

1. Lê Đình Vũ, Trương Thanh Tùng, Nguyễn Anh Lương, và cộng sự (2019), "Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá qua 300 trường hợp", Y học TP Hồ Chí Minh, 23 (3), pp. 78-84.
2. Lê Đình Nguyên (2021), "Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi thận có kích thước lớn hơn 2 cm bằng phương pháp lấy sỏi qua da", Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Nguyễn Minh An, Đặng Văn Hùng (2021), "Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2020", Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), pp. 66-70.
4. Nguyễn Nhật An, Lê Ánh Nguyệt, Cao Quyết Thắng, và cộng sự (2022), "Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ điều trị sỏi san hô tại Bệnh viện quân y 103", Tạp chí Y học Việt Nam, 519 - Tháng 10 - Số chuyên đề, pp. 3-10.
5. Jiang H, Yu Z, Chen L, et al (2017), "Minimally Invasive Percutaneous Nephrolithotomy versus Retrograde Intrarenal Surgery for Upper Urinary Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis", Biomed Res Int, 2017.
6. Moreno-Palacios J, Avilés-Ibarra O J, García-Peña E, et al (2018), "Rearrangement of the Guy's stone score improves prediction of stone-free rate after percutaneous nephrolithotomy", Turk J Urol, 44 (1), pp. 36-41.
7. Temel M C, Ediz C, Okçelik S, et al (2020), "Perioperative indices predicting fever following percutaneous nephrolithotomy", J Coll Physicians Surg Pak, 30 (12), pp. 1306-1311.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN MỘT BÀN TAY BẰNG VẬT LIÊN CỐT MU TAY THỨ NHẤT

Trình Văn Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Hoàng<sup>1</sup>  
Nguyễn Văn Phú<sup>2</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>2</sup>, Lê Văn Chất<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sử dụng vật động mạch liên cốt mu tay thứ nhất để che phủ khuyết hổng phần mềm ngón I bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 31 bệnh nhân bị khuyết hổng phần mềm ngón I bàn tay được điều trị chuyển vật liên cốt mu tay thứ nhất tại bệnh viện Trung ương Thái nguyên từ tháng 1/2018 – 6/2022. Vật được thiết kế ở mu đốt 1 ngón II và khớp bàn ngón II với sự cấp máu của động mạch liên cốt mu tay thứ nhất tách ra ở động mạch quay ở hố lồi. Đi cùng động mạch có 2 tĩnh mạch. Thần kinh cảm giác của vật là nhánh cảm giác tách ra từ dây thần kinh quay. **Kết quả:** Kết quả gần 27/31 bệnh nhân vật sống hoàn toàn chiếm 87.1%, 3 bệnh nhân vật sống nhưng bong tróc lớp thượng bì chiếm 9.7%, 1 bệnh nhân vật sống hoại tử 1 phần chiếm 3.2%, không có trường hợp nào vật chết. Nơi cho va được ghép da dày, đều liền kì đầu tại nơi cho vật. Kết quả xa: Chúng tôi theo dõi 30 vật, thời gian theo dõi tối thiểu trên 3 tháng. Kết quả vật và nơi nhận vật tất cả đều tốt 28/30 bệnh nhân, kết quả vừa 2 bệnh nhân. Vận động ngón I rất tốt 4 bệnh nhân, tốt là 26. Màu sắc của vật chuyển phù hợp với vùng nhận là 29, không phù hợp có 1 bệnh nhân. Độ dày vật phù hợp là 29, không phù hợp có 1 trường hợp chiếm. Kích thước vật được thiết kế từ 2x3cm đến 2.5x4cm. **Kết luận:**

Vật động mạch liên cốt mu tay thứ nhất có độ tin cậy cao, kết quả điều trị tốt.

**Từ khóa:** Vật liên cốt mu tay thứ nhất.

### SUMMARY

#### EVALUATE THE RESULTS OF USING THE FIRST DORSAL METACARPAL ARTERY FLAP TO COVER THE SOFT PART OF THE FIRST FINGER OF THE HAND

**Objective:** To evaluate the results of using the first dorsal interosseous artery flap to cover the soft part of the first finger of the hand. **Subjects and methods:** Descriptive study on 31 patients with software defects in the first finger of the hand who were treated for the first dorsal interosseous flap at Thai Nguyen Central Hospital from January 2018 to August 8, 2022. The flap was designed at the dorsal dorsum of the second toe and the second metatarsal joint with the blood supply of the first dorsal interosseous artery dissecting at the radial artery in the pituitary. Along with the artery there are 2 veins. The sensory nerve of the flap is a sensory branch that separates from the radial nerve. **Result:** The results of nearly 27/31 patients with completely flap accounted for 87.1%, 3 patients with live flap but peeling of the epidermis accounted for 9.7%, 1 patient with partially necrotic flap accounted for 3.2%, there were no cases of flap. died. The place for the flap is grafted with thick skin, and the first is at the place for the flap. Distant results: We monitored 30 flaps, the minimum follow-up time was over 3 months. The results of the flap and the place of receiving the flap were all good in 28/30 patients, the results fit 2 patients. Mobility of finger I is very good 4 patients, good is 26. The color of the flap is suitable for the receiving area is 29, it is not suitable for 1 patient.

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y – Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trình Văn Tuấn

Email: tuanytnbdsdk@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2023

Ngày duyệt bài: 28.2.2023

Suitable flap thickness is 29, unsuitable has 1 case occupied. The flap size is designed from 2x3cm to 2.5x4cm. **Conclusion:** The first dorsal metacarpal artery flap has high reliability and good treatment results.

**Keywords:** First dorsal metacarpal artery flap.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay, đặc biệt là ngón tay là bộ phận tinh tế của hệ vận động tham gia vào hầu hết các hoạt động trong lao động và trong sinh hoạt hằng ngày. Các nguyên nhân thường rất đa dạng, chủ yếu do tai nạn lao động, tai nạn giao thông chiếm 40-60 % [2]. Vết thương bàn tay đơn thuần ít khi đe dọa tính mạng bệnh nhân nhưng nếu điều trị không đúng có thể ảnh hưởng đến chức năng của bàn tay [1]. Bàn tay có 5 ngón trong đó quan trọng nhất là ngón I, rồi đến các ngón III, II, IV, V. Ngón I bàn tay có vai trò cực kì quan trọng với chức năng của bàn tay, hỗ trợ 50% chức năng của bàn tay [7]. Do đó ngón I bàn tay bị tổn thương khuyết hồng hoặc biến dạng có ảnh hưởng rất lớn tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong đó các tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón I làm lộ gân xương nếu không dùng vạt da che tổn thương thì bệnh nhân phải cắt bỏ ngón tay hoặc một phần ngón tay.

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, các phương pháp tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm ngón một tay đã được nghiên cứu nhiều từ đơn giản đến phức tạp từ vạt tự do tới vạt tại chỗ vạt lân cận, vạt vi phẫu. Thương tích bàn tay lý tưởng nhất là tất cả các tổn thương đều được xử lý ngay từ đầu và tiến hành trong một lần phẫu thuật. Vạt liên cốt mu tay thứ nhất được lấy từ mặt lưng đốt gần ngón tay trở, bao gồm khớp bàn đốt. Vạt được mô tả đầu tiên bởi Hilgenfeldt năm 1950, được phát triển sâu rộng hơn nữa bởi Foucher, từ đó vạt được ứng dụng nhiều điều trị những khuyết hồng phần mềm ngón I bàn tay [3].

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón I bàn tay bằng vạt liên cốt mu tay thứ nhất.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 31 BN tuổi từ 15 đến 72, có 22 BN nam và 9 BN nữ có khuyết hồng phần mềm ngón I bàn tay được điều trị chuyển vạt liên cốt mu tay thứ nhất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2018 - 6/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả lâm sàng, theo dõi dọc, không đối chứng.

Thứ tự nghiên cứu: Khám lâm sàng, chụp X quang, đánh giá tổn thương, tiến hành phẫu thuật, thiết kế vạt, bóc và chuyển vạt, theo dõi, đánh giá kết quả gần và xa. Xử lý số liệu theo toán thống kê.

### Quy trình phẫu thuật

- Thiết kế vạt: vạt được phác họa vùng mu đốt 1 và một phần da của khớp bàn ngón của ngón II.



**Hình 1: Thiết kế vạt**

Đường mổ để bộc lộ cuống là một đường hình chữ S bắt đầu từ đầu gần khoang gian xương đốt bàn I. Phần dưới của đường mổ hơi cong sang bên bờ quay của xương bàn II và tiến đến phía quay của vạt. Sau khi rạch da, hai mép da được kéo nhẹ nhàng để tách mô dưới da, trong mô dưới da chứa nhánh cảm giác của dây TK quay (thành phần cuống vạt). ĐM mu đốt bàn tay 1 thường nằm dưới lớp cân nông, trên cơ liên cốt mu bàn tay.

- Bóc vạt theo thiết kế: Trong quá trình phẫu tích, cuống vạt bao giờ cũng được bóc thành một khối gồm bó mạch thần kinh và một phần cân mỡ kèm theo. Khi tách xong cuống tới phần tiếp giáp da của vạt, tiến hành rạch từng bên vạt và tách từng bên, thắt và cắt ĐM mu ngón trở để nâng vạt theo cuống. Đường rạch quanh chu vi da, sâu đến hết lớp cân nhưng phải bảo đảm giữ lại bao gân dưới ngón trở, để có nền nhận tốt cho ghép da tự do.

Trong quá trình tách vạt, cần khâu cố định lớp cân với lớp da xung quanh vạt để không xảy ra hiện tượng bóc tách giữa lớp da và lớp cân gây tổn thương mạch máu từ lớp cân lên nuôi da của vạt. Các tĩnh mạch nông dưới da chạy ngang qua vạt sẽ được thắt và cắt để thuận lợi trong khi nâng vạt

- Chuyển vạt sang ngón I che phủ khuyết hồng:

Khi giải phóng xong vạt và cuống tới điểm xoay, xả ga rô để kiểm tra cầm máu, thử góc xoay để tránh hiện tượng xoắn vặn cuống vạt, tạo đường hầm hoặc rạch da đưa vạt tới vùng nhận. Sau đó, tiến hành khâu cố định vạt vào

vùng nhận, đặt dẫn lưu dưới vạt, khâu khếp da trên cuống vạt. Ghép da dày nơi cho vạt.



**Hình 2: Vạt che phủ**

- Đánh giá kết quả:

Tốt: vạt sống hoàn toàn sau khi chuyển, vết mổ liền sẹo kỳ đầu.

Vừa: vạt sống, nhưng có hiện tượng bong tróc lớp thượng bì của vạt, viêm nề xuất tiết dưới 3 tuần, không phải can thiệp gì thêm vẫn lành vết thương.

Xấu: vạt hoại tử một phần, viêm rò kéo dài trên 3 tuần, phải can thiệp cắt lọc bổ sung, vùng khuyết hồng lành sẹo.

Thất bại: vạt chết phải tháo bỏ, không đáp ứng được yêu cầu che phủ, phải thay thế vạt khác hoặc phương pháp khác để điều trị

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm đối tượng

**Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n= 31)**

Giới	Nhóm tuổi			Tổng	Tỷ lệ (%)
	<18	18- 60	>60		
Nam	3	18	1	22	71
Nữ	0	8	1	9	29
Tổng	3	26	2	31	
Tỷ lệ (%)	9.7	83.9	6.4		100

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy tuổi hay gặp nhất là lứa tuổi lao động, từ 18- 60 tuổi 26 trường hợp chiếm 83.9%, tiếp đến là dưới 18 tuổi gặp 3 trường hợp chiếm 9.7%, ít gặp ở lứa tuổi trên 60 tuổi có 2 trường hợp chiếm 6.4%. Tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi cao nhất là 72 tuổi, tuổi trung bình là  $39 \pm 15.2$  tuổi.

**Bảng 2: Nguyên nhân gây khuyết hồng phần mềm ngón I bàn tay (n= 31)**

Nguyên nhân tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn lao động	18	58.1
Tai nạn sinh hoạt	10	32.3
Tai nạn giao thông	2	6.4
Nguyên nhân khác	1	3.2
<b>Tổng số</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Nguyên nhân: Nguyên nhân tổn thương gây

KHPM ngón tay I chủ yếu do tai nạn lao động chiếm 58.1%, tiếp đến là tai nạn sinh hoạt chiếm 32.3%, tai nạn giao gặp 2 trường hợp chiếm 6.4%, 1 trường hợp bị tổn thương do pháo nổ chiếm 3.2%.

Vị trí khuyết hồng: Vị trí tổn thương hay gặp nhất là tổn thương móm cụt thân đốt, búp ngón, trong đó chủ yếu là tổn thương móm cụt thân đốt, búp ngón chiếm 45.2%, tổn thương tổn thương gan đốt 1 chiếm 22.5%. Tiếp đến là tổn thương mu đốt 2 chiếm 19.4%, ít gặp hơn là mặt mu đốt 1 chiếm 9.7%. Tổn thương gan đốt 2 ít gặp nhất 1 trường hợp chiếm 3,2%. Trong đó với các tổn thương búp ngón hoặc tổn thương ở gan đốt 2 của ngón I chúng tôi chú ý tương quan ngón I phải ngắn hơn khớp liên đốt 1-2 ngón II nhằm đảm bảo che phủ cuống vạt không bị căng.

Tổn thương phối hợp: Phần lớn các bệnh nhân bị KHPM đơn thuần nhưng lộ gân, xương, khớp (80.7%). Các bệnh nhân có tổn thương phối hợp chiếm tỉ lệ ít hơn: gãy xương (12.9%), tổn thương gân (3.2%), viêm xương (3.2%). Nhóm gãy xương có 4 BN, trong đó gãy xương đốt 1 có 2 bệnh nhân, gãy xương đốt 2 có 2 BN. Nhóm tổn thương gân có 1 BN, bị mất đoạn gân duỗi. Nhóm viêm xương: chúng tôi gặp 1 BN bị viêm xương bề mặt.

Tình trạng nhiễm khuẩn: Có 16 trường hợp chiếm 51.6% có tình trạng nền khuyết hồng sạch 15 trường hợp chiếm 48.4% có nền bị nhiễm khuẩn, những trường hợp này được dùng kháng sinh, thay băng vết thương theo dõi, đánh giá nền khuyết hồng hằng ngày đến khi vết thương hết tình trạng nhiễm khuẩn, tổ chức hạt lên tốt sẽ tiến hành chuyển vạt.

#### 3.2. Đặc điểm, hình thái vạt được sử dụng

Dạng vạt: Da cân

**Bảng 3: Kích thước vạt được thiết kế**

Kích thước trung bình vạt	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
Chiều dài (cm)	3.37±0.26	3	4
Chiều rộng (cm)	2.42±0.19	2	2.5
Diện tích	8.15±0.87	6	10

Kích thước vạt: chiều rộng của vạt từ 2 đến 2.5 cm, chiều dài vạt từ 3 đến 4 cm, vạt có kích thước lớn nhất là 2.5x 4 cm, vạt có kích thước nhỏ nhất là 2x3 cm

Cuống vạt: Động mạch liên cốt mu tay thứ nhất

#### 3.3. Kết quả điều trị

##### 3.3.1. Kết quả gân

**Bảng 4: Kết quả phẫu thuật gân (n= 31)**

Kết quả gân	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tốt	27	87.1
Vừa	3	9.7

Xấu	1	3.2
Thất bại	0	0
<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

- Nơi nhận: Kết quả tốt là 27/31 chiếm 87.1%, kết quả vừa là 3 trường hợp chiếm 9.7%, kết quả xấu 1 trường hợp chiếm 3.2%, không có trường hợp nào vạt chết hoàn toàn

- Nơi cho vạt: Tất cả các trường hợp được ghép da dày, đều liền kì đầu tại nơi cho vạt.

- Biến chứng gần và xử trí: 1 trường hợp vạt bị ồm, bong tróc lớp thượng bì hoại tử mép xa của vạt. Vạt này có kích thước 2.5cm x 3.5cm, che phủ nền khuyết hồng có diện tích 6cm<sup>2</sup>. Như vậy có thể, trong quá trình khâu dính vạt, vạt bị căng, làm giảm khả năng nuôi dưỡng. Vì thế, sau khi được cắt bớt chỉ làm chùng vạt, sưởi ấm, vạt sống và liền vết mổ kì đầu, đảm bảo chức năng che phủ. Có 2 trường hợp trong quá trình theo dõi sau mổ chúng tôi thấy vạt căng nên đã tiến hành cắt bớt chỉ khâu vạt để giảm độ căng của vạt và theo dõi thêm và thấy vạt hồi lưu tốt hơn.

**3.3.2. Kết quả xa.** Chúng tôi theo dõi đánh giá kết quả xa 30/31 bệnh nhân với 30 vạt thời gian theo dõi tối thiểu trên 3 tháng. Kết quả vạt và nơi nhận vạt tất cả đều tốt 28/30 bệnh nhân, kết quả vừa 2 bệnh nhân. Các trường hợp KHPM đơn thuần sau khi tạo hình phủ chức năng ngón gần như trở lại như bình thường. Nhóm BN móm cụt tự nhiên ngang thân đốt mất khớp liên đốt của ngón I được tạo hình phủ bằng vạt, khi tái khám, tất cả trường hợp móm cụt được bảo tồn giữ lại tối đa phần xương lành, không phải thu ngắn xương theo phần mềm nên tạo được gọng kìm với các ngón còn lại đảm bảo chức năng cầm nắm. Nhóm BN có tổn thương gân kết hợp, chức năng vận động của ngón có hạn chế hơn trong đó vận động rất tốt là 4, vận động tốt là 26. Tất cả nơi lấy vạt được ghép da đều sống, không ảnh hưởng đến vận động của ngón II. Màu sắc của vạt chuyển phù hợp với vùng nhận là 29, không phù hợp có 1 trường hợp chiếm. Độ dày vạt phù hợp là 29, không phù hợp có 1 trường hợp chiếm.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua phân tích kết quả chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân đạt mức kết quả tốt là 27 bệnh nhân chiếm 87.1%, kết quả vừa là 3 bệnh nhân chiếm 9.7%, kết quả xấu 1 bệnh nhân chiếm 3.2%, không có trường hợp nào chết vạt. Chúng tôi sử dụng vạt liên cốt mu tay thứ nhất có khả năng che KHPM ngón I tốt, ít thất bại.

Chúng tôi thấy có 3 trường hợp vạt bị ồm, bong tróc lớp thượng bì, 1 trường hợp hoại tử

mép xa của vạt. Như vậy có thể, trong quá trình khâu dính vạt, vạt bị căng, làm giảm khả năng nuôi dưỡng. Vì thế, sau khi được cắt bớt chỉ làm chùng vạt, sưởi ấm, vạt sống, đảm bảo chức năng che phủ.

Kích thước vạt: Kích thước vạt nhỏ nhất: 6cm<sup>2</sup>. Kích thước vạt lớn nhất: 10cm<sup>2</sup>. Kích thước trung bình của vạt là: 8.15±0.87cm<sup>2</sup>. Vạt được sử dụng có chiều dài tối đa 4cm, chiều rộng đa 3cm đảm bảo toàn bộ vạt được cấp máu. Kích thước của vạt tương ứng kích thước vạt của H. Wang[8]

Vùng lấy vạt được ghép da dày cả 31 trường hợp. Các vạt da ghép đều sống tốt, không có trường hợp nào bị hoại tử mép, bong tróc hoặc tụ máu gây chết da ghép, tất cả liền vết mổ kì đầu.

Tại nơi lấy vạt được ghép da dày, chúng tôi thường lấy da vùng bẹn, hoặc mặt trên trong cẳng tay làm nguyên liệu ghép lên vùng cho, ưu điểm của ghép da dày vào nơi cho vạt là sau khi liền sẹo vạt da ít đổi màu hơn ghép da mỏng, khả năng đàn hồi khá, sẹo không bị lõm nên không gây ảnh hưởng tới chức năng vận động của ngón II, về thẩm mỹ BN chấp nhận được.

Về thẩm mỹ tại vạt phần lớn màu sắc của vạt phù hợp với xung quanh vùng nhận một số vạt có màu sậm hơn, độ dày của vạt phù hợp với xung quanh không có trường hợp nào vạt to xù, có được điều này là vì độ dày lớp mỡ dưới da vùng bàn tay tương đối đồng đều, vạt được dùng nằm trên cùng khu vực bàn tay độ dày là phù hợp hơn các vạt lấy từ khu vực khác.

Vạt chúng tôi ứng dụng trong nghiên cứu là dạng vạt có cuống mạch liên hằng định có cảm giác (đây là ưu điểm nổi bật của vạt). So với các phương pháp tạo hình phủ kinh điển, hay phương pháp chuyển vạt tự do sử dụng kỹ thuật nối mạch vi phẫu, thì loại vạt này có nhiều ưu điểm:

Vạt có sức sống tốt, nhờ được cấp máu bởi nguồn nuôi hằng định là động mạch liên cốt lưng xương bàn I nằm trong cuống vạt, không chỉ sử dụng tốt trong che phủ tổn thương sạch, mà những trường hợp viêm mãn khi sử dụng vạt cũng mang lại kết quả tốt, có thể lấy được vạt kích thước lớn tới 10cm<sup>2</sup>.

Theo nhận xét của Magdi S.M. [6] thì vạt da cân cuống mạch liên vùng mu bàn tay an toàn cao trong sử dụng, khả năng sống tốt nên rất phù hợp để lựa chọn che phủ ngay sau xử trí tổn thương gân, xương, khớp (một hình thái tổn thương phối hợp thường gặp trong tổn thương ngón tay). Độ dày của vạt vừa phải, tương ứng với độ dày vùng da tổn khuyết trên ngón tay. Theo đánh giá của Tufan K. [5], thực chất của

việc sử dụng vật cuống mạch liên hình đảo ở bàn tay che phủ khuyết hồng ngón tay cũng chỉ là chuyển chỗ vùng da trong khu vực lân cận, nên sự lựa chọn đó là hợp lý.

Di chứng vật ít: Vật cuống liên hình đảo từ mu đốt 1 ngón II được chi phối cảm giác bởi một nhánh thần kinh quay do vậy rất phù hợp cho việc che phủ các tổn thương khuyết hồng ở mặt gan của ngón. Vật được cấp máu bởi động mạch liên cốt lưng xương bàn I tách ra từ động mạch quay. Việc hy sinh động mạch này và nhánh thần kinh cảm giác mu bàn II cho vật không làm ảnh hưởng tới chức năng bàn, ngón tay. Vị trí lấy vật được ghép da Wolfe – Krause, mặc dù da ban đầu hơi lõm hơn xung quanh nhưng sau một thời gian sẽ đầy lên và màu sắc da tương đối phù hợp về thẩm mỹ, bệnh nhân chấp nhận được, khi bóc tách vật chúng tôi chú ý để lại lớp cân sâu và bao gân, nhờ vậy mà khớp liên đốt, khớp bàn ngón II và gân duỗi được bảo vệ, mảnh ghép da không dính vào gân duỗi, chức năng duỗi ngón không bị ảnh hưởng, các khớp bàn ngón và liên đốt không bị hạn chế vận động[4].

## V. KẾT LUẬN

Qua ứng dụng 31 vật cuống mạch liên hình đảo từ mu đốt 1 ngón II, để điều trị khuyết hồng phần mềm trên ngón I bàn tay, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Kết quả trong 31 trường hợp KHPM ở các vị trí khác nhau do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên chúng tôi ghi nhận chúng tôi ghi nhận được kết quả: kích thước vật sử dụng từ 6cm<sup>2</sup> tới 10cm<sup>2</sup>, che phủ các vị trí gan ngón I, mu

ngón I, mòm cụt ngón I. Kết quả tốt là 27 chiếm 87.1%, kết quả vừa là 3 chiếm 9.7%, kết quả xấu 1 trường hợp chiếm 3.2, không có trường hợp nào chết vật. Vật liên cốt mu tay thứ nhất là một lựa chọn hiệu quả và đáng tin cậy, vật có độ dày và màu sắc tương đồng, và mang lại kết quả che phủ tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Minh và Võ Sỹ Quyền Năng** (2020), Điều trị nhiễm trùng bàn tay Vol. 4, Bộ môn Ngoại- Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, Hà Nội, 1854- 1876.
2. **Trường Đại học Y Hà Nội - Bộ môn ngoại** (2021), Bệnh học ngoại khoa chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản y học, 102- 112.
3. **S. M. Ghoraba và W. H. Mahmoud** (2018), "Outcome of Thumb Reconstruction Using the First Dorsal Metacarpal Artery Island Flap", World J Plast Surg. 7(2), tr. 151-158.
4. **G. Foucher và J. B. Braun** (1979), "A new island flap transfer from the dorsum of the index to the thumb", Plast Reconstr Surg. 63(3), tr. 344-9.
5. **T. Kaleli, S. Ersozlu và C. Ozturk** (2004), "Double reverse-flow island flaps for two adjacent finger tissue defect", Arch Orthop Trauma Surg. 124(3), tr. 157-60.
6. **M. M. Sherif** (1994), "First dorsal metacarpal artery flap in hand reconstruction. II. Clinical application", J Hand Surg Am. 19(1), tr. 32-8.
7. **P. G. Silva và các cộng sự.** (2008), "Functional thumb orthosis for type I and II boutonniere deformity on the dominant hand in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled study", Clin Rehabil. 22(8), tr. 684-9.
8. **H. Wang và các cộng sự.** (2016), "Modified first dorsal metacarpal artery island flap for sensory reconstruction of thumb pulp defects", J Hand Surg Eur Vol. 41(2), tr. 177-84.

## VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ U XƠ TỬ CUNG TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Doãn Văn Ngọc<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 78 bệnh nhân u xơ tử cung được điều trị tại bệnh viện E trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 4 năm 2020. **Kết quả:** Tuổi trung

bình 45,3 ± 5,2, nhóm tuổi từ 35-50 chiếm 79,5%; Triệu chứng cơ năng: đau hạ vị chiếm 46,1%, ra máu âm đạo bất thường chiếm 38,5%; Khám lâm sàng: kích thước tử cung to bằng thai 9 – 12 tuần có tỉ lệ 55,1%. Siêu âm: u xơ tử cung giảm âm chiếm 61,5%, bờ đều 91,0%, không bị xơ hóa 89,7%, không tăng sinh mạch 92,3%; U xơ ở thân tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất 92,2%, ở trong cơ 90,7%, phần lớn có 1 u chiếm 61,5%; Kích thước trung bình là 75,2 ± 28,3mm, khối có kích thước từ 50 – 100 mm chiếm tỉ lệ cao nhất 66,7%, kích thước UXTC theo siêu âm và kích thước tử cung khám trên lâm sàng có mối tương quan tuyến tính với R = 0,693 (p < 0,001); Trong chẩn đoán UXTC siêu âm có độ chính xác 93,1%. Kết luận: siêu âm có độ chính xác cao trong chẩn đoán UXTC, giúp

<sup>1</sup>Bệnh viện đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023