

và hiệu quả can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở 3 tỉnh Miền Trung, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Koc HC, Xiao J, Liu W, Li Y, Chen G (2022)**, Long COVID and its Management. Int J Biol Sci, 18(12):4768-4780. doi: 10.7150/ijbs.75056.
7. **Kudlay D, Svistunov A (2022)**, COVID-19 Vaccines: An Overview of Different Platforms. Bioengineering (Basel), 2022 Feb 12;9(2):72. doi: 10.3390/bioengineering9020072

8. **Nguyễn Ngọc Như Khuê<sup>1</sup>, Vũ Thị Quỳnh Hậu<sup>2</sup>, Nguyễn Anh Khoa<sup>3</sup> và cs (2021)**, Đặc điểm hậu covid-19 tại Đắk Lắk, năm 2021, Tạp chí Y học Việt Nam, 513 (1), 184 - 189.
9. **Nguyen Phuong Thi Lan, Nguyen Tien Bao Le, Pham Anh Gia, et al (2019)**. Psychological stress risk factors, concerns and mental health support among health care workers in vietnam during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. Frontiers in public health.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT CHÉO NGÓN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Thành Tấn<sup>1</sup>, Bùi Thị Thiên Lan<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bàn tay có vai trò quan trọng và khuyết hổng phần mềm ngón tay là hình thái thường gặp nhất của tổn thương bàn tay. Có nhiều phương pháp điều trị khuyết hổng phần mềm ngón tay nhưng vật chéo ngón là phương pháp hiệu quả mà không có nhiều biến chứng hay kỹ thuật đặc biệt. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng phần mềm ngón tay bằng vật chéo ngón. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân khuyết hổng phần mềm ngón tay được điều trị bằng vật chéo ngón được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá kết quả bằng ghi nhận sự sống của vật, cảm giác phân biệt 2 điểm của vật, tổng tầm vận động ngón tay và sự hài lòng của bệnh nhân. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi có 33 bệnh nhân được điều trị bằng vật chéo ngón. Trong đó có 22 nam và 11 nữ với tuổi trung bình 36,52±13,59. Diện tích vật trung bình là 283,70±55,47 mm<sup>2</sup> (208 – 480 mm<sup>2</sup>). Vật chéo ngón sống hoàn toàn sau 1 tháng chiếm 93,94%. Cảm giác phân biệt 2 điểm của vật trung bình 8,55±1,87 mm. Tầm vận động rất tốt thu được ở 90,01% bệnh nhân. Sự hài lòng về chức năng và cảm giác đạt 96,97%. **Kết luận:** Vật chéo ngón là phương pháp an toàn và hiệu quả cho điều trị khuyết hổng phần mềm ngón tay. Phương pháp này có thể giúp bảo tồn tối đa chiều dài ngón tay, mang đến sự ổn định về mặt cơ học và phục hồi cảm giác.

**Từ khóa:** khuyết hổng phần mềm ngón tay, vật chéo ngón, cảm giác phân biệt 2 điểm, tổng tầm vận động ngón tay.

### SUMMARY

#### OUTCOMES EVALUATION OF CROSS FINGER FLAP IN SOFT TISSUE DEFECT OF FINGER AT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

### CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Hand has important role and soft tissue defect of fingers are the most common form of hand injuries. There are various techniques used for reconstruction of finger defect but cross finger flap is effective without significant complication or require special techniques. **Objectives:** Evaluation outcomes of cross finger flap for reconstruction of soft tissue defect of fingers. **Materials and methods:** Patients who had soft tissue defect of fingers who had undergone the cross finger flap cover were included in the study. We evaluate outcomes by recorded were flap viability, flap sensibility using two -point discrimination (TPD), total active motion of fingers (TAM) and patient satisfaction. **Results:** We recorded 33 patients treated with cross finger flap. There were 22 men and 11 women with the average age 36,52±13,59. The mean size of flap was 283,70±55,47 mm<sup>2</sup> (208 – 480 mm<sup>2</sup>). The average TPD test measured was 8,55±1,87 mm. Full range of motion was excellent in 90,01% of patients. The functional and aesthetic results were satisfactory in 96,97% patients. **Conclusion:** The cross finger flap is safe and effective method for reconstruction of soft tissue defect of finger. This procedure helps to preserve max lenght of fingers and is able to provide both mechanical stability & sensory recovery.

**Keywords:** soft tissue defect of fingers, cross finger flap, two point discrimination (TPD), total active motion of finger (TAM).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay có vai trò đặc biệt quan trọng, là cơ quan lao động nên rất dễ bị tổn thương và khuyết hổng phần mềm vùng ngón tay là tổn thương thường gặp. Tổn thương các ngón tay để lộ các tổ chức bên dưới như mạch máu, thần kinh, gân, xương và việc tạo hình che phủ các khuyết hổng phần mềm vùng bàn ngón tay vẫn luôn là một thách thức đối với các phẫu thuật viên. Vật chéo ngón được mô tả đầu tiên bởi Michael Gurdin và John W. Pangman vào năm 1950 và sau đó đã được ứng dụng và cải tiến

trong điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay cho đến ngày nay. Tại Việt Nam, vạt chéo ngón hầu hết được ứng dụng trong điều trị khuyết hồng phần mềm búp và ngón tay tại nhiều bệnh viện. Tuy nhiên, nghiên cứu cụ thể về vạt chéo ngón và ứng dụng lâm sàng chưa nhiều, đặc biệt chưa có nghiên cứu nào về điều trị tổn thương này được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài: "*Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vạt chéo ngón tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân có tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón tay được điều trị bằng vạt chéo ngón tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2020 – 2022.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân có tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón tay để lộ gân hay xương ở đốt gần, đốt giữa và vùng 2, vùng 3 đốt xa theo phân loại Rosenthal E.A , được điều trị bằng vạt da chéo ngón.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Khuyết hồng quá lớn so với nơi cho vạt, ngón cho vạt bị tổn thương nơi cho vạt hoặc tổn thương mạch máu và các khuyết hồng đang giai đoạn nhiễm trùng.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** 33 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

#### Nội dung nghiên cứu:

**\*Đặc điểm chung:** tuổi, giới tính, nghề nghiệp, nguyên nhân tổn thương.

**\*Đặc điểm lâm sàng:** ngón và đốt bị thương, vị trí tổn thương, diện tích tổn thương.

#### \* Kết quả điều trị

- Trong lúc phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, tình trạng nền tổn thương, tổn thương kèm theo, loại vạt chéo ngón được sử dụng, diện tích vạt.

- Kết quả điều trị: thời gian lành và tách vạt, đánh giá sự phục hồi thẩm mỹ theo Oberlin C và Duparc J, cảm giác phân biệt 2 điểm, phục hồi chức năng ngón tay và sự hài lòng của bệnh nhân.

- Đánh giá phục hồi chức năng ngón tay tổn thương theo TAM

Rất tốt: > 220 độ

Tốt: 180 - 220 độ

Khá: 130 – 180 độ

Kém: <130 độ

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

**\*Chuẩn bị bệnh nhân.** Giải thích cho bệnh nhân về phương pháp phẫu thuật, vật lý trị liệu sau mổ

Vô cảm: Tê vùng (góc ngón tay) và vùng cánh tay

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

Ga rô: Ga rô góc ngón tay

**\*Kỹ thuật mổ.** Cắt lọc vết thương

Thiết kế vạt: Vạt được phác họa dựa theo hình dạng, kích thước của tổn thương. Kích thước của vạt lớn hơn kích thước tổn thương khoảng 10%[1].

Rạch da: Theo hình vẽ phác họa vạt da. Tùy từng loại vạt, có kiểu bóc tách khác nhau:

- Vạt chéo ngón kinh điển (vạt da cân) Giới hạn bờ xa của vạt không vượt qua đường giữa bên ngón tay. Giới hạn bờ trên và dưới của vạt không vượt qua đường giữa khớp liên đốt ngón tay. Nếu cuống vạt da bị xoắn, có thể tránh bằng cách kéo dài đường cắt ngang ở gần hay ở xa. Khi vạt da không thể lật qua dễ dàng là do dây chằng Cleland giữ lại. Cắt dây chằng cho phép vạt da được lật qua dễ dàng hơn. Di chuyển vạt đến vùng nhận, xả garo đánh giá sự cấp máu cho vạt, khâu cố định vạt da[1]. Vùng cho vạt da được ghép da dày lấy từ da mặt trong cánh tay.



**Hình 2. Vạt chéo ngón dạng da cân**

(BN Nguyễn Phú H.)

-Vạt chéo ngón dạng cân mỡ (vạt cân mỡ) Giới hạn như vạt chéo ngón cổ điển. Bóc tách da từ bờ cuống vạt, để lại lớp trung bì, đến đường giữa bên ngón tay. Bóc tách vạt theo chiều ngược lại, vạt bao gồm lớp trung bì, mỡ dưới da và cân[4]. Di chuyển vạt đến vùng nhận, xả garo đánh giá sự cấp máu cho vạt, khâu cố định vạt. Sau đó ghép da dày lên vạt, da được lấy từ da mặt trong cánh tay. Vùng cho vạt da được khâu kín bằng mảnh da bảo tồn, giống như ghép da dày.

- Vạt chéo ngón dạng vòng C (vạt cuống mạch liền) Vạt được thiết kế quanh đốt giữa ngón tay như một vòng mở, vạt gồm da toàn bộ mặt lưng và nửa mặt lòng ngón tay. Tùy theo cuống vạt đầu gần hay đầu xa mà ta cột và cắt bó mạch đầu còn lại, tách rời cuống vạt ra khỏi nơi cho vạt. Di chuyển vạt da đến vùng nhận, xả garo đánh giá sự cấp máu cho vạt, khâu cố định

vào ngón nhận vạt. Vùng cho vạt được ghép da dày lấy từ mặt trong cánh tay.

Đắp gạc vaselin, băng ép bằng gối gạc, bắt động ngón cho và nhận vạt.

**\*Khám và theo dõi.** Tái khám theo lịch hẹn: 1, 2, 3, 5, 8, 12 tuần.

Tuần 2 – 3 tách vạt tại phòng tiểu phẫu.

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.**

Các số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung.** Tuổi trung bình của 33 bệnh nhân nghiên cứu là 36,52±13,59, nhóm tuổi 20 – 59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 78,78%. Tỉ lệ nam:nữ = 2:1. Nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm 69,70%, kể đến là tai nạn sinh hoạt 21,21%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng.** Tổn thương đa số xảy ra ở ngón tay dài với 66,67%. Tổn thương ở đốt xa chiếm 87,88%, trong đó tổn thương vùng 3 theo Rosenthal chiếm 83,33% và vết thương vát mặt lòng chiếm đa số với 66,66%. Diện tích tổn thương từ 200 – 300 mm<sup>2</sup> chiếm tỉ lệ cao 57,58%, diện tích tổn thương trung bình ghi nhận được là 210,91±48,68 mm<sup>2</sup>.

**3.3. Kết quả điều trị**

**Trong lúc phẫu thuật:** 100% nền tổn thương có lộ gân, xương. Có 20/33TH có tổn thương kèm theo, trong đó khuyết hồng xương chiếm tỉ lệ cao 36,36%, tiếp theo là tổn thương móng, giường móng với 21,21%.

**Bảng 11. Loại vạt chéo ngón sử dụng (n = 33)**

Vạt sử dụng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Vạt da cân	26	78,79
Vạt cân mỡ	6	18,18
Vạt chéo ngón dạng vòng C	1	3,03
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Vạt chéo ngón dạng vạt da cân được sử dụng nhiều nhất để che phủ khuyết hồng với 78,79%, tiếp theo là vạt cân mỡ chiếm 18,18% và chỉ có 1 trường hợp sử dụng vạt chéo ngón dạng vòng C.

Diện tích vạt da trung bình là 283,70±55,47 mm<sup>2</sup>, diện tích vạt da từ 200 – 300 mm<sup>2</sup> chiếm tỉ lệ cao 72,73%. 100% bệnh nhân được lấy da từ mặt trong cánh tay để ghép da dày lên cùng cho vạt.

**Kết quả phẫu thuật:** Hầu hết bệnh nhân có thời gian tách vạt từ 14 – 21 ngày với 31/33TH, thời gian tách vạt trung bình là 18,82±1,67 ngày.

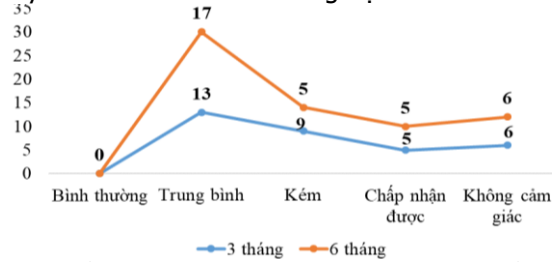
**Bảng 12. Tình trạng của vạt da sau 1**

**tháng theo Oberlin C và Duparc J (n = 33)**

Tình trạng của vạt da sau 1 tháng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Sống hoàn toàn	31	93,94
Hoại tử một phần	1	3,03
Hoại tử mép vạt	1	3,03
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 93,94% vạt da chéo ngón sống hoàn toàn sau 1 tháng, hoại tử một phần và hoại tử mép vạt đều có 1TH. Không có TH nào có vạt bị thiếu dưỡng và hoại tử hoàn toàn.

Sau 3 tháng, tất cả vạt da đều sống tốt. Sự mềm mại của vạt đạt 90,91%, có 3/33 TH vạt co rút nhẹ. Tổn thương nơi cho vạt được ghép da dày đều lành tốt sau 1 tháng đạt 100%.



**Biểu đồ 1. Cảm giác phân biệt 2 điểm của vạt (n = 33)**

**Nhận xét:** Có 22/33 bệnh nhân có cảm giác phân biệt 2 điểm của vạt sau 3 tháng, trung bình là 9,91±2,02mm. Sau 6 tháng cảm giác vạt có sự cải thiện, cảm giác 2 điểm trung bình đạt 8,55±1,87mm. Trong đó, cảm giác phân biệt 2 điểm mức trung bình đạt 51,51%.

Bệnh nhân có sự hồi phục ngón tay tổn thương được đánh giá thông qua tầm vận động khớp bàn ngón và khớp liên đốt theo TAM, chúng tôi ghi nhận tầm vận động trung bình đạt 225,91±13,72 độ, tầm vận động ít nhất là 180 độ và nhiều nhất là 240 độ.

**Bảng 13. Sự hồi phục chức năng ngón tay tổn thương (n = 33)**

Hồi phục chức năng ngón tay tổn thương	Số BN	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	30	90,91
Tốt	3	9,09
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân có sự phục hồi chức năng ngón tay tổn thương rất tốt chiếm 90,91% và không có TH nào có sự phục hồi chức năng trung bình và kém.

Đa số bệnh nhân đều rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị chiếm 96,97%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung.** Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam:nữ là 2:1. Độ tuổi trung bình là

36,52±13,59, nhóm tuổi 20 - 59 có tỉ lệ cao nhất 78,78% cũng là nhóm tuổi lao động chính. Kết quả này cũng tương đồng với Mai Thế Đức (2018)[1] tuổi trung bình là 30,84±12,87, nhóm tuổi 20 - 49 tuổi chiếm 70,97%, Phan Dzur Lê Thăng (2014)[2] có độ tuổi trung bình là 32,5±13,2.

Nguyên nhân khuyết hồng phần mềm ngón tay chủ yếu là do tai nạn lao động chiếm 69,70%. Tương tự các tác giả khác nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn lao động, Mai Thế Đức (2018) [1] 67,7%, Rajappa S (2017) [10] là 92,5%. Điều này đúng với nhóm tuổi tổn thương chính là nhóm tuổi lao động, và đúng với tình hình thực tế Việt Nam là nước đang phát triển. Cùng với việc thiếu trang thiết bị, máy móc hiện đại người lao động thao tác bằng tay còn nhiều nên thường xảy ra tai nạn trong quá trình lao động.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng.** Tổn thương chủ yếu là ở đốt xa 87,88%, với tổn thương độ III theo Rosenthal chiếm 83,33%, vết thương vạt mặt lòng chiếm đa số với 66,66%. Điều này có thể đốt xa và mặt lòng ngón tay là nơi và chạm đầu tiên và tiếp xúc trực tiếp với máy móc, thiết bị lao động.

Diện tích tổn thương trung bình là 210,91±48,68mm<sup>2</sup> và diện tích tổn thương từ 200 - 300 mm<sup>2</sup> chiếm tỉ lệ cao 57,58%. Kết quả của chúng tôi có khác so với các tác giả trong và ngoài nước, Mai Thế Đức (2018) [1] ghi nhận diện tích trung bình 358,69±166,74 mm<sup>2</sup>, với nhóm diện tích 200 - 300 mm<sup>2</sup> chiếm 40,63%. Rajappa S (2017) [10] ghi nhận tổn thương có diện tích trung bình 160 mm<sup>2</sup>.

#### 4.3. Kết quả điều trị

**Trong lúc phẫu thuật:** Có 20/33 bệnh nhân có tổn thương kèm theo, trong đó khuyết hồng xương chiếm 36,36%, tiếp theo là tổn thương móng, giường móng với 21,21%. Tổn thương kèm theo chủ yếu là khuyết hồng xương và tổn thương móng, giường móng do tổn thương của chúng tôi ghi nhận chủ yếu là ở đốt xa.

Việc lựa chọn vạt thích hợp để che phủ khuyết hồng sẽ giúp cho bệnh nhân có kết quả điều trị tốt, người bệnh nhân chóng trở lại công việc, tái hòa nhập cộng đồng. Vạt chéo ngón dạng da cân được sử dụng nhiều nhất để che phủ khuyết hồng mặt lòng với 78,79%, tiếp theo là vạt cân mỡ chiếm 18,18%. Vạt chéo ngón dạng da cân được chúng tôi thực hiện nhiều nhất do các trường hợp nghiên cứu của chúng tôi tổn thương chủ yếu ở mặt lòng. Có 1 trường hợp chúng tôi sử dụng vạt chéo ngón dạng vòng C để che phủ khuyết hồng kiểu lột găng đốt xa

ngón I.

Kích thước của vạt thường lớn hơn kích thước tổn thương 10% để đảm bảo che phủ hết tổn thương và giảm tình trạng phù nề vạt sau mổ [1]. Chúng tôi ghi nhận diện tích vạt trung bình là 283,70±55,47mm<sup>2</sup>. Diện tích vạt da từ 200 - 300 mm<sup>2</sup> chiếm tỉ lệ cao 72,73%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự Phan Dzur Lê Thăng (2014)[2], diện tích trung bình 320,48±105,75 mm<sup>2</sup>, diện tích từ 200 - 300 mm<sup>2</sup> chiếm 54,55%. Vạt chéo ngón có kích thước đa dạng, tương đương hoặc lớn hơn tổn thương khuyết hồng ngón tay, do đó có thể che phủ toàn bộ tổn thương để bảo đảm khả năng sống và tính thẩm mỹ cao[5]. 100% bệnh nhân được lấy da từ mặt trong cánh tay để ghép da dày lên cùng cho vạt. Vùng cho da ghép được đóng da trực tiếp.

**Kết quả phẫu thuật:** Bệnh nhân tách vạt từ 14 - 21 ngày chiếm 93,94%, thời gian trung bình là 18,82±1,67 ngày. Kết quả này có sớm hơn Mai Thế Đức (2018)[1] 20,9±0,5 ngày. Có 2TH chúng tôi tách vạt ở ngày 22, do bệnh nhân có biểu hiện tụ máu dưới vạt, để bảo bảo vạt được sống tốt chúng tôi đã tách vạt muộn hơn các trường hợp khác. Để đạt được kết quả tách vạt sớm là do chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân tập vận động thụ động nhẹ nhàng các ngón tay trong thời gian chờ tách vạt. Điều này làm tăng lượng máu hồi lưu, đẩy nhanh tiến trình liền thương và góp phần làm tăng sự sống của vạt[3].

Sau 1 tháng chúng tôi ghi nhận 93,94% vạt chéo ngón sống hoàn toàn đạt kết quả tốt, hoại tử một phần và hoại tử mép vạt đều chiếm 3,03%. Các trường hợp này chúng tôi xử trí bằng cách sử dụng kháng sinh và thay băng chăm sóc vết thương hàng ngày, sau đó các vạt đều lành thương kỳ 2 và không diễn tiến hoại tử thêm. Sau 3 tháng tất cả các vạt đều sống tốt, nơi cho vạt có da ghép sống hoàn toàn. Theo Mai Thế Đức (2018) [1] có 96,88% vạt sống hoàn toàn, Phan Dzur Lê Thăng (2014) [2] ghi nhận 81,82% vạt sống hoàn toàn. Kết quả cho thấy vạt chéo ngón không những che phủ hết các tổn thương ở ngón tay mà còn có tỉ lệ sống cao, ít biến chứng nơi cho và nhận vạt. Các loại vạt có tỉ lệ sống cao, gần tương đương nhau ở các loại vạt chéo ngón với  $p = 0,5 (>0,05)$ .

Sự mềm mại của vạt đạt 90,91%. Kết quả này có khác hơn so với Mai Thế Đức (2018)[1] 96,88%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,247$ ). Vạt chéo ngón không những bảo tồn được tối đa chiều dài ngón tay, mà còn đủ dày có da và mỡ dưới da để che phủ xương, gân. Điều này không những giúp vạt

da có sự mềm mại mà còn tăng sức chịu và va chạm của vật da.

Sau 6 tháng, cảm giác phân biệt 2 điểm của vật có sự cải thiện, cảm giác phân biệt 2 điểm của vật đạt mức trung bình với 51,51%. Cảm giác phân biệt 2 điểm trung bình đạt 8,55±1,87 mm. Rajappa S (2017)[9] ghi nhận cảm giác phân biệt 2 điểm đạt 15,4 mm, Nitesh KG (2016) [8] là 6,1 mm. Có 4/6TH vật cân mỡ không có cảm giác vật. Tuy kết quả cuối cùng chúng tôi thu được các vật đều sống tốt nhưng về cảm giác vật đạt được kết quả chưa cao. Vật chéo ngón chúng tôi sử dụng chủ yếu là vật da cân, đó là vật da ngẫu nhiên không có thần kinh đi kèm nên việc phục hồi cảm giác có phần hạn chế, và vật cân mỡ có kết quả cảm giác phân biệt 2 điểm kém hơn ( $p=0,02$ )

Đánh giá về khả năng phục hồi tầm vận động của khớp bàn ngón và khớp liên đốt theo tiêu chuẩn TAM, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có sự phục hồi chức năng ngón tay rất tốt (TAM > 220 độ) chiếm 90,01%. Sử dụng vật da chéo ngón để che phủ khuyết hổng phần mềm ngón tay cho kết quả phục hồi chức năng ngón tay cao. Do ngón tay được bất động tư thế gần như bình thường có thể tập vận động thụ động nhẹ nhàng và thời gian tách ngón sớm (14 – 21 ngày). Sau tách ngón bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động nên hạn chế tình trạng cứng khớp và có thể lấy lại gần như tối đa tầm vận động ngón tay.

Đa số bệnh nhân đều rất hài lòng và hài lòng với 96,97%. Kết quả này tương tự với Mai Thế Đức (2018) [1] 100%, Rajappa S (2017) [10] ghi nhận 92% bệnh nhân hài lòng. Vật chéo ngón đem đến sự hài lòng cho bệnh nhân do vật chéo ngón có thể che phủ hết tổn thương, bảo tồn tối đa chiều dài ngón tay, da vùng cho và nhận vật tương đương màu sắc do đó đảm bảo tính thẩm mỹ cao. Ngoài ra, ngón tay được bất động ở tư thế dễ chịu ít ảnh hưởng sinh hoạt và sự phục hồi chức năng ngón tay tốt bệnh nhân có thể trở lại nghề sớm.

## V. KẾT LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng.** Khuyết hổng phần mềm ngón tay xảy ra chủ yếu ở độ tuổi lao động (77,78%), tuổi trung bình 36,52±13,59. Nguyên nhân chính là do tai nạn lao động.

Tổn thương chủ yếu là ở đốt xa 87,88% và trong đó tổn thương vật mặt lòng chiếm đa số với 66,66%. Diện tích tổn thương trung bình là 210,91±48,68 mm<sup>2</sup>.

**Kết quả điều trị.** Tổn thương kèm theo chủ

yếu là khuyết hổng xương 36,36%. Vật chéo ngón dạng da cân được sử dụng nhiều nhất để che phủ khuyết hổng phần mềm mặt lòng ngón tay 78,79%. Diện tích vật trung bình là 283,70±55,47 mm<sup>2</sup>. 100% bệnh nhân được lấy da từ mặt trong cánh tay để ghép da dày lên vùng cho vật.

Thời gian tách vật trung bình là 18,82±1,67 ngày. Vật chéo ngón sống hoàn toàn sau 1 tháng cho kết quả tốt chiếm 93,94%, sau 3 tháng 100% các vật đều sống tốt. Vật chéo ngón có tỉ lệ sống cao, ít biến chứng nơi cho và nhận vật. Sự mềm mại của vật đạt 90,91%. Vật chéo ngón đủ dày có da và mỡ dưới da để che phủ gân, xương. Điều này không những giúp vật da có sự mềm mại mà còn tăng sức chịu và va chạm của vật da. Không có sự khác nhau về tỉ lệ sống của vật giữa các loại vật chéo ngón. Tuy nhiên, vật cân mỡ thường có sự phục hồi cảm giác vật kém hơn vật da cân và vật dạng vòng C ( $p = 0,02 < 0,05$ ).

Sau 6 tháng, cảm giác vật có sự cải thiện, cảm giác 2 điểm trung bình đạt 8,55±1,987mm. Sự phục hồi chức năng ngón tay tổn thương rất tốt (TAM > 220 độ) 90,9% và 9,01% có sự phục hồi chức năng tốt. Hầu hết bệnh nhân đều rất hài lòng và hài lòng với kết quả mà vật chéo ngón mang lại với 96,97%.

## 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 án chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
2. **Phan Dzur Lê Thăng** (2014), Kết quả điều trị vết thương mất da mặt lưng ngón tay bằng vật cân mỡ ngược dòng, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. **Uông Thanh Tùng** (2020), Nghiên cứu giải phẫu tĩnh mạch nông cẳng tay – mu tay và sử dụng vật tĩnh mạch trong tạo hình phủ bàn và ngón tay, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Ahmed M. M, & Rao A. L** (2017), Review of cross-finger flaps—indications and modifications, International Journal of Science and Research, 2299-2303.
5. **Al-Qattan M. M** (2018), Time of return back to work and complications following cross-finger flaps in industrial workers: Comparison between immediate post operative mobilization versus immobilization until flap division, International journal of surgery case reports, 42, 70-74.
6. **Karthikeyan G, Gopi Renganathan, R Subashini** (2017), Versatility and Modifications of the Cross-finger Flap in Hand Reconstruction. International Journal of Scientific Study, Vol 5, Issue 6, 35 – 46.
7. **Martin-Playa P & Foo A** (2019), Approach to Fingertip Injuries, Clinics in plastic surgery, 46(3), 275-283.
8. **Nitesh KG A. B** (2016), Cross Finger Flap for

Reconstruction of Various Finger Defect, IOSR Journal of Dental and Medical Sciences, 15(4), 70 - 73.

9. **Rabarin F. & et** (2016), Cross-finger flap for reconstruction of fingertip amputations: long-term

results, Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, 225-228.

10. **Rajappa S. & Prashanth T** (2017), Cross finger flap cover for fingertip injuries, Int J Res Orthop, 164-167.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN GÂY BỆNH Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thủy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm vi khuẩn gây bệnh ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 100 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có kết quả cấy máu dương tính từ 01/2020 đến 12/2020. **Kết luận:** Tỷ lệ vi khuẩn Gram-âm là 66%, Gram-dương là 34%. Nguồn nhiễm khuẩn: hô hấp 52%, ổ bụng 23%, tiết niệu 10%, da mô mềm 5%. Tỷ lệ nuôi cấy dương tính E. coli (32%), S. aureus (26%), K. pneumonia (11%), A. baumannii 10%. Tuổi  $\geq 65$ , gặp nhiều do E. coli và E. cloacae.

**Từ khóa:** Sốc nhiễm khuẩn; Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

### SUMMARY

#### INVESTIGATE THE CHARACTERISTICS OF PATHOGENIC BACTERIA IN PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK AT NGHEAN GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** The objective was to investigate the characteristics of pathogenic bacteria in patients with septic shock. **Subjects and methods:** Retrospective study of 100 septic shock patients with positive blood culture results from January 2020 to December 2020. **Conclusion:** The rate of Gram-negative bacteria is 66%, Gram-positive is 34%. Source of infection: respiratory 52%, abdominal cavity 23%, urinary 10%, skin soft tissue 5%. The percentage of positive cultures for E. coli (32%), S. aureus (26%), K. pneumonia (11%), A. baumannii 10%. Age  $\geq 65$ , common due to E. coli and E. cloacae.

**Keywords:** Septic shock; Nghe An General Friendship Hospital Keywords:

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

**Sốc nhiễm khuẩn là bệnh** cấp cứu nội khoa thường gặp, tỷ lệ bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ngày càng tăng cao, biểu hiện nặng nề, tỷ lệ tử vong cao đứng hàng đầu ở các khoa hồi sức. Tỷ lệ tử vong trên thế giới theo các nghiên

cứ giao động từ 20 đến 52% [1]. Vi khuẩn, virus và nấm là nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn, nhưng thường gặp hơn là vi khuẩn, tại Nghệ An chưa có một nghiên cứu nào về thực trạng đặc điểm vi khuẩn gây bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu “Khảo sát đặc điểm vi khuẩn gây bệnh ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn”.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn điều trị Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An có kết quả cấy máu dương tính vào viện từ 01/2020 đến 12/2020

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn của SCCM/ESICM 2016 [0] gồm:

- Sốc nhiễm khuẩn tình trạng nhiễm khuẩn có tụt huyết áp, bất thường của tế bào và chuyển hóa đe dọa nguy cơ bị tử vong, mặc dù hồi sức dịch đầy đủ, vẫn đòi hỏi dùng thuốc co mạch để duy trì một huyết áp trung bình (MAP)  $\geq 65$  mmHg và lactate  $> 2$  mmol/L ( $> 18$  mg/dL); Căn nguyên nhiễm khuẩn: Viêm phổi, viêm màng phổi, áp xe phổi; Nhiễm khuẩn tiêu hóa: Áp xe gan, viêm túi mật, viêm ruột, viêm đại tràng, thủng ruột hay các ổ áp xe khác; Nhiễm khuẩn tiết niệu: Viêm đài bể thận, áp xe thận, sỏi thận có biến chứng, áp xe tuyến tiền liệt; Nhiễm khuẩn máu: do các đường truyền tĩnh mạch, các catheter mạch máu, thiết bị nhân tạo nhiễm khuẩn; Nhiễm khuẩn thần kinh trung ương: viêm màng não, viêm não; Nhiễm khuẩn da, mô mềm; Có kết quả cấy máu dương tính.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh án không đầy đủ số liệu để nghiên cứu

Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn do căn nguyên nấm, vi rút

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu một loạt ca bệnh.

**Cỡ mẫu:** 100 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc  
Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com  
Ngày nhận bài: 4.01.2023  
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023  
Ngày duyệt bài: 6.3.2023