

## KẾT QUẢ TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG PHẦN XA NGÓN TAY CÁI BẰNG VẬT DA CUỐNG MẠCH LƯNG NGÓN TAY TRỎ

<sup>1</sup>Nguyễn Minh Dương, <sup>1</sup>Võ Thành Toàn, <sup>2</sup>Nguyễn Thiên Đức

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất

<sup>2</sup>Khoa Y - Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo khuyết hồng phần xa ngón tay cái bằng vật da cuống mạch lưng ngón tay trở (FDMA) tại Bệnh viện Thống Nhất.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 15 bệnh nhân (BN) có khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái do chấn thương được phẫu thuật vi phẫu chuyển vật da FDMA che phủ tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 5/2016 đến tháng 5/2020.

**Kết quả:** Nam (66,7%) nhiều hơn nữ (33,3%). Tuổi trung bình là 32 tuổi (từ 18 đến 54 tuổi). Nguyên nhân chấn thương: 6 bệnh nhân bị tai nạn lao động, 5 bệnh nhân bị tai nạn giao thông, 4 bệnh nhân bị tai nạn sinh hoạt. Kích thước vật da dao động từ 2,5 - 3,5 cm về chiều dài và 2 - 2,5 cm chiều rộng. Chiều dài cuống vật da trung bình 7,0cm (từ 6,0 cm đến 7,5cm). 6 bệnh nhân khuyết hồng mặt lưng và 4 bệnh nhân khuyết hồng mặt lòng đốt xa ngón tay cái. 5 bệnh nhân khuyết hồng cả mặt lưng và mặt lòng ngón tay cái. Các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Không có bệnh nhân bị hoại tử toàn bộ vật da. Có 2 bệnh nhân bị hoại tử 1 phần vật da, sau đó hoại tử tự bung mào và liền thương.

**Kết luận:** Khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái có thể tái tạo được bằng vật da FDMA với kết quả chức năng thỏa mãn, ít biến chứng.

**Từ khóa:** Khuyết hồng phần mềm, vật da cuống mạch lưng ngón tay trở, ngón tay cái

### ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the results of reconstructive surgery of the soft tissue defect of the distal thumb with the first dorsal metacarpal artery (FDMA) flap at the Thong Nhat Hospital.

**Subjects and methods:** A prospective descriptive study of 15 patients, who had soft tissue defects with exposed thumb bone, who underwent microsurgery to the FDMA flap coverage at the Thong Nhat Hospital from May 2016 to May 2020.

---

Chịu trách nhiệm: Võ Thành Toàn, Bệnh viện Thống Nhất  
email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày gửi bài: 30/7/2023; Ngày nhận xét: 15/1/2024, Ngày duyệt bài: 28/4/2024  
<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.312>

**Results:** the proportion of males (66.7%) was higher than that of females (33.3%). The average age was 32 years old (from 18 to 54 years old). Causes of injury: 6 patients had labor accidents, 5 had traffic accidents, and 4 had living accidents. Flap size ranges from 2.5 - 3.5cm in length and 2 - 2.5cm in width. The average length of the flap pedicle is 7.0cm (from 6.0 cm to 7.5 cm). 6 patients with dorsal defect and 4 patients with volar defect. 5 patients have defects in both the dorsal surface and the volar surface of the thumb. All patients were satisfied with the surgical results. No patient had complete flap necrosis. There were 2 patients with partial necrosis of the flap that continued to be observed, then the necrosis broke out on its own and healed.

**Conclusions:** The soft tissue defect of the distal thumb with exposed bone can be reconstructed by FDMA flap with satisfactory functional results, few complications.

**Keywords:** Soft tissue defect, first dorsal metacarpal artery flap, thumb

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các vạt da nhỏ, mỏng, di động dễ ưu thế để tái tạo khuyết hồng ở những vùng quan trọng như đầu búp ngón tay. Các vạt da tự do hiếm khi được chỉ định cho các khuyết hồng nhỏ, nhưng đôi khi được mô tả trong y văn [1].

Khuyết hồng ngón tay cái để lại các khuyết tật ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt hằng ngày [3]. Do đó việc bảo tồn tối đa chiều dài ngón tay cái có ý nghĩa quan trọng và cũng còn nhiều thách thức, đặc biệt khi kèm theo nhu cầu phục hồi cảm giác ngón tay cái.

Để che phủ khuyết hồng kèm phục hồi cảm giác ngón tay cái, các vạt da có thể được sử dụng như vạt da có cuống (vạt da Littler, vạt da FDMA) hoặc vạt da tự do. BN càng lớn tuổi chất lượng tái phân bố thần kinh bị giảm dần sau khi khâu nối thần kinh, vạt da vi phẫu được sử dụng hạn chế và vạt da có cuống cảm giác được ưa chuộng hơn, kèm theo kĩ thuật không đòi hỏi quá cao [1]. Vạt da động mạch ngón tay cái có phân bố thần kinh (vạt da điều bay, vạt da FDMA-first dorsal metacarpal artery) được mô tả đầu

tiên bởi Hilgenfeldt, được cải biên bởi Foucher và Braun [1]. Vạt da FDMA là vạt da mạch thần kinh được sử dụng để phục hồi cảm giác và điều trị không dung nạp lạnh [4]. Theo tác giả Pelzer và cộng sự, vạt da FDMA đã dần thay thế vạt da Littler, vì các kết quả tương đương đạt được đối với việc tái phục hồi cảm giác, bóc tách dễ dàng hơn và ít gây tổn thương tiềm ẩn hơn đối với các cấu trúc của lòng bàn tay [1].

Tại bệnh viện Thống Nhất, số lượng bệnh nhân có khuyết hồng đốt xa ngón tay cái vào cấp cứu đòi hỏi phải phẫu thuật che phủ để bảo tồn chiều dài ngón tay cái, cũng như yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ của BN ngày càng cao. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích đánh giá: “*Kết quả phẫu thuật tái tạo khuyết hồng phần xa ngón tay cái bằng vạt da cuống mạch lưng ngón tay trở*”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Gồm: 15 BN có khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái do chấn thương cấp tính được phẫu thuật vi phẫu chuyển vạt

da FDMA che phủ, trong thời gian từ tháng 5/2016 - 5/2020, tại Bệnh viện Thống Nhất.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh:* Các bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên, các bệnh nhân khỏe mạnh trước chấn thương; đồng ý phẫu thuật và tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

Các bệnh nhân có chấn thương bàn tay chỗ phẫu thuật trước đó, có các bệnh lý ảnh hưởng đến khả năng sống của vật (suy thận, bệnh mạch máu hay thần kinh ngoại vi,...). Các bệnh nhân có bệnh lý tâm thần, không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc điều kiện xã hội không hợp tác theo dõi lâu dài.

## 2.2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu mô tả 15 BN có khuyết hồng mô đầu ngón tay cái.

*Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 5/2016 đến tháng 5/2020. Các BN được theo dõi 1 năm.

*Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Ngoại Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất.

*Quy trình tiến hành nghiên cứu:*

- Thu thập số liệu:

Khám, đánh giá bệnh nhân trước và sau phẫu thuật và ghi lại các thông số liên quan đến nghiên cứu. Trước phẫu thuật, bệnh nhân được khám đo kích thước khuyết hồng, đánh giá cảm giác và chức năng phần còn lại của bàn tay để chắc chắn không có tổn thương hoặc bệnh lý ảnh hưởng đến cuống vật định lấy.

- Phương pháp phẫu thuật: Dụng cụ phẫu thuật: kính phóng đại 3X, bút vẽ da, ga rô hơi, bàn kê tay, đầu đốt Bipolar, bột bó.

Kỹ thuật phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, tay mở để thoải mái trên bàn kê tay. Cắt lọc vết thương và đo kích thước khuyết hồng, tính toán chiều dài cuống vật và đỉnh vật, điểm xoay. Bộc lộ cuống mạch với mốt rạch da: Đỉnh phía quay của nền đốt 1 ngón II và điểm giao nhau giữa nền xương bàn I và II. Rạch da hình chữ S để giảm sẹo co rút gấp ngón II và dạng ngón I, II. Bóc tách da tới lớp mô dưới da tới khi hiện rõ tĩnh mạch. Vén da sang 2 bên nhẹ nhàng, xác định bó mạch đi giữa phần trụ của cơ gian cốt thứ 1 và bờ quay của xương bàn II, kèm tĩnh mạch băng ngang. Tiến hành buộc tĩnh mạch băng ngang, lấy rộng từ bó mạch chính sang 2 bên khoảng 0,8 - 1cm, rộng hơn về phía gần (lấn về phía xương bàn II khoảng 0,2mm để lấy nhánh cảm giác cho lưng ngón II của thần kinh quay và thêm 1 tĩnh mạch hồi lưu; lấn về phía phần quay của cơ gian cốt thứ nhất > 0,2mm để tránh tổn thương cuống mạch do phía này ít ảnh hưởng độ di động vật).

Tiến hành rạch da vật da hình lá cờ vùng lưng đốt 1 ngón II: Cuống vật nằm về phía quay của ngón II, giới hạn xa ở nếp nhăn chính của da lưng ngón II (để tránh co rút giới hạn gấp ngón II), giới hạn bên chỗ đường giữa bên, giới hạn gần chỗ nền đốt 1. Bóc tách mô dưới da của vật chỉ chừa lại lớp mô mỏng nuôi gân để ghép da sau này. Bóc tách vật từ phía trụ sang phía quay, tới gần cuống vật thì lấy mô sâu xuống (có thể lấy kèm theo động mạch quay ngón trở dưới chỗ nối FDMA với RIA khoảng 0,8cm để đảm bảo tưới máu thêm phần xa của vật). Tách rời vật và lần theo cuống để giải phóng 2 bên cuống tới điểm xoay cách điểm giao nhau 2 nền xương bàn khoảng 1,8cm. Xả ga rô kiểm tra vật tưới máu tốt, cầm máu.

Tạo đường hầm phía lưng trụ của ngón cái rộng khoảng 2cm và luồn vật qua

đường hầm, kiểm tra cuống không bị xoắn. Rạch da hình zigzag cạnh trụ lưng ngón cái dài khoảng 1cm chỗ cuống vật từ vết thương xuống để giảm căng và kiểm tra gấp duỗi khớp liên đốt ngón cái và dạng ngón cái vật không căng. Khâu vật da vào khuyết hồng bằng chỉ Nylon 5.0 với mũi đơn. Tiến hành lấy da ghép dày từ mặt trước trong 1/3 trên cẳng tay ghép vào chỗ thiếu da lưng ngón II và chỗ cuống vật gần vết thương (da ghép có đục lỗ để giảm tụ máu). Khâu các vết thương còn hở. Nẹp bột cẳng-bàn tay phải ôm ngón cái khép và gấp đốt xa, băng gấp nhẹ ngón II.

- Quá trình theo dõi: Bệnh nhân sau mổ được nẹp bột 2 tuần, sau đó tháo nẹp và tập phục hồi chức năng theo liệu trình.

Bệnh nhân ra viện hẹn tái khám để khám đánh giá lại chức năng, cảm giác bàn tay, trả lời phiếu câu hỏi đánh giá (đau, giới hạn, hoạt động hàng ngày, mức độ hài lòng), chụp X - quang đánh giá và phân độ thoái hóa khớp ngón tay theo Kellgren and Lawrence.

Phục hồi cảm giác được đánh giá bằng nghiệm pháp Semmes-Weinstein phân biệt 2 điểm tĩnh (s2-PD) được thực hiện trên vật da. Đo tầm vận động dạng tối đa vùng liên đốt ngón tay cái và ngón tay trỏ ở cả 2 tay. Vận động chủ động ngón chỗ lấy vật

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu**

Đặc tính		Số BN (tỷ lệ %)
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn lao động	6 (40,0%)
	Tai nạn giao thông	5 (33,3%)
	Tai nạn sinh hoạt	4 (26,7%)
Kích thước vật (cm)	Chiều dài cuống vật	7 (6,0 - 7,5)*
	Chiều dài vật	3,1 (2,5 - 3,5)

da và chỗ khâu vật da bao gồm sức nắm, kẹp 2 ngón, cầm chìa khóa được đo lường ở cả hai tay. Tái định hướng vỏ não được kiểm tra bằng cách hỏi bệnh nhân liệu kích thích kim chích đến từ ngón tay cái hay ngón tay trỏ. Sử dụng thang điểm VAS (visual analogue scale) để đánh giá sự hài lòng về phục hồi chức năng bằng (0 = hoàn toàn không hài lòng, 10 = hoàn toàn hài lòng) và thẩm mỹ (0 = thẩm mỹ tệ, 10 = thẩm mỹ xuất sắc). Tính thẩm mỹ dựa trên độ phù hợp về màu sắc, độ rậm lông, thể tích và hình dạng vật.

Các bệnh nhân được theo dõi bởi cùng bác sĩ phẫu thuật.

- Xử lý số liệu và phân tích thống kê: Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 23.0.

### 3. KẾT QUẢ

Trong bốn năm, 15 vật da FDMA đã được sử dụng để tái tạo các khuyết hồng phần mềm lộ xương ở đầu xa ngón tay cái sau chấn thương

#### 3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình 32 tuổi (từ 18 đến 54 tuổi). Có 10 nam (66,7%) và 5 nữ (33,3%), tỉ lệ nam/nữ là 2/1.

Đặc tính		Số BN (tỷ lệ %)
	Chiều rộng vạt	2,3 (2,0 - 2,5)
Kích thước khuyết hồng	Chiều dài khuyết hồng	3,0 (2,6 - 3,5)
	Chiều rộng khuyết hồng	2,4 (2,0 - 2,8)
Vị trí khuyết hồng	Khuyết hồng mặt lưng ngón tay cái	6 (40,0%)
	Khuyết hồng mặt lòng ngón tay cái	4 (26,7%)
	Khuyết hồng cả mặt lưng và mặt lòng ngón tay cái	5 (33,3%)
Thời gian trước phẫu thuật (phút)		5 (4 - 7)*
Thời gian phẫu thuật (phút)		60 (45 -180)*

\* Trung bình (GTNN - GTLN)

### 3.3. Kết quả chức năng và thẩm mỹ

#### 3.3.1. Kết quả chức năng

- Có 2 bệnh nhân bị giới hạn chức năng gấp ngón 2 ở khớp liên đốt gần 5 độ và xa 10 độ.

- Không ghi nhận giảm sức nắm, kẹp 2 ngón, cầm chìa khóa đáng kể ở tất cả các bệnh nhân.

- Tầm vận động dạng tối đa vùng liên đốt ngón tay cái và ngón tay trở trung bình 3,7cm (từ 3,2 đến 4,5cm).

- Kết quả của chức năng cảm giác của khu vực vạt theo Semmes - Weinstein trung bình phân biệt hai điểm tĩnh (s2-PD) 9,13mm (từ 7 đến 17mm). Chúng tôi ghi nhận tái định hướng lại vỏ não ở 6 BN (40%) sau 1 năm theo dõi.

- Các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả chức năng sau phẫu thuật với điểm hài lòng VAS trung bình 8,1 (từ 6 đến 9 điểm).

#### 3.3.2. Thẩm mỹ

- 2 bệnh nhân than phiền nhẹ thẩm mỹ màu da và 3 bệnh nhân than phiền có lông ở ngón tay cái chỗ vạt da ghép, không bệnh nhân nào than phiền về hình dáng sẹo và độ dày của vạt da và chỗ ghép da

nơi lấy vạt. Điểm thẩm mỹ VAS trung bình 6,9 (từ 5 đến 8 điểm).

### 3.4. Biến chứng

- Không có bệnh nhân nào bị hoại tử toàn bộ vạt. Có 2 bệnh nhân bị hoại tử 1 phần vạt tại thời điểm 10 ngày và 14 ngày sau phẫu thuật, được tiếp tục theo dõi không can thiệp gì và sau đó hoại tử tự rụng mào và liền thương.

- 1 bệnh nhân có thoái hóa độ 1 Kellgren and Lawrence ở khớp liên đốt gần ngón tay trở sau 2 năm theo dõi.

- 3 bệnh nhân than phiền có giảm cảm giác da vùng lưng ngón tay trở chỗ lấy vạt và đau nhẹ nhưng đau 6 tháng theo dõi biến chứng này không còn. Có 1 bệnh nhân rối loạn dung nạp lạnh nhẹ sau hơn 1 năm theo dõi nhưng bệnh nhân chấp nhận được.

- Có 3 bệnh nhân đau sẹo chỗ lấy vạt ở ngón tay trở trong 3 tháng đầu sau mổ và hơn 1 năm thì cảm giác này giảm dần.

## 4. BÀN LUẬN

Tuổi và giới của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Xu Zhang và cộng sự [3]. Lý giải giới nam nhiều hơn và tuổi trẻ

có thể do lứa tuổi năng động còn hoạt động nhiều nên tỉ lệ tai nạn lao động thương tích nhiều hơn các lứa tuổi khác. Thomas Muyldermans 7 trường hợp sử dụng vật đảo động mạch lưng ngón tay cái chính để tái tạo khuyết hồng ngón tay cái. Có 4 nam (57,1%) và 3 nữ (42,9%) với độ tuổi trung bình là 54,9 tuổi (từ 28 - 89 tuổi). Kết quả có khác biệt có thể do khác biệt về thu thập số liệu và đặc điểm dân số, cũng như tính chất nghề nghiệp và giao thông của mỗi quốc gia [5]. Tỉ lệ tai nạn lao động và giao thông chiếm đa số khả năng do ngón tay cái là ngón được chú ý bảo vệ hơn trong sinh hoạt. Al Lahham và cộng sự nghiên cứu hàng loạt ca (9 ca) sử dụng vật FDMA che phủ khuyết hồng phần xa ngón tay cái. Các nguyên nhân gây ra khuyết hồng bao gồm: 3 do máy móc (lao động), 3 do tổn thương dập nát (giao thông), 3 do vật nặng hoặc sắc nhọn (sinh hoạt) [13]. Kết quả có khác biệt so với chúng tôi có thể do ở Việt Nam lực lượng lao động nhiều và tai nạn xe mô tô chiếm tỉ lệ cao.

Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật cấp cứu, thời gian chờ phẫu thuật trung bình 5 giờ (từ 4-7 giờ). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Xu Zhang và cộng sự [3]. Đa phần nếu cơ sở y tế đủ phương tiện và bác sĩ trực có đủ khả năng thường tiến hành phẫu thuật cấp cứu cho bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung bình 60 phút (từ 45 đến 180 phút). Thời gian phẫu thuật tương đối phù hợp với phẫu thuật cấp cứu không quá kéo dài, đặc biệt trong các trường hợp khuyết hồng kích thước nhỏ.

Kích thước vật dao động từ 2,5 - 3,5cm chiều dài và 2 - 2,5cm chiều rộng. Chiều dài cuống vật trung bình 7,0cm (từ 6,0cm đến 7,5cm). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Xu Zhang và cộng sự [3]. Các khuyết hồng kích thước dưới 3,0 x 2,5cm thường thích hợp để che phủ, theo

Small và Brennen. Các khuyết hồng lớn hơn đòi hỏi kĩ thuật tỉ mỉ và thời gian bóc tách kéo dài để bảo tồn các tuần hoàn lưới dưới da vạt.

Trong một nghiên cứu tương tự, Satish và cộng sự đã sử dụng 9 vạt da FDMA để che các khuyết hồng ngón tay cái sau chấn thương và nhận thấy rằng kích thước vạt trung bình là 3,3 x 1,9cm và chỉ có một vạt bị hoại tử một phần đã lành mà không cần phẫu thuật lần hai [6]. Nghiên cứu đã chỉ ra giới hạn kích thước là một nhược điểm của vạt này, điều đó không thể mở rộng ra ngoài khớp liên đốt gần. El-Khatib đã phát minh ra một phiên bản mở rộng của vạt FDMA để tái tạo các khuyết hồng kết hợp ở cả mặt lưng và mặt lòng ngón tay cái ở 5 bệnh nhân và quan sát thấy sự sống sót của các vạt có thể là do sự hiện diện của mạng mạch da - mô dưới da phong phú, lấy da ở mặt lưng của các đốt gần và giữa của ngón tay trở, da mặt lưng của đốt giữa là phần lấy da vạt xa hơn ngẫu nhiên [7].

Các khuyết hồng chủ yếu ở phần xa ngón tay cái mặt lưng phù hợp che phủ với chỉ định vạt da FDMA, tuy nhiên cũng có nhiều khuyết hồng phần xa ngón tay cái mặt lòng còn là thách thức. Trong nghiên cứu của Ahmad và cộng sự nghiên cứu 11 bệnh nhân khuyết hồng ngón tay cái bằng vạt FDMA, trong đó có 5 khuyết hồng mặt lưng và 6 khuyết hồng mặt lòng ngón tay cái, kết quả tất cả các vạt đều sống sót và không có biến chứng [12].

Các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả chức năng sau phẫu thuật với điểm VAS trung bình 8,1 (từ 6 đến 9 điểm). Trong nghiên cứu của Kola và cộng sự [8] nhận thấy rằng điểm hài lòng chủ quan trung bình là 9,3. Họ cũng đồng ý Eski và cộng sự [9] người đã sử dụng 14 vạt FDMA để chỉnh sửa dị tật ngón tay cái sau bỏng và quan sát thấy rằng tất cả các dị tật

đã được sửa chữa với kết quả thẩm mỹ hài lòng, phục hồi chức năng và tỷ lệ biến chứng ở nơi cho vật là tối thiểu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm thẩm mỹ VAS trung bình 6,9 (từ 5 đến 8 điểm). Trái ngược với kết quả của chúng tôi, Ege và cộng sự nhận thấy rằng kết quả thẩm mỹ không hoàn hảo là những hạn chế lớn của kỹ thuật này, đặc biệt là ở phụ nữ.

Có 2 bệnh nhân bị giới hạn chức năng gấp ngón 2 ở khớp liên đốt gần 5 độ và xa 10 độ. Trankle và cộng sự báo cáo tổng phạm vi cử động của ngón tay trở đã giảm 4,4% [4]. Tầm vận động dạng tối đa vùng liên đốt ngón tay cái và ngón tay trở dao động từ 3,2cm đến 4,5cm. Kết quả của chúng tôi có khác biệt so với Xu Zhang và cộng sự [3], có thể do kích thước lấy vật không quá lớn, và bệnh nhân chỉ lấy 1 động mạch của nhóm xương bàn I. Tầm vận động dạng tối đa thay đổi không đáng kể so với tay lành, giúp cho quá trình vận động bàn tay được thoải mái hơn, do đi đường mổ hình chữ S lại nên sẹo không dính không gây co rút nghiêm trọng. Trankle và cộng sự trong báo cáo 8% (2 BN) không dung nạp lạnh ở ngón tay lấy vật, 16% (4 BN) giảm cảm giác ở khu vực lấy vật và 4% (1 BN) giảm cảm giác ở phía quay của ngón tay trở [4].

Kết quả của chức năng cảm giác của khu vực vật theo Semmes - Weinstein trung bình phân biệt hai điểm tĩnh (s2-PD) 9,13mm. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Thomas Muyldermans và cộng sự [5]. Tương tự, Ege và cộng sự [10] đã sử dụng 21 vật Foucher để tái tạo ngón tay cái và có s2-PD trung bình là 10,8 mm. Trong một nghiên cứu khác, Chang và cộng sự. quan sát thấy rằng s2-PD trung bình là 8,1mm. Khả năng nào bộ nhận ra bất kỳ kích thích nào đối với vị trí vật từ ngón tay cái chứ không phải từ ngón tay trở được gọi là “tái định hướng vỏ não” [11].

Trong loạt bài của chúng tôi, chúng tôi đã hoàn toàn định hướng lại vỏ não ở sáu (40%) BN. Việc định hướng lại không hoàn toàn ở những bệnh nhân còn lại không ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường hàng ngày của họ. 2 bệnh nhân than phiền nhẹ thẩm mỹ màu da và 3 bệnh nhân than phiền có lông ở ngón tay cái chỗ vật da ghép.

Không có bệnh nhân nào bị hoại tử toàn bộ vật. Có 2 bệnh nhân bị hoại tử 1 phần vật tại thời điểm 10 ngày và 14 ngày sau phẫu thuật, được tiếp tục theo dõi không can thiệp gì và sau đó hoại tử tự rụng và liền thương. Zhang và cộng sự 13 báo cáo về tình trạng hoại tử một phần của 2 trong số 42 vật, Couceiro và Sanmartín báo cáo về hoại tử một phần của 2 vật trong số 10 vật. El-Khatib báo cáo về tình trạng tắc nghẽn tĩnh mạch ở cả 5 vật trong loạt trường hợp của mình. Các tác giả báo cáo liên quan mức độ tắc nghẽn tĩnh mạch và hoại tử vật trong nghiên cứu nhưng còn hạn chế do quy mô nghiên cứu của họ. Nếu có dấu hiệu tắc nghẽn tĩnh mạch, có thể điều chỉnh và nới rộng hoặc rạch mở đường hầm ngón tay cái [4].

## 5. KẾT LUẬN

Khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái bàn tay không quá lớn có thể được tái tạo bằng vật da FDMA với kết quả chức năng thỏa mãn, thẩm mỹ chấp nhận được và ít biến chứng. Vật da FDMA có thể được thực hiện trong phẫu thuật cấp cứu với thời gian phẫu thuật không quá dài. Chúng tôi khuyến nghị thời gian theo dõi lâu hơn và trên một nhóm BN lớn hơn để đánh giá tốt hơn về kết quả thẩm mỹ và chức năng của vật FDMA, cũng như việc khâu chuyển ghép thần kinh vật da vào thần kinh ngón tay cái.

## PHỤ LỤC CA LÂM SÀNG

### - Ca lâm sàng 1:

Bệnh nhân nam, 56 tuổi, bị TNLD máy đập đầu ngón I tay phải mất mô mềm búp

ngón phía lòng và phía quay lộ xương, vết thương tương đối sạch, diện tích khuyết hồng 3,5x3 cm. Bệnh nhân được mổ cấp cứu che phủ vết thương.



Hình 1.1. Vết thương trước mổ



Hình 1.2. Hình lúc mổ vạt da đã được bóc tách





Hình 1.2. Hình vết da sau mổ 2 năm, sử dụng bánh xe cảm giác của Weber

**- Ca lâm sàng 2:**

Bệnh nhân nam, 20 tuổi, bị TNLD máy ép vào đầu ngón I tay phải mất mô mềm đầu ngón I phía lòng, lưng và phía quay lộ xương, vết thương tương đối sạch, diện tích khuyết hồng 3,0x2,5cm. Bệnh nhân được mổ cấp cứu che phủ vết thương.



Hình 2.1. Vết thương trước mổ



**Hình 2.2. Hình sau mổ 3 tuần, vạt da có ứ máu tĩnh mạch và hoại tử nông 1 phần**



**Hình 2.3. Hình sau mổ 4 tuần, vạt da có hoại tử nông 1 phần, các vận động ngón cái tốt**



**Hình 2.4. Hình sau mổ 3 tháng, vạt da lành có sẹo không được thẩm mỹ lắm nhưng bệnh nhân hài lòng**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pelzer Michael; Sauerbier Michael; Germann Günter; Tränkle Markus. Free "Kite" Flap: A New Flap for Reconstruction of Small Hand Defects. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 20(5), 367-372. doi:10.1055/s-2004-830000.
2. R Adani, R Busa, A Bathia, A Caroli. The "kite flap" for dorsal thumb reconstruction. *Acta Chir Plast*. 1995;37(3):63-6.
3. Xu Zhang; Yajie He; Xinzhong Shao; Yanchuang Li; Shumin Wen; Hongwei Zhu (2009). Second Dorsal Metacarpal Artery Flap From the Dorsum of the Middle Finger for Coverage of Volar Thumb Defect, 34(8), 0-1473. doi:10.1016/j.jhsa.2009.04.040.
4. Couceiro J, de Prado M, Menendez G, Manteiga Z. The First Dorsal Metacarpal Artery Flap Family: A Review. *Surg J (N Y)*. 2018 Oct 29;4(4):e215-e219. doi: 10.1055/s-0038-1675369. PMID: 30377656; PMCID: PMC6205856.
5. Muyltermans T, Hierner R. First dorsal metacarpal artery flap for thumb reconstruction: a retrospective clinical study. *Strategies Trauma Limb Reconstr*. 2009 Apr;4(1):27-33. doi: 10.1007/s11751-009-0056-1. Epub 2009 Apr 2. PMID: 19340522; PMCID: PMC2666828.
6. Satish C, Nema S. First dorsal metacarpal artery islanded flap: A useful flap for reconstruction of thumb pulp defects. *Indian J Plast Surg* 2009;42:32-5.
7. El Khatib HA. Clinical experiences with the extended first dorsal metacarpal artery island flap for thumb reconstruction. *J Hand Surg [Am]* 1998;23:647-52.
8. Kola N. Thumb Reconstruction Using Foucher's Flap. *J Med Sci* 2016;4:70-3.
9. Eski M, Nisanci M, Sengezer M. Correction of thumb deformities after burn: Versatility of first dorsal metacarpal artery flap. *Burns* 2007;33:65-71.
10. Ege A, Tuncay I, Ercetin O. Foucher's first dorsal metacarpal artery flap for thumb reconstruction: evaluation of 21 cases. *Isr Med Assoc J* 2002;4:421-3.
11. Chang SC, Chen SL, Chen TM, Chuang CJ, Cheng TY, Wang HJ. Sensate first dorsal metacarpal artery flap for resurfacing extensive pulp defects of the thumb. *Ann Plast Surg* 2004;53:449-54.
12. Ahmad Mohammad AGGAG, Waleed Saber ABOEL-HASAN, Mohamed ABDEL-AAL. A Comparison of Outcomes of Reconstruction of Palmar versus Dorsal Defects of the Thumb Using a First Dorsal Metacarpal Artery Flap with a Cutaneous Bridge Segment. *The Journal of Hand Surgery (Asian-Pacific Volume)* Vol. 27, No. 02, pp. 313-319 (2022).
13. Al Lahham Salim, Ahmed Mohamed Badie, Aljasseem Ghanem, Sada Ruba, Alyazji Zaki T. N., Thomas Jimmy. A Modification to Enhance the Survival of the Island FDMA Flap by Adding a Skin Bridge. *Plastic and Reconstructive Surgery, Global Open*: February 2021, Volume 9, Issue 2, p e3434.