

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT LIÊN CỐT MU TAY

Phan Trung Hiếu<sup>1</sup>, Lô Quang Nhật<sup>1</sup>, Vũ Hồng Ái<sup>1</sup>,  
Nguyễn Việt Tân<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trong cuộc sống lao động và sinh hoạt hằng ngày bàn tay đóng vai trò quan trọng, trong đó ngón I chiếm khoảng 50% chức năng của bàn tay để thực hiện các động tác như cầm nắm, sờ, đối chiếu<sup>1</sup>. Hiện nay tỉ lệ vết thương do các tai nạn lao động gây nên chấn thương làm dập nát và khuyết hổng phần mềm vùng bàn tay có xu hướng tăng lên và phức tạp hơn đáng kể<sup>2</sup>. Vì vậy nguy cơ tổn thương bàn ngón tay, đặc biệt tổn thương gây khuyết hổng vùng ngón tay rất cao. Bên cạnh đó các khuyết hổng sau khi phẫu thuật chỉnh hình biến dạng ngón, trồng lại ngón tay đứt rời làm lộ tổ chức phần mềm sẽ để lại di chứng và gây ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng thẩm mỹ và chức năng làm việc của bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên tổng số 34 bệnh nhân bị khuyết hổng phần mềm ngón tay được phẫu thuật tạo hình che phủ bằng vật liên cốt mu tay tại khoa Chấn thương chi trên và Vi phẫu (B1-B) tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2018 – 3/2024. **Kết quả:** Kết quả gần 28/34 bệnh nhân vật sống hoàn toàn chiếm 82.4%, 5 bệnh nhân vật sống nhưng có hiện tượng bong một phần lớp thượng bì chiếm 14.7%, 1 bệnh nhân vật sống nhưng hoại tử một phần chiếm 2.9%, không có trường hợp nào thất bại (vật chết) cần phải thay đổi phương pháp điều trị. Nơi cho vật được ghép da dày hoặc khâu đóng trực tiếp tùy vào cách di chuyển vật. Kết quả xa: chúng tôi theo dõi 33 vật, thời gian theo dõi tối thiểu trên 3 tháng. Kết quả: vật nơi cho và nơi nhận vật đều đạt kết quả tốt 29/33 bệnh nhân chiếm 87.9%, kết quả vừa 4 bệnh nhân chiếm 12.1%. Vận động các ngón rất tốt có 5 bệnh nhân chiếm 15.1%, tốt có 27 bệnh nhân chiếm 81.8%, vận động kém có 1 bệnh nhân chiếm 3%. Kích thước và độ dày vật phù hợp với vùng khuyết hổng phần mềm là 32 bệnh nhân, không phù hợp có 1 bệnh nhân. **Kết luận:** Có nhiều sự lựa chọn vật được sử dụng trong phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết hổng phần mềm ở ngón tay, trong đó vật liên cốt mu tay có độ tin cậy cao, mang lại kết quả điều trị tốt về chức năng cũng như thẩm mỹ.

**Từ khóa:** Vật liên cốt mu tay, khuyết hổng phần mềm ngón tay, vật cuống mạch liên.

**Viết tắt:** KHPM (Khuyết hổng phần mềm)

### SUMMARY

#### EVALUATE THE RESULTS OF USING THE

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

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

### DORSAL METACARPAL ARTERY FLAP TO COVER THE SOFT TISSUE OF THE FINGER

**Background:** In daily life, the hands have a matter of great important role. Inside, the first finger accounts for 50% in the main function of the hand to perform movement such as grasping, touching, comparing, thereby allowing people use labor tools, perform delicate, meticulous and complex movement. Currently, the rate of injuries caused by occupational accident to cause crushing and soft tissue defects in the hand tend to increase and become significantly more complicated. For this reason, the risk of fingers injuries, especially injures causing finger defects, is very high. Besides, the defects after removing the contracture scar, replantation finger surgery, is not done well, will leave sequelae affecting the function and aesthetics of the hand. **Subject and method:** The uncontrolled clinical interventional study on a total 34 patients with soft tissue defects of the fingers which underwent plastics surgery to cover them with a dorsal metacarpal artery flap in The Upper Limbs and micro-surgery Department, 108 Central Military Hospital during from January 2018 to March 2024. **Results:** The result of nearly 28/34 patients with completely viable flap accounted for 82.4%, 5 patients with viable flaps but peeling of the epidermis accounted for 14.7%, 1 patient with partially necrotic flap accounted for 2.9 %, the were no cases of flap died. The distant result, we monitored 33 flaps, the minimum follow-up time was over 3 months. Results: the flap and the place of receiving the flap were all good in 29/33 patients accounted 87.9%, the result fit 4 patients. Mobility of the finger very good 5/34 patients accounted for 15.1%, good 27/34 patient accounted for 81.8%, not good 1/34 patient accounted for 3%. The size and color of flap is suitable for the receiving area is 32 patients, not suitable is 1 patients. **Conclusion:** There are many flap options used in plastic surgery to cover soft tissue defects in the fingers, inside the dorsal metacarpal artery flap has high reliability and good treatment results in terms of coverage and aesthetics.

**Keywords:** The dorsal metacarpal artery flap, finger soft – tissue defect, local pedicle flap

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cuộc sống lao động và sinh hoạt hằng ngày bàn tay đóng vai trò quan trọng, trong đó ngón I chiếm khoảng 50% chức năng của bàn tay để thực hiện các động tác như cầm nắm, sờ, đối chiếu nhờ đó con người sử dụng được công cụ lao động, làm được các động tác tinh tế, tỉ mỉ và phức tạp<sup>1</sup>. Hiện nay tỉ lệ vết thương do các tai nạn lao động gây nên chấn thương làm dập nát và khuyết hổng phần mềm vùng bàn tay có xu

hướng tăng lên và phức tạp hơn đáng kể<sup>2</sup>. Vì vậy nguy cơ tổn thương bàn ngón tay, đặc biệt tổn thương gây khuyết hồng vùng ngón tay rất cao. Bên cạnh đó các khuyết hồng sau khi phẫu thuật chỉnh hình biến dạng ngón, trồng lại ngón tay đứt rời làm lộ tổ chức phần mềm sẽ để lại di chứng và gây ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng thẩm mỹ và chức năng làm việc của bàn tay.

Có nhiều phương pháp tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm ngón tay đã được nghiên cứu từ đơn giản đến phức tạp. Ghép da rời chỉ áp dụng với các trường hợp mất da đơn thuần, không lộ gân xương. Các vạt da có cuống ngẫu nhiên cũng bộc lộ những hạn chế nhất định là kích thước vạt hạn chế do tỷ lệ giữa chiều dài và chiều rộng của vạt là  $\leq 2/1$ , độ an toàn của vạt không cao do không có nguồn nuôi máu riêng biệt<sup>3</sup>. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị vết thương KHPM ngón tay và đề xuất sử dụng phương pháp phù hợp chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vạt liên cốt mu tay tại bệnh viện trung ương Quân đội 108".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc được tiến hành trên 34 bệnh nhân với 34 vết thương gây khuyết hồng phần mềm đơn thuần hoặc có tổn thương phối hợp như tổn thương gân, gãy xương,... được phẫu thuật che phủ tổn khuyết bằng vạt liên cốt mu tay tại khoa Chấn thương chi trên và Vi phẫu bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2018 đến tháng 03/2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

#### 2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Chấn thương chi trên và Vi phẫu (B1-B) bệnh viện Trung ương Quân đội 108
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 03/2024

**2.2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc

**2.3. Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.



Hình 1. Thiết kế vạt



Hình 2. Vạt sau khi được phẫu tích



Hình 3. Chuyển vạt che phủ KHPM



Hình 4. Vạt che phủ KHPM sau 5 tuần

### Chăm sóc hậu phẫu:

- Bất động tạm thời căng bàn tay trong vòng 1 -2 tuần.
- Thay băng lần đầu trong 24 – 48 giờ.
- Vùng ghép da (nếu có) thay băng sau 5 ngày.
- Chiều đèn hồng ngoại trong 48 giờ sau mổ, kê cao tay.

Kết quả theo dõi sau 1 tháng sau mổ và 3 tháng sau mổ : Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá của Oberlin C và Duparc J.

\* Đánh giá kết quả 1 tháng đầu sau mổ:

- Tốt: Vạt sống hoàn toàn, vết mổ liền sẹo kỳ đầu.

- Vừa: Vạt sống nhưng có tình trạng phù nề và bong tróc lớp thượng bì của vạt, thời gian dưới 3 tuần, không cần can thiệp thêm và vẫn đảm bảo che phủ được tổn thương.

- Xấu: Vạt có tình trạng nhiễm trùng, viêm dò kéo dài, hoại tử một phần vạt cần phải cắt lọc và ghép da làm lành tổn thương, vùng ghép da nhỏ hơn 1/3 diện tích vạt.

- Thất bại: Vạt chết cần phải tháo bỏ không đủ khả năng che phủ tổn khuyết cần thay thế phương pháp điều trị.

\* Đánh giá kết quả sau 3 tháng:

- Tốt: Vạt sống hoàn toàn, mềm mại, đáp ứng về cả mặt chức năng che phủ và thẩm mỹ.

- Vừa: Vạt sống nhưng kích thước hơi to xù và co kéo nhẹ không gây ảnh hưởng đến chức năng của ngón tay còn về mặt thẩm mỹ vẫn chấp nhận được.

- Xấu: Vạt to xù xì, xuất hiện viêm dò, co kéo qua mức gây ảnh hưởng đến cả chức năng vận động lẫn về thẩm mỹ cần can thiệp bổ sung.

- Thất bại: Tình trạng viêm dò kéo dài, tái phát nhiều lần gây ảnh hưởng nặng nề đến chức năng ngón tay cần thay đổi phương pháp điều trị có thể cắt bỏ ngón.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

#### 3.1.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân lớn tuổi nhất là 78 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi.

Trong số 34 bệnh nhân của chúng tôi có 28 bệnh nhân nam chiếm 82.4%, 6 bệnh nhân nữ chiếm 17.6%. Nguyên nhân gây KHPM ngón tay phổ biến nhất là tai nạn lao động có 20/34 bệnh nhân chiếm 58.8%.

### 3.1.2. Đặc điểm tổn thương

**Bảng 1. Mô tả vị trí tổn thương KHPM tại ngón tay**

Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương gan đốt 1	3	8.8
Tổn thương gan đốt 2	14	41
Tổn thương mu đốt 1	4	11.8
Tổn thương mu đốt 2	12	35.3
Mỏm cụt thân đốt	1	2.9
<b>Tổng số</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ bàn tay phải có vết thương gây KHPM ngón tay chiếm tỉ lệ cao hơn bàn tay trái (55.9% và 44.1%). Về phân loại vị trí tổn thương trên cùng ngón tay thì tổn thương gan đốt 2 và mu đốt 2 chiếm tỉ lệ cao nhất (41% và 35.3%), vị trí mỏm cụt thân đốt chiếm tỉ lệ thấp nhất 2.9%

### 3.1.3 Kết quả phẫu thuật

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

Kích thước trung bình vạt	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
Chiều dài (cm)	2.84 ± 0.619	2.5	5.1
Chiều rộng (cm)	2.17 ± 0.553	1.6	2.5
Diện tích	6.36 ± 3.05	4.0	12.5

**Nhận xét :** Dựa vào bảng 3, trong nghiên cứu của chúng tôi vạt nhỏ nhất có kích thước là 4.0 cm<sup>2</sup> vạt có kích thước lớn nhất là 12.5 cm<sup>2</sup>, vạt xuôi dòng có kích thước trung bình nhỏ hơn vạt ngược dòng.

Loại vạt sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là vạt liên cốt mu bàn tay và có 2 dạng được sử dụng là: Vạt cuống xuôi dòng và vạt cuống ngược dòng. Vạt cuống xuôi dòng thường là các vạt liên cốt mu tay 2,3,4 các vạt này không có thần kinh cảm giác. Vạt liên cốt mu tay thứ nhất được sử dụng ở 2 dạng là vạt cuống xuôi dòng hay còn gọi là vạt điều (Kite flap) có nhánh cảm giác là nhánh của dây TK quay và vạt cuống ngược dòng.

Phương thức đặt cuống vạt có 2 phương thức đó là: Luồn trực tiếp dưới da và khâu kín da để che cuống vạt. Vùng cho vạt có thể khâu đóng trực tiếp hoặc ghép da dày lấy từ vùng bẹn tùy vào cách thức sử dụng vạt cuống xuôi dòng hay ngược dòng.

**Bảng 4. Kết quả phẫu thuật**

Kết quả gân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Tốt	32	94.2
Vừa	1	2.9

Xấu	1	2.9
<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Kết quả sau 1 tháng phẫu thuật có 32/34 trường hợp vạt đạt kết quả tốt chiếm 94.2%, vết mổ liền kỳ đầu; có 1/34 trường hợp vạt đạt kết quả vừa chiếm 2.9% có hiện tượng bong tróc lớp thượng bì và 1/34 vạt có kết quả xấu chiếm 2.9% có tình trạng viêm dò sau mổ hơn 1 tuần và không có trường hợp nào thất bại cần thay đổi phương pháp điều trị.

Kết quả sau 3 tháng: có 32/33 trường hợp vạt đạt kết quả tốt chiếm 96.9% vạt đạt kết quả mềm mại, liền sẹo tốt, không có hiện tượng viêm dò. Có 1/33 trường hợp vạt đạt kết quả vừa đạt chức năng che phủ nhưng chức năng vận động kém do tổn thương gãy xương mất vững khớp liên đốt xa sau chấn thương, vạt to xù xì, tính thẩm mỹ không cao. Không có trường hợp nào đạt kết quả xấu hay thất bại.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1 Đặc điểm lâm sàng.** Sau khi nghiên cứu và phân tích kết quả chúng tôi nhận thấy vết thương vùng bàn ngón tay có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào nhưng hay gặp nhất trong độ tuổi lao động. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Aboulwafa Ahmed and Emara Shrif (2013)<sup>4</sup> và Nguyễn Đức Tiến (2021)<sup>5</sup>. Trong tổng số 34 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là tuổi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bàn tay phải có tỉ lệ tổn thương nhiều hơn so với bàn tay trái (52.9% so với 47.1%). Xét về vị trí tổn thương thì có 2 vị trí KHPM hay gặp nhất đó là gan đốt 2 và mu đốt 2 chiếm tỉ lệ cao với 41% và 35,3%.

**4.2. Kết quả phẫu thuật.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, diện tích KHPM nhỏ nhất là 2.0 cm<sup>2</sup> và diện tích KHPM lớn nhất là 9.03 cm<sup>2</sup>. Diện tích trung bình của KHPM là 3.8165 ± 1.406 cm<sup>2</sup>. Vạt được chúng tôi phẫu tích có kích thước lớn nhất là 12.75cm<sup>2</sup>. Do có 1 vạt có kích thước khá lớn nên sau mổ xuất hiện tình trạng phù nề xung huyết nhẹ. Tuy nhiên sau khi sử dụng các phương pháp chống phù nề như kê cao tay, sử dụng aspirin vạt đã ổn định và sống tốt. Trong số 34 bệnh nhân nghiên cứu có 1/34 bệnh nhân có tình trạng vạt xấu viêm rò 1 tuần, hoại tử 1 phần vạt. Sau thời gian theo dõi hậu phẫu 2 tuần thì chúng tôi tiến hành gỡ bỏ phần hoại tử khi đã được phân lập rõ, mô bên dưới vẫn hồng hào đảm bảo chức năng che phủ và không cần can thiệp thêm bất cứ biện pháp nào như ghép da bổ sung hoặc cắt lọc, khâu lại.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Tiến năm 2021 trên 130 vật thì kết quả sau mổ ó 26 trường hợp có biến chứng: gồm 4 trường hợp nhiễm khuẩn tại nơi nhận vật và 22 trường hợp vật hoại tử 1 phần < 1/3 diện tích vật. 21/22 số trường hợp xảy ra tình trạng ứ máu tĩnh mạch ở các vật ngược dòng. Tuy nhiên sau 5-7 ngày tuần hoàn được tái lập mà không gặp bất cứ tổn thương gì<sup>5</sup>. Vì vậy để tránh trường hợp vật bị sung huyết tĩnh mạch nên ngay trong mổ chúng tôi đã rất cẩn thận cố gắng phẫu tích và bảo vệ cuống vật tối đa, không để cuống vật bị xoắn vặn hoặc quá căng khi chuyển vật đến nơi cần che phủ. Sau mổ chúng tôi kê tay cao, sử dụng thêm thuốc chống phù nề và thuốc chống đông khi cần thiết. Theo một báo cáo của Caner Gelnal khi nghiên cứu một ca lâm sàng trên bệnh nhân bị KHPM mu ngón V khi được sử dụng vật liên cốt mu tay mở rộng, tình trạng ứ máu tĩnh mạch tại vật được cải thiện khi dung kem Heparin bôi tại vật 3 lần/ngày<sup>6</sup>.

Chúng tôi sử dụng linh hoạt các dạng di chuyển của vật để che phủ các khuyết hồng phần mềm tại vùng mu và gan ngón tay. Vùng cho vật để khâu kín hay ghép da dày che phủ tùy thuộc vào loại vật xuôi dòng hay ngược dòng. Đối với vật liên cốt mu tay thứ nhất dạng xuôi dòng hay còn gọi là vật điều ( Kite Flap ) nơi cho vật được ghép da dày kiểu Wolfe - Kruase lấy từ vùng bẹn, mặc dù vùng da ban đầu hơi lồi so với màu da xung quanh nhưng sau một thời gian tổ chức hạt và mô mềm bên dưới sẽ dày lên và màu sắc da sẽ tương đối phù hợp về mặt thẩm mỹ. Còn đối với các vật liên cốt mu tay 2,3,4 sử dụng dạng ngược dòng nơi cho vật được khâu đóng trực tiếp. Tất cả các trường hợp 34/34 bệnh nhân của chúng tôi khi theo dõi trong thời gian 1 tháng và 3 tháng đều liền thương tốt, không có trường hợp nào thất bại. Trong tổng số 35 bệnh nhân nghiên cứu của Mansoor Khan khi bị vết thương gây khuyết phần mềm ngón tay cái thì vật liên cốt mu tay thứ nhất được sử dụng nhiều nhất chiếm 31,4%<sup>7</sup>.

Độ dày của vật vừa phải, tương ứng với độ dày vùng da tổn khuyết trên ngón tay. Theo đánh giá của Tufan K<sup>8</sup>, thực chất của việc sử dụng vật cuống mạch liền 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.

Hầu hết các bệnh nhân đều rất hài lòng với kết quả điều trị 33/34 bệnh nhân chiếm (97.1%) có 1/34 bệnh nhân còn phần nản về chức năng vận động tại nơi nhận vật do di chứng tổn

thương tại khớp liên đốt xa làm sau chấn thương nhưng về chức năng che phủ của vật thì lại đảm bảo, chấp nhận được.

## V. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu trên 34 bệnh nhân có KHPM vùng ngón tay chúng tôi nhận thấy rằng: Vật liên cốt mu tay có độ tin cậy cao và được ứng dụng khá rộng rãi trong việc điều trị các tổn thương gây khuyết hồng phần mềm ngón tay trong số các loại vật trục mạch tại bàn tay. Vật liên cốt mu tay có nhiều ưu điểm như: vật có khả năng sống cao, vật liên cốt mu tay thứ 1,2 có mạch hăng định, độ dày vừa phải màu sắc tương đồng với nơi nhận mang lại kết quả cao về mặt thẩm mỹ. Tuy nhiên không vì thế mà vật liên cốt mu tay được cho là ưu tiên trong việc tạo hình che phủ KHPM vùng ngón tay, việc đưa ra quyết định lựa chọn loại vật nào cần phải đảm bảo được sự cân bằng giữa mục tiêu tạo hình nơi nhận vật và sự ảnh hưởng của nơi cho.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Silva, P. G., Lombardi, I., Breitschwerdt, C., Poli Araújo, P. M. & Natour, J.** 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, 684–689 (2008).
2. **Khan, M., Hayat, W., Ullah, H. & Khan, N. H.** Reconstruction of soft tissue defects of hand: A systematic approach. *Pak. J. Med. Sci.* 40, 36–40 (2024).
3. **Nguyễn Anh Tổ.** Nghiên cứu giải phẫu cung động mạch mu cổ tay và ứng dụng vật da hình đảo vùng mu bàn tay trong điều trị khuyết da ở ngón tay. in *Luận án tiến sĩ y học* (2010).
4. **Aboulwafa, A. & Emara, S.** Versatility of Homodigital Islandized Lateral V-Y Flap for Reconstruction of Fingertips and Amputation Stumps. *Egypt, J. Plast. Reconstr. Surg.*, Vol. 37, No. 1, January 89–96 (2013).
5. **Nguyễn Đức Tiến, Nguyễn Bắc Hùng & Phạm Văn Duyệt.** Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vật cuống liền tại chỗ. *Tạp Chí Học Việt Nam* 504, (2021).
6. **Tatar, B. E., Sabancıoğullarından, F., Gelbal, C. & Bozkurt, M.** Use of Heparin Cream for Venous Congestion in the Extended Reverse Metacarpal Artery Flap: A Case Report. *Arch. Plast. Surg.* 49, 663–667 (2022).
7. **Khan, M. et al.** Soft tissue reconstruction of thumb: Classification of defects and standardization of treatment. *Pol. Przegl. Chir.* 95, 0 (2022).
8. **Kaleli, T., Ersozlu, S. & Ozturk, C.** Double reverse-flow island flaps for two adjacent finger tissue defect. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 124, 157–160 (2004).

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG VÍT XỐP QUẠ ĐÒN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đặng Việt Công<sup>1</sup>, Lê Mạnh Sơn<sup>2</sup>,  
Đào Xuân Thành<sup>3</sup>, Nguyễn Văn Phan<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị trật khớp cùng đòn độ III-V bằng phương pháp vít xốp quạ đòn tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán trật khớp cùng đòn cấp tính từ độ III-V theo Rookwood từ tháng 1/2018 đến hết tháng 3/2024, được điều trị bằng phương pháp vít xốp quạ đòn tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Các tiêu chuẩn chính bao gồm: mức độ đau trước và sau can thiệp tại thời điểm 3,6 tháng (thang điểm VAS); điểm chức năng vai theo Constant-Murley score (CS) trước và sau can thiệp 3,6 tháng; khoảng quạ đòn trước và sau can thiệp 3,6 tháng. **Kết quả:** Khoảng quạ đòn (Coracoclavicular distance – CC) tại thời điểm PT và sau 3 tháng cải thiện so với thời điểm trước đó, tuy nhiên tại thời điểm 6 tháng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chức năng vai theo thang điểm CS có sự cải thiện có ý nghĩa tại tất cả thời điểm sau phẫu thuật so với thời điểm đánh giá trước đó. Độ tuổi cao hơn, khoảng CC trước phẫu thuật cao hơn và mức độ trật khớp nặng hơn có liên quan đến mức phục hồi chức năng vai thấp hơn tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Mức đau trung bình giảm dần qua các lần thăm khám, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các biến chứng xảy ra bao gồm: bán trật khớp (7,1%); vôi hóa dây chằng quạ đòn (2,4%) và hạn chế vận động (4,8%). **Kết luận:** Vít xốp quạ đòn là phương pháp điều trị trật khớp cùng đòn hiệu quả, với mức giảm đau, giảm khoảng quạ đòn, cải thiện chức năng vai rõ rệt sau phẫu thuật và tỷ lệ biến chứng tương đối thấp. **Từ khóa:** Vít xốp quạ đòn, trật khớp cấp tính, khớp cùng đòn.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT OF ACROMIOCLAVICULAR JOINT DISLOCATION WITH CORACOCLAVICULAR SCREW AT VIET-DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** Evaluation of the effectiveness of treating grade III-V acromioclavicular dislocation by coracoclavicular Bosworth screw method at VietDuc University Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study on 42 patients diagnosed with acute grade III-V acromioclavicular dislocation according to Rookwood stage from January 2018 to the end of

March 2024, treated with coracoclavicular screw method at VietDuc University Hospital. The aims of study include: pain level before and after intervention at 3 and 6 months (VAS score); shoulder function score according to Constant-Murley score (CS) before and after intervention at 3 and 6 months; coracoclavicular distance before and after intervention at 3 and 6 months. **Results:** Coracoclavicular distance (CC) at the time of surgery and after 3 months improved compared to the previous time, however, at 6 months the difference was not statistically significant. Shoulder function according to CS scale had significant improvement at all postoperative time points compared to the previous assessment time point. Older age, higher preoperative CC distance and more severe dislocation were associated with lower level of shoulder function recovery at 6 months postoperatively. Mean pain level gradually decreased over the visits, the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ . Complications that occurred included: subluxation (7.1%); calcification of the coracoclavicular ligament (2.4%) and limited mobility (4.8%). **Conclusion:** Coracoclavicular cannula screw is an effective method of treating acromioclavicular joint dislocation, with significant pain reduction, coracoclavicular distance reduction, improved shoulder function after surgery and a relatively low complication rate. **Keywords:** Acute dislocation, acromioclavicular joint, Coracoclavicular screw.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cùng đòn là tình trạng tổn thương dây chằng cũng như phần mềm xung quanh khớp cùng đòn từ mức độ nhẹ đến di lệch đáng kể của sự tương quan giữa xương đòn và mỏm cùng vai gây nên tình trạng đau mãn tính, thay đổi cơ sinh học của vai nếu không được điều trị thích đáng. Trật khớp cùng đòn là một trong những tổn thương phổ biến sau chấn thương chi trên, chiếm khoảng 9-10% các tổn thương vùng đai vai.<sup>1</sup> Sự ra đời của phân loại của Rockwood đã làm tăng hiểu biết về cơ chế bệnh học của những thương tổn loại này. Hầu hết các tác giả trên thế giới đều đồng thuận với quan điểm bảo tồn đối với tổn thương độ I và II, và điều trị bằng phẫu thuật được áp dụng với tổn thương độ IV, V, VI.<sup>2</sup> Tổn thương độ III còn nhiều tranh cãi trong điều trị, tuy nhiên nhiều tác giả vẫn tin rằng tổn thương ở mức độ này sẽ gây ra khó chịu do yếu cơ, khó khăn trong việc kiểm soát lực và gây đau do viêm khớp mãn tính. Vì thế ngày nay thường có xu hướng phẫu thuật đặc biệt ở người trẻ tuổi lao động nặng

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Việt Công

Email: drdangcong@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024