng da vùng lưng ngón tay cần được che phủ bằng da dày có lớp mô dưới da và lớp đệm mỡ mỏng.

Có thể sử dụng những vật da tại chỗ hay vật da có cuống từ xa để che phủ. Mỗi phương pháp che phủ đều có những ưu khuyết điểm riêng như làm tổn thương nặng nề nơi cho vật, bất động bàn tay lâu gây cứng khớp, phải phẫu thuật nhiều thì kéo dài thời gian điều trị ảnh hưởng đến sức khỏe và kinh tế bệnh nhân.

Việc lựa chọn các phương pháp che phủ khuyết hổng ở mặt lưng ngón tay tùy thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ tổn thương, lứa tuổi, giới tính, bệnh lý ảnh hưởng đến phẫu thuật, trang thiết bị sẵn có cũng như tay

nghề của phẫu thuật viên... Ngoài ra phải đảm bảo ít làm tổn thương thêm chức năng bàn tay, đạt được tính thẩm mỹ, thời gian điều trị cũng như tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân.

Vạt cân mỡ dưới da chéo ngón là một vạt có ưu điểm: tương đối dễ thực hiện, khả năng che phủ tốt đáp ứng được nhu cầu che phủ mất da vùng lưng ngón tay.

Vạt cân mỡ dưới da chéo ngón đã được một số tác giả nước ngoài thực hiện nhưng số lượng không nhiều.

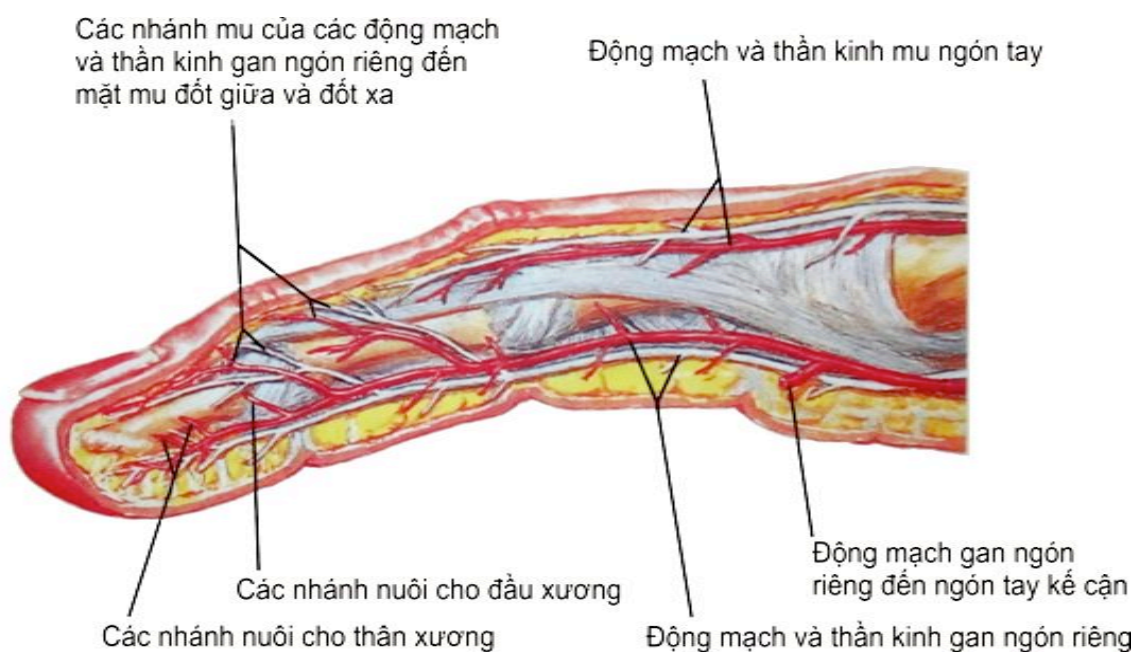
1.2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu nghiên cứu: là đánh giá kết quả điều trị mất mô mềm lộ gân xương ở mặt lưng ngón tay dài bằng vạt cân mỡ chéo ngón tại BV Chấn Thương Chính Hình **từ năm 2012 đến 2015**

1.3. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.3.1. GIẢI PHẪU HỌC MẠCH MÁU NGÓN TAY

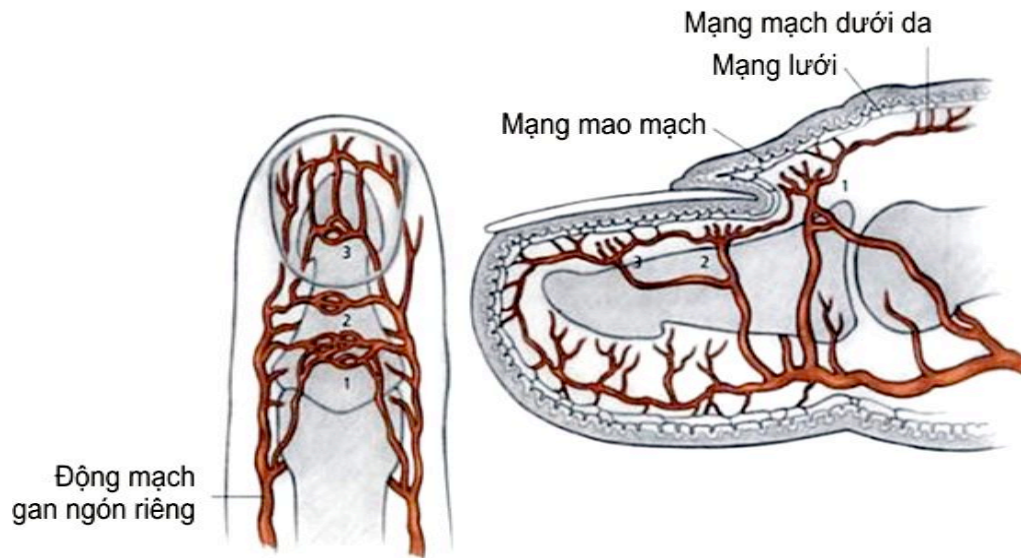
Ngón tay được cung cấp máu từ hai động mạch gan ngón riêng phân nhánh từ các động mạch gan ngón chung và xuất phát từ cung gan tay nông hợp bởi động mạch trụ và nhánh gan tay nông của động mạch quay. Hầu như toàn bộ hệ thống tuần hoàn ngón tay đều dựa trên các động mạch gan ngón riêng có thần kinh đi theo và một mạng tĩnh mạch ngoại mạc. Hai động mạch mặt lưng ngón tay xuất phát từ mạng liên cốt mặt lưng bàn tay cung cấp máu cho vùng mặt lưng đốt gần ngón tay.



Hình 1.1: Giải phẫu mạch máu ngón tay

(Nguồn: Netter F.H., [Nguyễn Quang Quyền dịch] (1996),

Atlas giải phẫu người, tr.447–472.) [9][10]

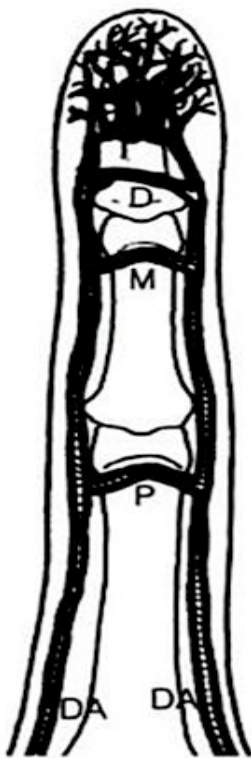


Hình 1.3: Động mạch cung cấp máu cho đốt xa ngón tay.

(1) mạng mạch rễ móng; (2) mạng mạch mầm móng sinh sản;

(3) mạng mạch mầm móng không sinh sản.

(Nguồn: Doyle J.R., Botte M.J. (2003), *Surgical Anatomy of the Hand & Upper Extremity*, Lippincott Williams & Wilkins, pp.655 – 656.) [18]



Hình 1.4: Hệ thống động mạch gan ngón riêng. Có ba vòng nối mặt lòng ngón tay giữa các động mạch gan

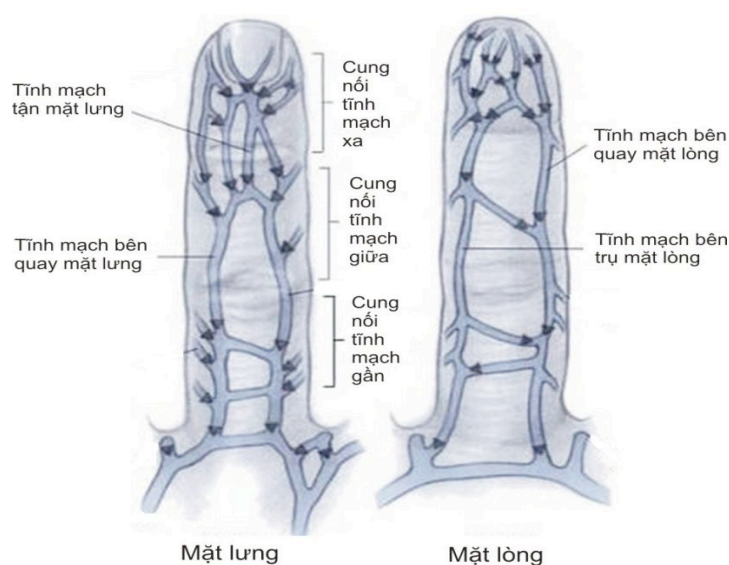
ngón riêng. (DA) động mạch gan ngón riêng; (P) vòng nối mặt lòng đốt gần; (M) vòng nối mặt lòng đốt giữa; (D) vòng nối mặt lòng đốt xa.

(Nguồn: Han S.K. (2009), “Reverse digital artery flap to the fingertip”, *Grabb’s encyclopedia of flaps upper extremities*, 3rd ed, Lippincott Williams & Wilkins, vol.2, pp.788- 789.) [22]

Mỗi động mạch gan ngón riêng cho ra các nhánh bên: các nhánh phía mặt lòng nông rất nhỏ và ngắn cung cấp máu cho mô dưới da mặt lòng, các nhánh phía mặt lưng cấp máu cho mặt lưng của đốt giữa và đốt xa, các nhánh mặt lòng sâu tạo thành các cung nối giữa hai động mạch gan ngón riêng.

Tĩnh mạch:

Hệ thống tĩnh mạch sâu đi theo động mạch gan ngón riêng thì không hằng định. Hệ thống tĩnh mạch nông thì nhỏ, dày đặc và chứa nhiều van [2]. Hệ thống tĩnh mạch mặt lưng của ngón tay bao gồm một chuỗi các cung nối, mỗi cung nối tương ứng trên mỗi đốt ngón tay gồm: cung nối tĩnh mạch gần, cung nối tĩnh mạch giữa và cung nối tĩnh mạch xa (Hình 1.5). Cung nối tĩnh mạch gần được tạo bởi các nhánh nối ngang hình thành nên dạng bậc thang phía mặt lưng và tận cùng ở kẽ ngón tay. Tương tự ở phía mặt lòng thì tận cùng ở nếp gấp bàn ngón tay, những tĩnh mạch đó không đi cùng với những động mạch như là những tĩnh mạch tùy hành mà chúng phân bố ngẫu nhiên vào và ra khỏi bao cân được hình thành bởi dây chằng Grayson và Cleland [30].



Hình 1.5: Tĩnh mạch mặt lưng và mặt lòng ngón tay.

Những tam giác nhỏ chỉ vị trí của các van tĩnh mạch.

(Nguồn: Lucas G.L. (1984), “The pattern of venous drainage of the digits”,
J Hand Surg [Am], vol.9, pp.448–450.) [30]

Thần kinh:

Các ngón tay nhận được sự phân bố thần kinh từ thần kinh giữa, thần kinh trụ và thần kinh quay. Chi phối cảm giác mặt lòng ngón tay dài là do các nhánh thần kinh gan ngón riêng xuất phát từ các nhánh thần kinh gan ngón chung của thần kinh giữa và thần kinh trụ. Phía mặt lưng, nhánh thần kinh gan ngón riêng chi phối cảm giác cho đốt giữa và đốt xa (Hình 1.4), còn mặt lưng đốt gần được chi phối bởi các nhánh thần kinh mu ngón tay từ thần kinh quay và thần kinh trụ, nhưng giới hạn này chưa được xác định rõ ràng [2].

1.3.2. CẤU TRÚC MÔ HỌC DA VÀ MÔ DƯỚI DA

Da gồm 3 lớp: Biểu bì (epidermis), bì (dermis), dưới da (hypodermis). **Biểu bì:**

Gồm 5 lớp tế bào biểu mô lát tầng, nuôi dưỡng bằng thẩm thấu từ mô liên kết kế cận, không chứa mạch máu, được xếp từ trên xuống:

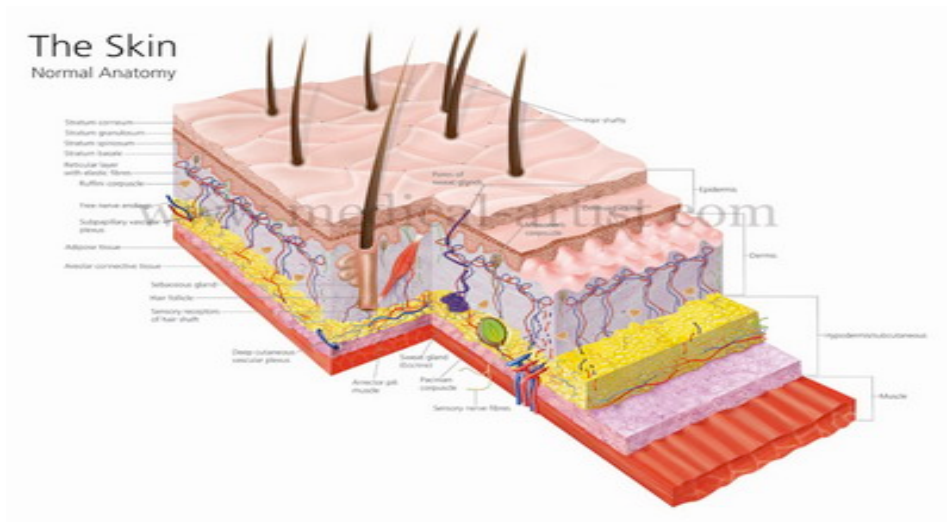
Bì:

- Chia ra làm (1) lớp chân bì (bao gồm lớp nhú và lớp lưới) và (2) lớp hạ bì (lớp mỡ dưới da). Lớp bì chứa nhiều mạch máu và mô liên kết, thần kinh như thụ thể cảm giác của nang lông, thể Meissner, thể Rulfini ống tuyến mồ hôi, tuyến bã, nang lông ... đảm bảo cho da sống và thực hiện chức năng của mình.

Lớp dưới da:

- Nằm giữa lớp bì và màng cân cơ gân hay xương. Chứa nhiều mô mỡ, có nhiều mạng mạch máu thần kinh như thể Pacinian, sợi thần kinh cảm giác. Lớp này giữ vai trò quan trọng việc điều hòa nhiệt độ cho da và

cơ thể. Lớp này có độ dày thay đổi tùy vùng khác nhau trên cơ thể.



Hình 1.6. Cấu trúc mô học của da

(Nguồn: Hình ảnh trên trang tư liệu violet)

1.3.3. HỆ THỐNG CÂN MẠC MẶT LŨNG NGÓN TAY

Gân duỗi chung ngón tay từ trên cẳng bàn tay đi xuống đến chỏm đốt gần tỏa ra thành dải gân rộng đan vào cùng với gân cơ gian cốt và cơ giun bám vào dây chằng tại khớp PIP, dải trung tâm cùng 2 dải bên và mạc của dây chằng bám tận cùng ở nền đốt xa.



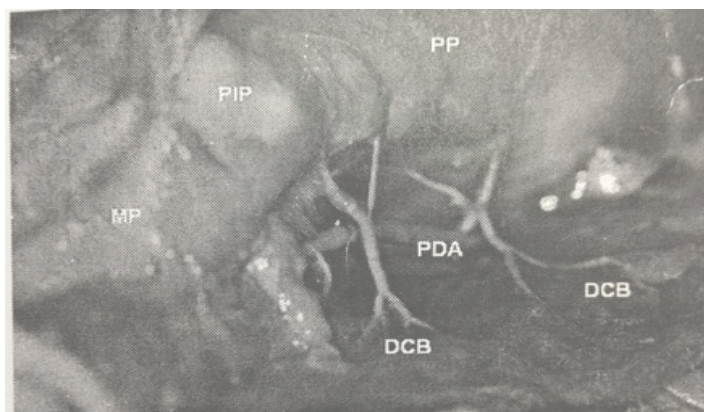
Hình 1.8. Hệ thống gân duỗi và mạng mạch máu màng gân

1.3.4. CƠ SỞ GIẢI PHẪU MẠCH MÁU NUÔI DƯỠNG VẬT CÂN MỠ MẶT LƯNG NGÓN TAY

Jefferson Braga Silva [25] khẳng định lại có 2 nhánh nuôi mặt lưng ngón tay hằng định xuất phát gần khớp PIP bên quay cũng như bên trụ của động mạch gan ngón riêng (PDA) cho đốt gần và đốt giữa mỗi ngón. Hệ thống tĩnh mạch về tốt nhờ tĩnh mạch tùy hành và tĩnh mạch mặt lòng ngón tay.

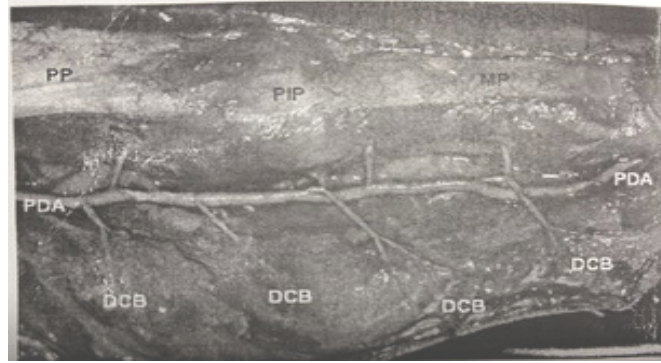
Cơ sở giải phẫu mạch máu nuôi da mặt lưng các ngón tay đã được nghiên cứu trên 180 ngón tay của 18 xác tươi tại phòng thực nghiệm Fer-à-Moulin ở Paris trong khoảng thời gian 02/1998 đến 03/1999. Phẫu tích các ngón tay sau khi được tiêm latex nhuộm màu vào động mạch cánh tay để sau và 24 giờ. Kết quả quan sát được trực tiếp qua kính lúp rằng các nhánh động mạch ra da mặt lưng ngón tay từ động mạch riêng ngón ở cả phía quay và trụ của ngón tay.

Không có sự khác biệt về vị trí xuất phát của các nhánh nuôi da mặt lưng từ động mạch gan ngón riêng phía bên quay so với bên trụ.



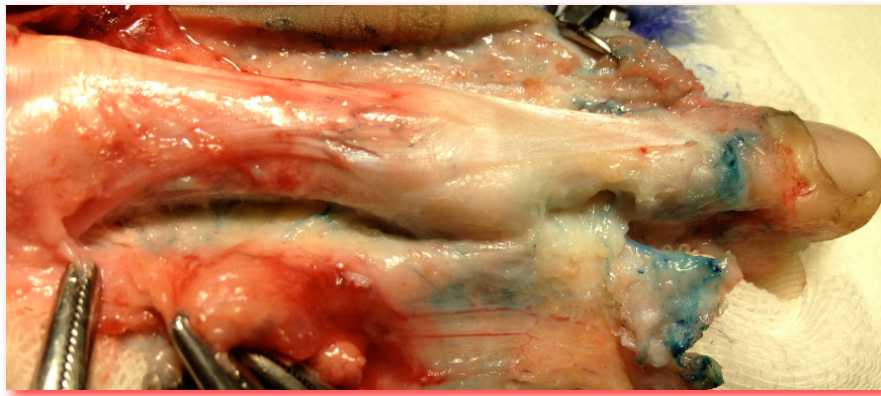
Hình 1.10. Các nhánh ra da mặt lưng tại khớp IP và đốt gần ngón tay từ động mạch gan ngón riêng.

(Nguồn: *Techniques in Hand and Upper Extremity Surgery* 9(3):000-000, 2005, pp.3) [25]



Hình 1.11. 4 nhánh ra da mặt lưng đốt gần, đốt giữa ngón tay từ động mạch gan ngón riêng

(Nguồn: *Techniques in Hand and Upper Extremity Surgery* 9(3): 000-000, 2005, pp.4) [25]



Hình 1.12. Động mạch nuôi vạt cân mỡ xuất phát từ động mạch gan ngón riêng

1.7.8. Vạt cân mỡ dưới da chéo ngón



Hình 1.19. Vạt cân mỡ dưới da chéo ngón

(Nguồn: *Techniques in Hand and Upper Extremity Surgery* 2005 Lippincott Williams & Wilkin Philadelphia). [25]

CHƯƠNG 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

2.1.1. Cách chọn mẫu nghiên cứu:

Bệnh nhân > 16 tuổi, không phân biệt giới tính bị tổn thương khuyết hồng mắt lưng đốt gần, giữa và xa ngón II, III, IV, V, nhập viện trong khoảng thời gian từ năm 2012 đến 2015.

➤ **Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu:**

Không đưa vào nghiên cứu những trường hợp sau:

- Những bệnh nhân tổn thương khuyết hồng mắt lưng đốt giữa và xa lộ gân xương nhiều ngón kế cận cùng lúc.

- Những bệnh nhân mắc các bệnh lý mãn tính nặng như: Đái tháo đường, xơ vữa động mạch, bệnh tim, nhồi máu cơ tim, suy gan, suy thận, u ác tính, v.v...

- Những bệnh nhân tâm thần, những bệnh nhân tự tử hoặc cố ý tự hủy hoại thân thể vì những lý do riêng cũng không đưa vào nhóm nghiên cứu.

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

➤ **Nơi thực hiện:**

Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Số liệu thu thập được phân tích kết quả và kiểm định bằng thống kê.

Lập hồ sơ bệnh án theo dõi cho từng bệnh nhân.

2.3. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.3.1. Đánh giá bệnh nhân trước mổ:

- Đánh giá tổng trạng bệnh nhân. Khám toàn diện về lâm sàng và tiền

sử các bệnh lý mãn tính có thể kèm theo như: bệnh mạch máu, tim mạch, đái tháo đường, rối loạn đông máu,... Xét nghiệm cận lâm sàng thường qui.

- Đánh giá tổn thương mặt lưng ngón tay về: Vị trí tổn thương, kích thước, có kèm lộ gân, xương hoặc khớp. Số ngón tay tổn thương, số đốt ngón tay tổn thương, tay thuận hay tay nghịch.

- Chụp ảnh tổn thương.

- Chụp X-quang bàn tay để đánh giá tổn thương xương đốt ngón tay kèm theo.

2.3.2. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:

Chuẩn bị tâm lý bệnh nhân: trấn an và giải thích cho bệnh nhân biết về phương pháp vô cảm, cách mổ, nơi lấy vạt, nơi lấy da ghép, hướng điều trị và theo dõi sau mổ.

2.3.3. Phương pháp phẫu thuật:

➤ Chuẩn bị:

Vô cảm: Gây tê vùng

Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa.

Ga rô: ga rô hơi cánh tay.

Dụng cụ phẫu thuật:



Hình 2.1. Kính lúp phóng đại



Hình 2.2. Bộ dụng cụ phẫu thuật

➤ **Phẫu thuật dưới kính lúp:**

Cắt lọc vết thương: Cắt lọc tỉ mỉ các mô dơ, mô dập nát và lấy hết các dị vật bám trên tổn thương mặt lưng ngón tay. Đo kích thước của tổn thương.

Thiết kế vạt: Vạt được phát họa ở da mặt lưng của đốt ngón kế bên ngón bị tổn thương. Kích thước của vạt lớn hơn kích thước của tổn thương khoảng 10%. Vị trí các nhánh động mạch ra nuôi vạt.

Rạch da: Theo đường thiết kế vạt da.

Bóc tách lớp da không chứa mô mỡ, đến bờ bên của ngón (nơi tiếp giáp giữa mặt lưng và mặt lòng của ngón).

Bóc lớp mô mỡ đến màng gân duỗi đến bờ bên của ngón (nơi tiếp giáp giữa mặt lưng và mặt lòng của ngón) theo hướng ngược lại, theo thiết kế ban đầu. Quan sát các mạch máu đến vạt từ động mạch bên ngón.

Thành phần của vạt gồm lớp mô mỡ dưới da, tĩnh mạch, các nhánh động mạch nuôi.

Xả garrot, đánh giá sự cấp máu cho vạt.

Vạt được khâu và cố định vào khuyết hồng.

Cầm máu, khâu da nơi cho vạt và đắp vạt vaselin và cố định gạc ẩm.

Lấy da dày toàn phần ở mặt trong cẳng tay hoặc bẹn trái với kích thước tương đương tổn thương, khâu lại da cẳng tay hoặc bẹn.

Cố định da ghép lên vạt nhẹ nhàng, đắp vạt vaselin và cố định gạc ẩm, băng vết thương.

Cố định hai ngón tay

2.3.4. Hậu phẫu:

Kê cao tay bị thương.

Theo dõi sự sống và dinh dưỡng của da ghép sau 5 ngày. Sự sống của da nơi cho vạt.

Theo dõi tình trạng chảy máu.

Theo dõi vết thương.

2.3.5. Tập vật lý trị liệu:

Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động chủ động các ngón tay sau 5 ngày.

Tập vận động gấp duỗi chủ động ngón tay bị tổn thương, tập nhẹ nhàng không gây đau.

2.3.6. Theo dõi kết quả:

Hẹn bệnh nhân tái khám sau mổ 1, 2, 3, 5, 7 tuần.

Tuần đầu tiên theo dõi sự sống của vạt gián tiếp qua da ghép.

Tuần thứ 3 tách rời 2 ngón tay tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

Tuần thứ 5, 7 đánh giá chức năng của ngón tay.

2.3.7. Đánh giá kết quả:

Đánh giá khả năng che phủ của vạt.

Đánh giá sự sống của da ghép sau 5 ngày.

Vạt da sống sau 2 tuần.

Tách ngón sau 3 tuần.

Thời gian trở lại công việc.

Thẩm mỹ của ngón tay bị thương được đánh giá bằng:

- Hình dạng ngón tay
- Sẹo ngón tay
- Sự hài lòng của bệnh nhân.

2.4. PHÂN TÍCH THỐNG KÊ:

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng thời gian từ tháng 06/2012 đến tháng 08/2015, tại Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi ghi nhận 31 bệnh nhân thỏa các tiêu chí chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu, với kết quả sau:

3.1. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

3.1.1. Giới tính

Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính

Giới	Số lượng	(%)
Nam	23	74,2
Nữ	8	25,8
Tổng	31	100

3.1.2. Tuổi

Bảng 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	16-19	20-29	30-39	40-49	≥ 50	Tổng
Số lượng	7	10	6	6	2	31
Tỷ lệ (%)	22,6	32,3	19,4	19,4	6,5	100

- Trung bình: $30,84 \pm 12,87$ tuổi

3.1.3. Nơi cư ngụ

Bảng 3.3. Nơi cư ngụ

Nơi cư ngụ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TPHCM	11	35,5
Tỉnh	20	64,5
Tổng	31	100

3.1.4. Nghề nghiệp

Bảng 3.4. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Công nhân	21	67,7
CNV	3	9,7
HS-SV	3	9,7
Khác	4	12,9
Tổng	31	100

3.1.5. Nguyên nhân

Bảng 3.5. Nguyên nhân

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai nạn lao động	21	67,7
Tai nạn sinh hoạt	6	19,4
Tai nạn giao thông	4	12,9
Tổng	31	100

3.1.6. Tay bị thương

Bảng 3.6. Tay bị thương

Tay bị thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tay phải	21	67,7
Tay trái	10	32,3
Tổng	31	100

3.1.7. Ngón bị thương

Có 1 bệnh nhân bị tổn thương 2 ngón, nên tổng số ngón là 32.

Bảng 3.7. Ngón bị thương

Ngón bị thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
2	16	50,0
3	8	25,0
4	7	21,9
5	1	3,1
Tổng	32	100

3.1.8. Đốt bị thương

Bị thương 1 đốt: 14 BN (43.8%)

Bị thương 2 đốt: 17 BN (53.1%)

Bị thương 3 đốt: 1 BN (3.1%)

Bảng 3.8. Đốt bị thương

Đốt bị thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
---------------	----------	-----------

Đốt 1	8	25,0
Đốt 2	24	75,0
Đốt 3	19	59,4

3.1.9. Tổn thương qua khớp

Bảng 3.9. Tổn thương qua khớp

Tổn thương qua khớp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	17	54,8
Không	14	45,2
Tổng	31	100

3.1.10. Kích thước tổn thương mất da mặt lưng ngón tay

Bảng 3.12. Chiều dài tổn thương mất da mặt lưng ngón tay

Kết quả	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Chiều dài	15	60	23.78 ± 8.42

Bảng 3.13. Chiều rộng tổn thương mất da mặt lưng ngón tay

Kết quả	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Chiều dài	12	18	14.75 ± 1.83

Bảng 3.14. Diện tích tổn thương mắt da mặt lưng ngón tay

Diện tích	Số lượng	(%)
< 200mm ²	1	3,1
200 - < 300mm ²	13	40,6
300 - < 400mm ²	9	28,1
≥ 400mm ²	9	28,1
Tổng	32	100

- Trung bình: 358.69 ± 166.74 mm²

3.2. ĐIỀU TRỊ

3.2.1. Thời gian điều trị

Bảng 3.15. Thời gian tiền phẫu

Thời gian	≤ 24 giờ	1-5 ngày	6-10 ngày	11-15 ngày	>15 ngày	Tổng
Số BN	6	8	10	3	4	31
Tỷ lệ (%)	19.4	25.8	32.3	9.7	12.9	100

- Trung bình: 7.01 ± 5.76 ngày

3.2.2. Kích thước vạt cân mỡ chéo ngón

Bảng 3.16. Chiều dài vạt cân mỡ mặt lưng ngón tay

Kết quả	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Chiều dài	16	61	24.97 ± 8.49

Bảng 3.17. Chiều rộng vạt cân mỡ mặt lưng ngón tay

Kết quả	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Chiều dài	13	19	15.55 ± 1.86

3.2.3. Diện tích vạt cân mỡ mặt lưng ngón tay

Bảng 3.18. Diện tích vạt cân mỡ mặt lưng ngón tay

Diện tích	Số lượng	(%)
200 - < 300mm ²	10	31,3
300 - < 400mm ²	11	34,4
400 - < 500mm ²	4	12,5
≥ 500mm ²	7	21,9
Tổng	32	100

- Trung bình: 396.74 ± 178.75 mm²

3.2.4. Khả năng che phủ của vạt da:

100% che phủ hết tổn thương.

3.2.5. Thời gian mổ

Bảng 3.19. Thời gian mổ

Thời gian	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Thời gian mổ	40	90	55.63 ± 12.36

3.2.6. Ghép da lên vật

Trong các trường hợp nghiên cứu, chúng tôi đều tiến hành ghép da dày (100% trường hợp) lên vật cân mỡ mà chúng tôi vừa che phủ tổn thương.

Da mà chúng tôi lấy ghép ở mặt trong 1/3 trên của cẳng tay cùng bên hoặc vùng bên trái.

3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Bảng 3.22. Sự sống của vật

Sự sống của vật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sống hoàn toàn	31	96,9
Hoại tử một phần da ghép	1	3,1
Hoại tử hoàn toàn da ghép	0	
Tổng	32	100

Có 1 trường hợp nhiễm trùng.

3.3.5. Sự sống của da nơi cho vật

100% da nơi vị trí cho vật lành tốt.

3.3.6. Nhiễm trùng da nơi cho vật

Không có trường hợp nào.

3.3.7. Cắt lọc da nơi cho vật

Không có trường hợp nào.

3.3.8. Thời gian lành và tách ngón

Bảng 3.27. Thời gian lành và tách ngón

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
19 ngày	1	3,1
20 ngày	2	6,3
21 ngày	27	84,4
22 ngày	2	6,3
Tổng	32	100

- Trung bình: $20,94 \pm 0,51$ ngày

3.3.10. Độ mềm mại của sẹo

Bảng 3.31. Độ mềm mại của sẹo

Độ mềm mại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mềm mại	31	96.9
Không	1	3.1
Tổng	32	100

Tất cả đều ghép da dày và đều dính vào vùng nhận ghép.

3.3.13. Thời gian theo dõi

Bảng 3.32. Thời gian theo dõi

Thời gian theo dõi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
--------------------	----------	-----------

5 tuần	13	41.9
7 tuần	13	41.9
8 tuần	5	16.1
Tổng	31	100

3.3.14. Thời gian trở lại công việc

Bảng 3.33. Thời gian trở lại công việc

Thời gian trở lại công việc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
3 tuần	1	3.2
5 tuần	12	38.7
7 tuần	13	41.9
8 tuần	5	16.1
Tổng	31	100

- Trung bình: $6,26 \pm 1,32$ tuần

3.3.15. Làm lại nghề cũ

100% trường hợp làm lại nghề cũ

3.3.16. Sự hài lòng của bệnh nhân

Bảng 3.34. Sự hài lòng của bệnh nhân

Sự hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	10	32.3

Vừa lòng	21	67.7
Tạm được	0	
Không hài lòng	0	
Tổng	31	100

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét về tuổi, giới và nghề nghiệp

Tuổi:

Qua thống kê nêu trên của chúng tôi cho thấy, nhóm tuổi chiếm đa số là từ 16 đến 64 tuổi, chiếm, trung bình $30,84 \pm 12,87$ tuổi. Đa số bệnh nhân nằm trong lứa tuổi lao động. Tỷ lệ này gần tương đương với nghiên cứu của tác giả T.N.T.Hạnh [6]. P.D.L.Thắng [7] Kết quả theo nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận gần tương đương với nghiên cứu của các tác giả trong nước.

Giới tính:

Đa số là nam giới, trong nghiên cứu nam giới chiếm (74,2%) và có tỉ lệ cao gấp 2,87 lần nữ. Điều này cũng phù hợp với các thống kê của các tác giả khác trong nước.

Nghề nghiệp:

Qua thống kê ta thấy công nhân chiếm tỉ lệ rất cao 26 trường hợp, tương đương 83,9%. Phù hợp với lứa tuổi bị tai nạn chiếm đa số, nằm trong độ tuổi lao động.

Ngoài ra trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ở tỉnh chiếm tỷ lệ cao hơn với 21 trường hợp (67,7%) so với ở Tp HCM có 9 trường hợp (32,3%).

4.2. Nhận xét về nguyên nhân :

Trong nghiên cứu nhận thấy nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm số đông. Phù hợp với tình hình Việt Nam là một nước đang phát triển công nghiệp và tiểu thủ công nghiệp.

Nguyên nhân tổn thương.

TNLD: 22 trường hợp tương đương 68,7%

TNSH: 7 trường hợp tương đương 21,9%

TNGT: 3 trường hợp tương đương 9,4%

Tỷ lệ này của chúng tôi phù hợp với báo cáo của tác giả trong nước, phù hợp với tình hình Việt Nam là nước đang phát triển về công nghiệp và tiểu thủ công nghiệp. Trình độ và ý thức an toàn lao động chưa được đề cao nên thường xảy ra tai nạn.

Bảng 4.1. Nguyên nhân tổn thương

Tác giả	TNLD	TNSH	TNLT	Khác
T.N.T.Hạnh	79,9%	10%	0%	7,8%
P.D.L.Thắng	66,7%	27,3%	6,1%	0%
M.T.Đức	68,7%	21,9%	9,4%	0%

4.3. Nhận xét về vị trí tổn thương :

Tổn thương mất da mặt lưng ngón tay dài xảy ra ở tay thuận (tay Phải) 20 trường hợp (62,5%) nhiều hơn tay không thuận (tay trái) 22 trường hợp (37,5%). So với kết quả các tác giả khác thống kê [6],[7], kết quả chúng tôi gần tương đương.

Bảng 4.2. Tỷ lệ tổn thương ngón tay

Tác giả	Ngón II	Ngón III	Ngón IV	Ngón V
T.N.T. Hạnh	42.2%	34.4%	20.3%	3.1%

P.DZ.L.Thắng	21.2%	30.3%	30.3%	6.1%
M.T.Đức	50%	25%	21.9%	3.1%

Trong nghiên cứu của chúng tôi mất da mặt lưng ngón tay xảy ra ở đốt giữa chiếm nhiều nhất.

4.4. Nhận xét về điều trị trước mổ :

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 32/32 trường hợp (100%) có tổn thương lộ gân hoặc có tổn thương mất một phần gân lộ xương.

Trong nghiên cứu cũng cho thấy tổn thương qua khớp có 16 trường hợp chiếm 50%.

Theo chúng tôi, đối với vết thương mất da lộ gân, xương mặt lưng ngón tay nên được che phủ sớm để tránh hoại tử gân và xương. Để thuận lợi cho việc điều trị tốt tổn thương mất da mặt lưng ngón tay thì cách sơ cứu bằng băng gạc sạch và đến ngay bệnh viện chuyên khoa là việc làm cần thiết.

4.5. Nhận xét về thời điểm phẫu thuật :

Trong nghiên cứu này, phẫu thuật trong 24 giờ sau tai nạn có 6 bệnh nhân. Phẫu thuật sau 24 giờ có 25 bệnh nhân, đa số các bệnh nhân mổ sau 24 giờ là do phải mổ cắt lọc vết thương trước đối với các trường hợp vết thương dơ, nhiễm trùng hay vết thương do phỏng điện cần có thời gian để xác định da hoại tử đến đâu trước khi tiến hành làm vạt cân mỡ .

Theo kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt giữa thời gian lành vết thương trung bình ở các trường hợp mổ trước 24 giờ và thời gian lành vết thương trung bình ở các trường hợp mổ sau 24 giờ tính từ thời điểm bị tai nạn

4.6. Nhận xét về phương pháp phẫu thuật :

Nhận xét về vị trí lấy vạt.

- Có 16 trường hợp tổn thương qua khớp nên chúng tôi tiến hành lấy vạt ở ngón kế bên cũng lấy qua khớp tương ứng tổn thương.

- Trong 16 trường hợp tổn thương còn lại chúng tôi lấy vạt tương ứng với đốt tổn thương ở ngón kế cận.

Tất cả các tổn thương đều được che phủ hết tổn thương trước khi ghép da.

Nhận xét về cuống mạch nuôi vạt da :

Khi phẫu thuật lấy vạt cân mỡ để che phủ tổn thương lưng ngón tay chéo ngón, chúng tôi luôn thám sát thấy hiện diện của cuống mạch nuôi vạt. Trong 32 ngón tay chúng tôi bóc tách thì cuống mạch luôn hiện diện. Điều này phù hợp với báo cáo của một số tác giả cho rằng vạt cân mỡ có cuống mạch nuôi tương đối hằng định và đáng tin cậy.

4.7. Nhận xét về khả năng che phủ của vạt da :

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận diện tích vết thương mất da nhỏ nhất là 195 mm² và diện tích vết thương mất da lớn nhất là 1080mm². Diện tích trung bình của tổn thương là 358.69 ± 166.74 mm². Cho dù diện tích mất da to hay nhỏ thì vạt cân mỡ chéo ngón vẫn che phủ kín vết thương.

So với các nghiên cứu điều trị mất da ngón tay của các tác giả khác chúng tôi thấy diện tích vạt cân mỡ của chúng tôi lớn hơn khá nhiều so với các tác giả khác

Kích thước của vạt da :

Bảng 4.3. So sánh kích thước trung bình của vạt

Tác giả	Số ngón tay	Kích thước trung bình của vạt
T.N.T. Hạnh	17	2.52 cm ²
P.DZ.L.Thắng	33	3.2 cm ²
M.T.Đức	32	3,96 cm ²

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận diện tích vạt cân mỡ nhỏ nhất là 224mm² với 1 trường hợp (3,1%) và diện tích vạt cân mỡ lớn nhất là 1159mm² với 1 trường hợp (3.1%). Diện tích vạt hay gấp nhất có kích thước 270-640mm² có 30 trường hợp chiếm 93,8%.

Diện tích trung bình của vạt là 396.74 ± 178.75 mm².

Khả năng che phủ của vạt da

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 32 trường hợp chiếm 100% vạt cân mỡ chéo ngón che phủ hết tổn thương trước khi ghép da.

Kết quả của chúng tôi về khả năng che phủ tốt hơn 2 tác giả trên, cho dù tổn thương xảy ra ở bất cứ đốt nào hay xảy ra ở cả 2 đốt liên tiếp thì vạt cân mỡ dưới da chéo ngón vẫn cho kết quả che phủ tốt.

4.8. Nhận xét về sự sống của da ghép trên vạt :

Chúng tôi tiến hành ghép da dày ở tất cả các trường hợp, nên chúng tôi đánh giá sự sống của vạt da cân mỡ chéo ngón bằng cách đánh giá sự sống của da ghép trên vạt cân mỡ .Có 31 trường hợp sống hoàn toàn chiếm 96.9%, có 1 trường hợp hoại tử một phần chiếm 3.1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào hoại tử hoàn toàn chiếm 0.0%

Bảng 4.4. So sánh sự sống của vạt so với các tác giả[6],[7].

Tác giả	Số ngón tay	Sống hoàn toàn	Hoại tử một phần da ghép	Hoại tử hoàn toàn da ghép
T.N.T. Hạnh	17	100%	0%	0%
P.DZ.L.Thắng	33	94%	6%	0%
M.T.Đức	32	96,9%	3,1%	0%

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự sống của vật cân mỡ dưới da không liên quan đến chiều rộng và chiều dài của vật. Cũng như không liên quan đến diện tích vật cân mỡ. Theo nhận định của chúng tôi, yếu tố kỹ thuật ảnh hưởng quan trọng đến kết quả sống của vật .

Các kỹ thuật cần tránh: khâu da ghép quá chặt gây chèn ép mạch máu bên dưới. Băng chặt vết thương sau mổ gây siết chặt và căng mạch máu. Cố định 2 ngón tay cho vật và nhận vật tốt.

4.9.Thời gian tách ngón của vật da:

Trong 32 trường hợp làm vật cân mỡ dưới da chéo ngón có 1 trường hợp tách ngón sau 19 ngày, 1 trường hợp tách ngón sau 23 ngày, còn lại tất cả 30 trường hợp đều tách ngón sau 21 ngày. Ngón tay cho vật và ngón tay nhận vật đều sống tốt sau tách ngón.

4.11. Nhận xét về thẩm mỹ vùng da ghép trên vật :

Nghiên cứu trên 32 ngón tay được che phủ bằng vật cân mỡ dưới da chéo ngón, tất cả đều ghép da dày và đều dính vào vùng nhận ghép. Có 100% trường hợp đều có màu sắc của vùng da ghép sậm màu hơn so với da xung quanh. Sẹo bằng mặt da xung quanh có 30 ngón tay (96.9%), sẹo lồi cao hơn chung quanh 1 ngón tay (3,1%), sẹo co rút không có.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị (chiếm 96,7%). Có 1 trường hợp chưa hài lòng với kết quả điều trị do lồi sẹo sau điều trị nhiễm trùng sau làm vật cân mỡ .

Vật cân mỡ dưới da chéo ngón giúp phục hồi lại được hình dạng ban đầu ngón và lưng ngón, cung cấp được phần da đủ dày và có mô đệm dưới da để che phủ gân, xương mặt lưng ngón tay. Vật cân mỡ dưới da chéo ngón giúp khôi phục lại phần da lưng ngón tay gần như giải phẫu ban đầu, từ đó giúp tăng khả năng chịu va chạm của ngón tay.

Điều này phù hợp với ghi nhận của các tác giả cho rằng phương pháp điều trị mất da mặt lưng ngón tay bằng vật cân mỡ dưới da chéo ngón có tính thẩm mỹ cao.

4.12. Nhận xét về di chứng của vùng cho vật da :

Nghiên cứu trên 32 ngón tay được che phủ bằng vật cân mỡ dưới da chéo ngón, vùng lấy vật cân mỡ có, độ dày và độ mềm mại tương đương với vùng da xung quanh ngón tay. Sẹo bằng mặt da xung quanh trên cả 32 ngón tay. Không gặp trường hợp nào sẹo lồi hay sẹo co rút cả chiếm (0.0%). Vùng da này là vùng ít chịu sự va chạm, tiếp xúc khi lao động và sinh hoạt hằng ngày so với vùng da đầu ngón và búp ngón tay nên ít gây ra khó chịu cho bệnh nhân.

4.13. Nhận xét về thời gian bệnh nhân trở lại làm việc :

Bảng 4.5. So sánh thời gian trở lại công việc của các tác giả khác

Tác giả	Số ngón tay	Thời gian trở lại công việc trung bình của bệnh nhân (ngày)
T.N.T. Hạnh	17	20
P.DZ.L.Thắng	33	28
M.T.Đức	32	31

Nhận xét :

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh nhân quay trở lại làm việc nhanh nhất là 30 ngày, chậm nhất là 40 ngày và trung bình là 33 ngày, dài hơn so với tác giả T.N.T. Hạnh [6], P.D.L.Thắng [7]. Đối với những bệnh nhân làm công việc văn phòng thì có thể bắt đầu ngay sau phẫu thuật khi tình trạng sức khỏe bệnh nhân ổn định. Bệnh nhân có thể trở lại làm công việc nhẹ bắt đầu từ tuần thứ 4. Còn đối với những công việc nặng nhọc bằng tay thì thường bắt đầu từ tuần thứ 5 đến tuần thứ 7 sau phẫu thuật. Điều này cho thấy thời gian trở lại làm việc của bệnh nhân phụ thuộc vào tính chất công việc của bệnh nhân.

CHƯƠNG 4

KẾT LUẬN

Qua quá trình điều trị và đánh giá 32 ngón tay mất da mặt lưng ngón lộ gân xương đã được điều trị bằng vạt cân mỡ dưới da chéo ngón và theo dõi trong thời gian trung bình 7 tuần. Chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Khả năng che phủ và tỉ lệ sống của vạt da:

Vạt cân mỡ dưới da chéo ngón có khả năng che phủ tốt và hoàn toàn các mất da lộ gân xương mặt lưng ngón tay.

Tỷ lệ sống hoàn toàn của vạt cân mỡ chéo ngón dưới da rất cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống 100% là 31/32 trường hợp tương ứng 96,9%.

Tỷ lệ sống của vạt cân mỡ dưới da chéo ngón không liên quan đến kích thước vạt da.

2. Thời gian trở lại công việc, chức năng ngón tay và tính thẩm mỹ:

Thời gian trở lại công việc trung bình là 33 ngày.

Chức năng ngón tay sau phẫu thuật tốt, không bị hạn chế.

Về thẩm mỹ đại đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị và màu sắc da.

- Dựa trên kết quả nghiên cứu chúng tôi có kiến nghị sau:

- Sử dụng vạt cân mỡ dưới da chéo ngón để điều trị các tổn thương mất da lộ gân xương mặt lưng ngón tay.

- Phát triển và phổ biến kỹ thuật cho tuyến chính hình cơ sở và các tỉnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TRONG NƯỚC:

1. Võ Văn Châu (1998), *Vi phẫu thuật mạch máu thần kinh, tập 1*, Hội Y Dược học TP. Hồ Chí Minh, tr.523-533.
2. Võ Văn Châu (2004), *Kỹ thuật vi phẫu trong phẫu thuật bàn tay*, Nhà xuất bản Y học, tr.136-166.
3. Masquelet A.C., Gilbert A., [Võ Văn Châu dịch] (1998), *Các vạt da vi-phẫu dùng trong phẫu-thuật tái-tạo tứ chi*, Trung tâm chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, tr.81-86.
4. Bùi Văn Đức (1998), “Vết thương mất da bàn tay ngón tay”, *Phẫu thuật cấp cứu bàn tay*, tr.17-37.
5. Bùi Văn Đức (1994), “Vết thương bàn tay trong công nghiệp”, 1977-1985, *Tạp chí Y học trường Đại Học Y-Dược thành phố Hồ Chí Minh* xuất bản, Công trình nghiên cứu khoa học 1990-1994, tr.38.
6. Trần Nguyễn Trinh Hạnh (2006), *Che phủ mất da đốt xa ngón tay bằng vạt da vùng và tại chỗ*, Luận án chuyên khoa II, Đại Học Y-Dược tp. Hồ Chí Minh.
7. Phan Dzur Lê Thắng (2014), *Kết quả điều trị vết thương mất da mặt lưng ngón tay bằng vạt cân mỡ ngược dòng*, Luận án chuyên khoa II, Đại Học Y-Dược tp. Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Đỗ Nguyên (2002), “Ước lượng cỡ mẫu”, *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y khoa*, Đại Học Y-Dược tp. Hồ Chí Minh, tr.30-31.
9. Netter F.H., [Nguyễn Quang Quyền dịch] (1996), *Atlas giải phẫu người*, tr.447-472.

10. Nguyễn Quang Quyền (1993), *Bài giảng giải phẫu học*, tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr.103-113.

NGOÀI NƯỚC

11. Al-Qattan M. (2005), “De-epithelialized cross-finger flaps versus adipofascial turnover flaps for the reconstruction of small complex dorsal digital defects: a comparative analysis”, *J Hand Surg*, vol.30, pp.549-557.
12. Berger R.A., Weiss A.P.C. (2004), *Principles of hand therapy*, Hand surgery, vol.1, Lippincott Williams & Wilkins, pp.105-123.
13. Bunnell S. (1946), “Plastic problems in the hand”, *Plast Reconstr Surg*, vol.1(3), pp.265-270.
14. Callahan A.D., Hunter J.M., Mackin E.J. (1995), “Sensibility assessment: prerequisites and techniques for nerve lesion in continuity and nerve lacerations”, *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*, 4th ed, St. Louis: Mosby, pp. 129 – 152
15. Cormack G.C., Lamberty B.G.H. (1984), “A classification of fasciocutaneous flaps according to their patterns of vascularisation”, *Br J Plast Surg*, vol.37, pp.80.
16. David L. Martin, I.B. Kaplan, James M. Kleinert, Louisville Ky (1990), “Use of a reverse cross finger flap as a vascularized vein graft carrier in ring avulsion injuries”, *Journal of Bone and Joint Surgery*, 15A(1), p.p.155-9.
17. Delia G., Vcasoli, M. Sommario, G. Risitano, F. Stagno D’Alcontres and M.R. Colonna. Homodigital dorsal adipofacial reverse flap: anatomical study of distal perforators and key points for safe dissection. *The Journal of Hand Surgery (European Volume)*, 2010) 35E :6: 454-458.

18. Doyle J.R., Botte M.J. (2003), *Surgical Anatomy of the Hand & Upper Extremity*, Lippincott Williams & Wilkins, pp.655 – 656.
19. Endo T, Kojima T, Hirase Y. Vascular anatomy of the finger dorsum and a new idea for coverage Of the finger pulp defect that restores sensation .J Hand Surg 1992;17A:927-932.
20. Foucher G., Smith D., Pempinello C., Braun F.M., and al. (1989), “Homodigital neurovascular island flaps for digital pulp loss”, J Hand Surg, vol.14, pp.204–208.
21. Gilbert A., Masquelet A.C., Hentz V.R. (1992), *Pedicle Flaps of the Upper Limb: Vascular anatomy, surgical technique and current indications*, Little, Brown and Company, pp.205–207.
22. G.Germann,S.Rutschle,N.Kania and T.Raff (1997) Journal of Hand Surgery (Britis and European Volume, 1997) 22B: 1: 25-29
23. Han S.K. (2009), “Reverse digital artery flap to the fingertip”, Grabb’s encyclopedia of flaps upper extremities, 3rded, Lippincott Williams & Wilkins, vol.2, pp.788-789
24. Hunter J.M., Mackin E.J., Callahan A.D. (2002), *Rehabilitation of the hand and upper extremity*, 5th ed, Mosby, vol.1, pp. 169–239.
25. Jefferson Braga-Silva, Carlos R.Kuyven, Porto Alegy, Walter Albertoni, Flavio Faloppa, São Paulo. The adipofacial turn-over flap for coverage of the dorsum of the finger:A modified surgical technique. The Journal of Hand Surgery (Vol. 29A No. 6 November 2004) 1038-1043.
26. Jefferson Braga-Silva et al, “Anatomic Basis of Dorsal Finger Skin Cover” Techniques in Hand and Upper Extremity Surgery 2005. Lippincott Williams & Wilkins.
27. Kayikcioglu A., Akyurek M., Safak T., Ozkan O., and al. (1998),

- “Arterialized venous dorsal digital island flap for fingertip reconstruction”, *Plast Reconstr Surg*, vol.102, pp.2368–2372.
28. Koch H., Kielnhofer A., Hubmer M., Scharnagel E. (2005), “Donor site morbidity in cross finger flaps”, *Br J Plastic Surg*, vol.58, pp.1131–1135.
 29. Leupin P., Weil J., Buchler U. (1997), “The dorsal middle phalangeal finger flap”, *J Hand Surg*, vol.22-B, pp.362–371.
 30. Loda G. (1999), *Atlas of Thumb and Finger Reconstruction*, Thieme, pp.115-117.
 31. Lucas G.L. (1984), “The pattern of venous drainage of the digits”, *J Hand Surg [Am]*, vol.9, pp.448–450.
 32. Levame JH, Otero C, Berdugo G, “Vascularisation artérielle des tégument de la face dorsale de la main et des doigts”. *Ann chir Plast* 1967; 12;316-324
 33. Masquelet A.C., Gilbert A. (1995), *An atlas of flaps in limb reconstruction*, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, pp.88-90.
 34. Momeni A., Zajonc H., Kalash Z., Stark G.B., and al. (2008), “Reconstruction of distal phalangeal injuries with the reverse homodigital island flap”, *Injury. Int. J. Care Injured*, vol.39, pp.1460-1463.
 35. Murai M., Lau H.K., Pereira B.P., Pho R.W.S. (1997), “A cadaver study on volume and surface area of the fingertip”, *J Hand Surg (Am)*, vol.22, pp.935.
 36. Niranjana N.S., Armstrong J.R. (1994), “A homodigital reverse pedicle island flap in soft tissue reconstruction of the finger and the thumb”, *J Hand Surg*, vol.19-B, pp.135–141.
 37. Nuzumlali ME, Ozturk K, Bayri O, Cepel S, Gurbuz C. (2007), “The

- versatile reverse-flow digital artery cross finger flap”, *Tech Hand Up Extrem Surg.*, Dec;11(4), p.p.259-61.
38. Pakian AI, “ The reversed dermis flap”. *Br j Plast surg.* 1987; 131-135.
 39. Oberlin C, Le Quang G. Etude anatomique de la vascularisation du lambeau en drapeau. *An chir Main.* 1985;4:169-174
 40. Sapp J.W., Allen R.J., Dupin C. (1993), “A reversed digital artery island flap for the treatment of fingertip injuries”, *J Hand Surg*, vol.18(3), pp.528–534.
 41. Scott F.A., Howar J.W., Boswick J.A. (1981), “Recovery of function folowing replantation ad revascularization of amputated hand parts”, *J. Trauma*, 21:24.
 42. Shao X., Chen C., Zhang X., Yu Y., and al. (2009), “Coverage of fingertip defect using a dorsal island pedicle flap including both dorsal digital nerves”, *J Hand Surg Am*, vol.34(8), pp.1474 –1481.
 43. Strauch B., DeMoura W. (1990), “The arterial system of the fingers”, *J Hand Surg [Am]*, vol.15, pp.148–154.
 44. Takeishi M., Shinoda A., Sugiyama A., and al. (2006), “Innervated reverse dorsal digital island flap for fingertip reconstruction”. *J Hand Surg*, vol.31, pp.1094–1099.
 45. Takeishi M., Ishida K., Kurihara K. (2006), “Free dorsal middle phalangeal finger flap”, *J Reconstr Microsurg*, vol.22, pp.493–498.
 46. Wilson A.D.H., Stone C. (2004), “Reverse digital artery island flap in the elderly”, *Injury*, vol.35(5), pp.507-510.
 47. Yousif NJ, Cunningham MW, Sanger JR, et al. The vascular supply to the PIP joint. *J Hand Surg.* 1985;10A:852-861.

BỆNH ÁN MINH HỌA

Bệnh án

1. Hành chính :

- Họ và tên : Phan thúy D., Tuổi :23 ,Giới : Nam....., Nữ..X...
- Nghề nghiệp : sinh viên
- Nơi thường trú : tp HCM
- Số điện thoại :
- Ngày nhập viện 05/08/2014 Số bệnh án : 1335VP/14
- Ngày ra viện :27/08/2014 Thời gian nằm viện : 22 ngày

2. Lâm sàng :

- Nguyên nhân :

Tai nạn lao động :.X., Tai nạn sinh hoạt :....., Tai nạn giao thông :..., Khác :..

- Cơ chế chấn thương : trực tiếp
- Mức độ tổn thương :
 - ✓ Lộ gân : có..X..., không.....
 - ✓ Mất gân : có..X..., không.....
 - ✓ Lộ xương khớp : có...X., không.....
- X- quang bàn tay
 - ✓ Gãy xương đốt : có....., không..X....

3. Chẩn đoán

- Khuyết hồng mặt lưng ngón tay (P)..X..., tay (T).....,
- Tay thuận...X..., Tay không thuận.....
- Ngón II; Đốt 1,2, Qua khớp : có..X..., không.....

4. Điều trị

- Ngày mổ 22/08/2014 , Mổ cấp cứu....., mổ sau tai nạn 17 ngày
- Phương pháp vô cảm; Mê....., Tê vùng...X.....
- Thời gian mổ:70 phút.

5. Theo dõi:

a. Sự sống của da ghép trên vật:

- Sống hoàn toàn:..X..., hoại tử một phần:..., hoại tử hoàn toàn.....
- Nhiễm trùng vật: có....., không...X...
- Mổ cắt lọc lại vết thương: có....., không..X....

b. Khả năng che phủ của vật:

- ✓ Kích thước tổn thương: dài 60mm,rộng18 mm, diện tích 1080mm²
- ✓ Kích thước của vật: dài 62mm, rộng 19mm, diện tích 1178mm²
- ✓ Vật che hết tổn thương: có..X..., không.....
- ✓ Ghép da bổ sung: có....., không..X....

c. Thời gian tách ngón: 21 ngày

d. Thời gian trở lại công việc

- ✓ Trở lại công việc sau 45 ngày.
- ✓ Làm lại nghề cũ: có..X..., không.....
- ✓ Đổi nghề do tổn thương.....,do nguyên nhân khác.....

e. Thời gian lành vết thương: 30 ngày.

f. Thẩm mỹ ngón tay bị tổn thương:

* Da nơi cho vật:

- Sống hoàn toàn:...X..., hoại tử một phần:..., hoại tử hoàn toàn.....

- Nhiễm trùng da : có....., không...X...
- Mổ cắt lọc lại vết thương: có....., không...X...

❖ **Sẹo mặt lưng ngón tay:**

- Độ dày : bằng mặt da...X..., lồi cao.....
- Độ mềm mại : bình thường....., ít mềm mại..X...,chắc.....,co rút.....

g. Tầm vận động khớp ngón tay bị thương:

Kết quả TAM	Tốt > 210°	Khá 180°-210°	Kém <180°
	X		

h. Mức độ hài lòng của bệnh nhân :

- ✓ Rất vừa lòng....., vừa lòng..X..., tạm được.....
Không vừa lòng....., rất không vừa lòng.....
- ✓ Lý do không hài lòng.....

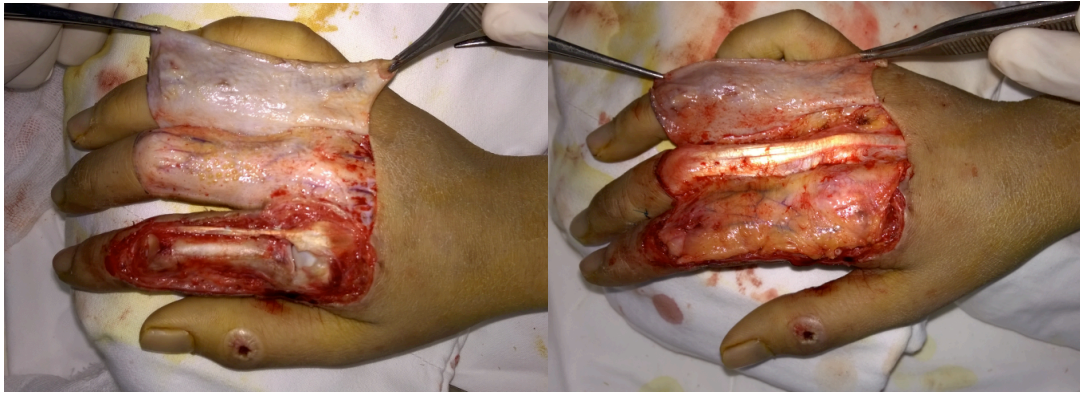
6. Tổng kết:

Số lần tái khám :.....5...lần.

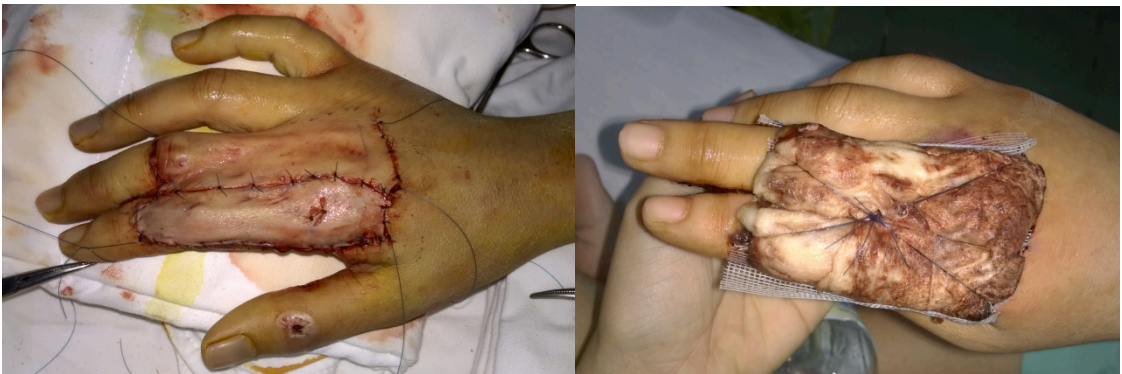
Thời gian theo dõi:.8 tuần.



Ảnh vết thương trước và sau cắt lọc



Ảnh lấy vạt và che phủ tổn thương



Ảnh ghép da lên vạt



Ảnh trước và sau tách ngón 3 tuần



Chức năng bàn tay sau phẫu thuật 7 tuần

MỤC LỤC

Trang

ĐẶT VẤN ĐỀ - MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Giải phẫu học mạch máu ngón tay.....	4
1.2. Cấu trúc mô học da và mô dưới da	8
1.3. Hệ thống cân mạc mặt lưng ngón tay	9
1.4. Cơ sở giải phẫu mạch máu nuôi dưỡng vật cân mỡ mặt lưng ngón tay..	11
1.5. Các mức độ tổn thương mặt lưng ngón tay.....	14
1.6. Phân loại các vật da.....	15
1.7. Các phương pháp điều trị khuyết hồng mặt lưng ngón tay.....	16
1.8. Các nghiên cứu liên quan đến vật cân mỡ mặt lưng chéo ngón tay.....	20
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2. Phương pháp nghiên cứu	23
2.3. Nội dung nghiên cứu.....	23
2.4. Phân tích thống kê.....	28
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	29
3.1. Đặc điểm dịch tễ học	29
3.2. Điều trị	43
3.3. Kết quả điều trị	50
Chương 4. BÀN LUẬN	59
4.1. Nhận xét về tuổi, giới và nghề nghiệp	59

4.2. Nhận xét về nguyên nhân	59
4.3. Nhận xét về vị trí tổn thương	60
4.4. Nhận xét về điều trị trước mổ	61
4.5. Nhận xét về thời điểm phẫu thuật	61
4.6. Nhận xét về phương pháp phẫu thuật	62
4.7. Nhận xét về khả năng che phủ của vạt da	62
4.8. Nhận xét về sự sống của da ghép trên vạt	64
4.9. Thời gian tách ngón của vạt da	65
4.10. Nhận xét về tâm vận động khớp của ngón tay bị thương	66
4.11. Nhận xét về thẩm mỹ vùng da ghép trên vạt	66
4.12. Nhận xét về di chứng của vùng cho vạt da	67
4.13. Nhận xét về thời gian bệnh nhân trở lại làm việc	67
KẾT LUẬN	69
KIẾN NGHỊ	70
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

MCP	: Metacarpophalangeal joint
PIP	: Proximal interphalangeal joint
DIP	: Distal interphalangeal joint
PP	: Proximal phalanx
MP	: Middle phalanx
DP	: Distal phalanx
PDA	: Proper digital artery
DCB	: Dorsal cutaneous branch
ET	: Extensor tendon

BẢNG ĐỐI CHIẾU THUẬT NGỮ VIỆT-ANH

Khớp bàn đót	Metacarpophalangeal joint
Khớp liênd đót gần	Proximal interphalangeal joint
Khớp liênd đót xa	Distal interphalangeal joint
Vạt da ngẫunhiên	Random-patter flap
Vạt da kiểutrực	Axial-patter flap
Vạt da chéongón dưới da	Cross Finger Dorsal Adipofascial Flap
Vạt giancót sau	Posterior interosseous flap
Vạt bẹn	Groin flap

DANH MỤC CÁC BẢNG

	<i>Trang</i>
Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính	29
Bảng 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi	30
Bảng 3.3. Nơi cư ngụ.....	31
Bảng 3.4. Nghề nghiệp.....	31
Bảng 3.5. Nguyên nhân.....	32
Bảng 3.6. Tay bị thương	33
Bảng 3.7. Ngón bị thương.....	34
Bảng 3.8. Đốt bị thương.....	35
Bảng 3.9. Tổn thương qua khớp	36
Bảng 3.10. Tổn thương gân	37
Bảng 3.11. Tổn thương xương.....	38
Bảng 3.12. Chiều dài tổn thương mất da mặt lưng ngón tay	39
Bảng 3.13. Chiều rộng tổn thương mất da mặt lưng ngón tay.....	40
Bảng 3.14. Diện tích tổn thương mất da mặt lưng ngón tay.....	41
Bảng 3.15. Thời gian tiên phẫu.....	43
Bảng 3.16. Chiều dài vạt cân mỡ ngược dòng mặt lưng ngón tay.....	44
Bảng 3.17. Chiều rộng vạt cân mỡ ngược dòng mặt lưng ngón tay	45
Bảng 3.18. Diện tích vạt cân mỡ mặt lưng ngón tay	46
Bảng 3.19. Thời gian mổ	47
Bảng 3.20. Liên quan giữa thời gian phẫu thuật với kích thước tổn thương mất da.....	48

Bảng 3.21. Thời gian hậu phẫu.....	49
Bảng 3.22. Sự sống của vật.....	50
Bảng 3.23. Liên quan giữa sự sống của vật và chiều dài vật.....	50
Bảng 3.24. Liên quan giữa sự sống của vật và tổn thương mất gân	51
Bảng 3.25. Liên quan giữa sự sống của vật và tổn thương mất xương	51
Bảng 3.26. Liên quan giữa sự sống của vật và tổn thương mất móng	52
Bảng 3.27. Thời gian lành và tách ngón	53
Bảng 3.28. Tầm vận động khớp của 32 ngón tay theo TAM.....	54
Bảng 3.29. Thẩm mỹ của ngón tay	55
Bảng 3.30. Màu sắc da.....	55
Bảng 3.31. Độ mềm mại của sẹo	56
Bảng 3.32. Thời gian theo dõi.....	56
Bảng 3.33. Thời gian trở lại công việc.....	57
Bảng 3.34. Sự hài lòng của bệnh nhân.....	58
Bảng 4.1. Nguyên nhân tổn thương	60
Bảng 4.2. Tỷ lệ tổn thương ngón tay	61
Bảng 4.3. So sánh kích thước trung bình của vật	63
Bảng 4.4. So sánh sự sống của vật so với các tác giả.....	65
Bảng 4.5. So sánh thời gian trở lại công việc của các tác giả khác	67

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

	<i>Trang</i>
Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới	29
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi	30
Biểu đồ 3.3. Nơi cư ngụ.....	31
Biểu đồ 3.4. Nghề nghiệp	32
Biểu đồ 3.5. Nguyên nhân.....	33
Biểu đồ 3.6. Tay bị thương.....	34
Biểu đồ 3.7. Ngón bị thương.....	35
Biểu đồ 3.8. Đốt bị thương	36
Biểu đồ 3.9. Tổn thương qua khớp	37
Biểu đồ 3.10. Tổn thương gân	38
Biểu đồ 3.11. Tổn thương xương.....	39
Biểu đồ 3.12. Chiều dài tổn thương mất da mặt lưng ngón tay	40
Biểu đồ 3.13. Chiều rộng tổn thương mất da mặt lưng ngón tay.....	41
Biểu đồ 3.14. Diện tích tổn thương mất da mặt lưng ngón tay.....	42
Biểu đồ 3.15. Thời gian tiên phẫu.....	43
Biểu đồ 3.16. Chiều dài vạt cân mỡ ngược dòng mặt lưng ngón tay.....	44
Biểu đồ 3.17. Chiều rộng vạt cân mỡ ngược dòng mặt lưng ngón tay	45
Biểu đồ 3.18. Diện tích vạt cân mỡ mặt lưng ngón tay	46
Biểu đồ 3.19. Thời gian mổ	47
Biểu đồ 3.20. Liên quan giữa thời gian phẫu thuật với kích thước tổn thương mất da.....	48
Biểu đồ 3.21. Cắt lọc vạt.....	52

Biểu đồ 3.22. Phân bố theo nhóm tuổi	54
Biểu đồ 3.23. Sự hài lòng của bệnh nhân	58

DANH MỤC CÁC HÌNH - ẢNH

	<i>Trang</i>
Hình 1.1: Giải phẫu mạch máu ngón tay	4
Hình 1.2: Giải phẫu ngón tay.....	5
Hình 1.3: Động mạch cung cấp máu cho đốt xa ngón tay.....	5
Hình 1.4: Hệ thống động mạch gan ngón riêng.....	6
Hình 1.5: Tĩnh mạch mặt lưng và mặt lòng ngón tay.....	7
Hình 1.6. Cấu trúc mô học của da.....	9
Hình 1.7. Hệ thống gân duỗi ngón tay.....	10
Hình 1.8. Hệ thống gân duỗi và mạng mạch máu màng gân.....	10
Hình 1.9. X-quang có cản quang của các nhánh nuôi da mặt lưng ngón tay xuất phát từ động mạch gan ngón riêng.....	12
Hình 1.10. Ảnh chụp các nhánh ra da mặt lưng tại khớp IP và đốt gần ngón tay từ động mạch gan ngón riêng.	13
Hình 1.11. 4 nhánh ra da mặt lưng đốt gần, đốt giữa ngón tay từ động mạch gan ngón riêng.....	13
Hình 1.12. Động mạch nuôi vật cân mỡ xuất phát từ động mạch gan ngón riêng.....	14
Hình 1.13. Hai nhánh ra da mặt lưng ở đốt gần của ngón cái từ động mạch gan ngón riêng.....	14
Hình 1.14. Vật liên xương bàn và mặt lưng kẽ xương bàn.....	17
Hình 1.15. Vật liên cốt sau.....	18
Hình 1.16. Vật da ben.....	18
Hình 1.17. Vật ngẫu nhiên ở bụng.....	19

Hình 1.18. Vạt cân mở mặt lưng lật ngược cùng ngón tay	19
Hình 1.19. Vạt cân mỡ dưới da chéo ngón	20
Hình 2.1. Kính lúp phóng đại.....	24
Hình 2.2. Bộ dụng cụ phẫu thuật	24
Hình 2.3: Hình ảnh tổn thương trước và sau cắt lọc	25
Hình 2.4: Thiết kế và bóc tách vạt da	26
Hình 2.5: Ghép da nơi lấy vạt và vạt cân mỡ.....	26
Hình 2.6: Vạt cân mỡ mặt lưng chéo ngón che phủ khuyết hổng ngón tay chéo ngón sau 3 tuần	26
Hình 2.7: Vận động khớp ngón tay sau 5 tuần.....	27
Ảnh 4.1. Tổn thương và vạt cân mỡ mặt lưng chéo ngón che tổn thương.	64
Ảnh 4.2. Tổn thương phẫu thuật 2 vạt cân mỡ mặt lưng chéo ngón trên cùng tay	64