

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRỒNG LẠI NGÓN TAY CÁI ĐỨT RỜI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Thị Thanh Hoài¹ Nguyễn Việt Nam², Trần Chiến¹,
Vũ Hồng Ái¹, Nguyễn Văn Trường², Ngô Thái Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang tổn thương đứt rời ngón cái, đánh giá kết quả phẫu thuật trồng lại ngón cái đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu – tiền cứu trên 30 bệnh nhân bị đứt rời ngón cái được phẫu thuật trồng lại tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 (từ tháng 06/2020 đến tháng 06/2025). **Kết quả:** Phẫu thuật trồng lại ngón cái sau đứt rời đạt tỷ lệ sống cao với 93,3% (28/30). Trong đó, nhóm đứt rời không hoàn toàn có kết quả tốt nhất với 100% sống (16/16), trong khi đứt rời hoàn toàn đạt 85,7% (12/14). Các tổn thương sắc gọn và vùng II–IV có tiên lượng tốt (91,7–100%), trong khi vùng III cho kết quả hạn chế hơn. Khám lại sau 3 tháng, 95% bệnh nhân có kết quả chức năng ở mức I, II, với cảm giác và vận động phục hồi đáng kể theo tiêu chuẩn Chung Wei Chen. **Kết luận:** Phẫu thuật trồng lại ngón cái sau đứt rời có tỷ lệ sống cao đạt 93,3% (28/30). Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sống bao gồm kiểu đứt gần hoàn toàn, tổn thương sắc gọn, thời gian thiếu máu dưới 6 giờ và bảo quản đúng cách. Đánh giá kết quả xa cho thấy 95% bệnh nhân đạt mức I, II, khẳng định hiệu quả và tính khả thi của vi phẫu trồng lại tái tạo ngón cái. **Từ khóa:** trồng lại ngón cái, đứt rời, trồng lại, ngón cái.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF THUMB REPLANTATION AFTER TRAUMATIC AMPUTATION AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and radiographic characteristics of thumb amputations and evaluate the outcomes of thumb replantation using microsurgical techniques. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective data on 30 patients with thumb amputation who underwent replantation at the 108 Military Central Hospital (from June 2020 to June 2025). **Results:** In thumb replantation after amputation, the survival rate was 93,33% (28/30). The incomplete amputation group had the best outcome with 100% survival (16/16), while the complete amputation group reached 85,7% (12/14). Sharp injuries and those in zones II–IV had favorable outcomes (91,7–100%), whereas injuries in zone III

showed less favorable results. At 3-month follow-up, 95% of patients achieved grade I or II functional outcomes, with substantial sensory and motor recovery according to the Chung Wei Chen criteria. **Conclusion:** Thumb replantation after amputation demonstrated a high survival rate of 93,3% (28/30). Factors influencing survival outcomes included near-complete amputation, sharp injuries, ischemia time under 6 hours, and proper preservation. Long-term evaluation showed that 95% of patients achieved grade I or II outcomes, confirming the effectiveness and feasibility of microsurgical thumb replantation.

Keywords: thumb replantation, amputation, microsurgery, thumb.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngón cái giữ vai trò đặc biệt quan trọng chiếm 50% chức năng của bàn tay như cầm nắm, đối chiếu, và thực hiện những động tác tinh tế. Đứt rời ngón cái là tổn thương thường gặp trong lâm sàng, gây ảnh hưởng nặng nề đến chức năng, thẩm mỹ bàn tay và tâm lý người bệnh. Nếu không được trồng lại phục hồi tuần hoàn, phần đứt sẽ hoại tử, buộc phải cắt cụt. Trước đây, khi kỹ thuật vi phẫu chưa phát triển, xử trí chủ yếu là cắt cụt, chuyển vạt tại chỗ hoặc ghép vạt lân cận.

Sự phát triển của vi phẫu thuật từ cuối thế kỷ XX đã mở ra khả năng trồng lại các phần chi thể nhỏ như ngón tay, đặc biệt là ngón cái. Tại Việt Nam, kỹ thuật này được triển khai từ năm 1987 tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 và hiện đã phổ biến tại nhiều trung tâm lớn. Tuy nhiên, việc đánh giá đầy đủ các đặc điểm tổn thương và kết quả phẫu thuật trồng lại ngón cái vẫn còn ít được nghiên cứu sâu.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang tổn thương đứt rời ngón cái và đánh giá kết quả phẫu thuật trồng lại ngón cái tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội từ tháng 06/2020 đến tháng 06/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu – tiền cứu trên 30 bệnh nhân bị đứt rời ngón cái được trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 06 năm 2020 đến tháng 06 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn: bệnh nhân đứt rời ngón cái, có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, Xquang và theo dõi sau mổ ít nhất 3 tháng.

¹Trường Đại Học Y dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

Tiêu chuẩn loại trừ: Tổn thương dập nát ngón cái, bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập: Tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân (tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông), kiểu đứt rời (đứt rời hoàn toàn, đứt rời không hoàn toàn), vùng tổn thương (xác định theo Biemer) [1], hình thái thương tổn (sắc gọn, bầm dập, lột găng), thời gian thiếu máu, cách bảo quản chi thể đứt rời.

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

- Kết quả gần: đánh giá theo tiêu chuẩn của Pho R.W.H:

+ Ngón sống: Ngón căng, màu sắc da bình thường, ấm, hồi lưu mao mạch tốt.

+ Hoại tử 1 phần: 1 phần da bị tím lạnh, hồi lưu mao mạch mất.

+ Hoại tử toàn bộ: Toàn bộ ngón tay trông lại bị tím lạnh, không có hồi lưu mao mạch ngón sau đó bị hoại tử và phải cắt bỏ.

- Kết quả xa (sau mổ trên 3 tháng): Đánh giá chức năng vận động theo thang điểm TAM (Total Active Motion) [2] và chức năng đối chiếu ngón cái dựa vào thang điểm của Kapandji [3]. Đánh giá chức năng chung của bàn tay theo tiêu chuẩn tiêu chuẩn Chung Wei Chen [5].

- Tầm vận động của khớp bàn – ngón và liên đốt được tính theo thang điểm TAM (Total Active Motion - so sánh TAM bên tổn thương với bên lành) do Strickland phân loại: TAM = Giới hạn gấp (Khớp bàn ngón + Khớp liên đốt) – giới hạn duỗi (Khớp bàn ngón + Khớp liên đốt)

Bảng 1. Phân độ tầm vận động các khớp theo Strickland

Mức độ	Tỉ lệ %
Tốt	85 – 100
Khá	70 – 84
Trung bình	50 – 69
Kém	0 – 49

- Chức năng đối ngón dựa vào thang điểm của Kapandji. Áp dụng cho đánh giá khả năng đối ngón và được tính theo thang điểm 10.

Bảng 2. Thang điểm Kapandji

Điểm	Mô tả
0	Búp ngón tay cái chỉ chạm ở mặt ngoài đốt 1 ngón 2
1	Búp ngón tay cái chỉ chạm ở mặt ngoài đốt 2 ngón 2
2	Búp ngón tay cái chỉ chạm ở mặt ngoài đốt 3 ngón 2
3	Búp ngón tay cái đối được búp ngón 2
4	Búp ngón tay cái đối được búp ngón 3
5	Búp ngón tay cái đối được búp ngón 4
6	Búp ngón tay cái đối được búp ngón 5

7	Búp ngón tay cái chạm đến khớp liên đốt xa ngón 5
8	Búp ngón tay cái chạm đến khớp liên đốt gần ngón 5
9	Búp ngón tay cái chạm đến nếp gấp bàn ngón 5
10	Búp ngón tay cái chạm nếp gấp xa mặt gan bàn tay ngón 5

Bảng 3. Phân loại đánh giá chức năng bàn tay theo Chung Wei Chen

Loại	Tiêu chuẩn
I	Trở lại làm việc Hồi phục cảm giác gần hoàn toàn ROM >60% M4-M5
II	Trở lại làm việc Hồi phục cảm giác gần hoàn toàn ROM >40% M4-M5
III	Sinh hoạt hàng ngày Hồi phục cảm giác một phần ROM >30% M3
IV	Mất chức năng

ROM: Range of Motion – Tầm vận động của khớp

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 4. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	Giá trị (n=30)
Tuổi trung bình (tuổi lớn nhất, nhỏ nhất)		34,63 (9-59)
Giới, n (30)	Nam	26 (86.7%)
	Nữ	4 (13.3%)
Nghề nghiệp, n (30)	Công nhân	13 (43.3%)
	Học sinh, sinh viên	2 (6.7%)
	Nội trợ, khác	12 (40%)
	Trẻ em	3 (10%)
Nguyên nhân tổn thương, n (30)	Tai nạn lao động	21 (70%)
	Tai nạn sinh hoạt	9 (30%)

Nghiên cứu thấy độ tuổi trung bình là 34,63 (9-59 tuổi). Nam giới chiếm 86.7 %. Nghề nghiệp phổ biến là công nhân (43.3 %). Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn lao động (70%).

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương đứt rời ngón cái

Đặc điểm	Nhóm	Đứt rời hoàn toàn	Đứt rời không hoàn toàn
Vùng	Vùng II (n=1)	1	0
	Vùng III (n=24)	11	13
	Vùng IV (n=5)	2	3
Hình thái tổn thương	Sắc gọn (n=9)	4	5
	Bầm dập (n=20)	10	10
	Lột găng (n=1)	0	1
Cách bảo	Đúng cách (n=16)	8	8
	Không đúng cách	6	8

quản	(n=14)		
Thời gian thiếu máu	Trước 6 giờ (n=11)	4	7
	Từ 6 đến 12 giờ (n=19)	10	9
Xquang	Gãy xương bàn I (n=5)	2	3
	Gãy đốt 1 (n=23)	11	12
	Gãy đốt 2 (n=1)	1	0
	Không gãy xương (n=1)	0	1

Trong 14 ngón đứt rời hoàn toàn: vùng III (11/14 ngón), tổn thương bầm dập (10/14 ngón); 16 ngón đứt không hoàn toàn chủ yếu vùng III (13/16 ngón), tổn thương bầm dập 10/16 ngón. Tổn thương xương đánh giá trên Xquang đều có gãy xương theo vùng tổn thương, có 1 tổn thương lệt găng không có gãy xương.

Bảng 6. Kết quả gắn phẫu thuật trồng lại ngón cái đứt rời

Đặc điểm	Nhóm	Kết quả phẫu thuật		
		Sống	Hoại tử 1 phần	Hoại tử toàn bộ
Thời gian thiếu máu	Trước 6 giờ (n=11)	11	0	0
	Từ 6 đến 12 giờ (n=19)	17	1	1
Kiểu đứt rời	Hoàn toàn (n=14)	12	1	1
	Gắn hoàn toàn (n=16)	16	0	0
Hình thái tổn thương	Sắc gọn (n=9)	9	0	0
	Bầm dập (n=20)	18	1	1
	Hôn hợp, Lệt găng (n=1)	1	0	0
Vùng	Vùng II (n=1)	1	0	0
	Vùng III (n=24)	22	1	1
	Vùng IV (n=5)	5	0	0
Cách bảo quản	Đúng (n=16)	16	0	0
	Không đúng (n=14)	12	1	1

Tỷ lệ sống ngón đạt 93.3% (28/30). Kiểu đứt rời gần hoàn toàn có tỷ lệ sống cao hơn nhóm hoàn toàn. Tổn thương bầm dập tỉ lệ sống là 90%, sắc gọn là 100%, việc bảo quản đúng cách làm tăng tỷ lệ sống đáng kể.



Hình 1. Hình ảnh tổn thương đứt rời ngón cái và kết quả sau mổ

Đánh giá kết quả xa: Trong số 30 ngón chúng tôi kiểm tra được 20 ngón sau mổ ít nhất 3 tháng có kết quả như sau:

Bảng 7. Kết quả xa phẫu thuật trồng lại ngón cái đứt rời

Kết quả	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TAM	85-100%	4	20
	70-84%	6	30
	50-69%	8	40
	0-50%	2	10
Điểm Kapanji	8-10	16	80
	6-7	3	15
	3-5	1	5
Lực kẹp ngón cái	>5 kg	10	50
	3-5 kg	9	45
	<3 kg	1	5
Cảm giác	S4	3	15
	S3	17	85
	S2	0	0

Thang điểm TAM chủ yếu đạt mức trung bình và khá (70%). Trong khi, thang điểm Kapanji đều trên 6 điểm, nhiều nhất là 8-10 điểm (80%), ít nhất là 5 điểm (5%). Kết quả đo sức cơ cho thấy, bệnh nhân đạt mức >5 kg (50%).

Bảng 8. Đánh giá kết quả xa chức năng bàn tay theo tiêu chuẩn Chung Wei Chen

Đặc điểm	Nhóm	Kết quả xa		
		Mức I	Mức II	Mức III
Kiểu đứt rời	Hoàn toàn (n=10)	5	5	0
	Không hoàn toàn (n=10)	4	5	1
Hình thái tổn thương	Sắc gọn (n=6)	3	3	0
	Bầm dập (n=14)	6	7	1
	Lệt găng (n=0)	0	0	0
Vùng	Vùng II (n=1)	0	1	0
	Vùng III (n=17)	8	8	1
	Vùng IV (n=2)	1	1	0
Cách bảo quản	Đúng (n=14)	5	8	1
	Không đúng (n=6)	4	2	0

Kết quả hồi phục chức năng của bàn tay dựa theo tiêu chuẩn của Chen chủ yếu là loại I là 9 ngón (chiếm 45%), tiếp đến là mức II là 10 ngón (50%) và mức III là 1 ngón (5%), không có trường hợp nào mức IV.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 30 ngón cái đứt rời có độ tuổi trung bình là 34,63 tuổi, nam giới chiếm đa số với 86.7% và chủ yếu do tai nạn lao động chiếm 70%. Kết quả này cũng tương đương với Hồ Mẫn Trường Phú và cộng sự đánh giá 14 bệnh nhân với 32 ngón tay được phẫu thuật nối lại ngón

bằng phương pháp vi phẫu thấy tai nạn chủ yếu do tại nạn lao động (71,4%). Kết quả này phản ánh thực trạng lao động thủ công nước ta còn lớn và vấn đề an toàn lao động còn chưa được chú trọng nhiều.

Tỷ lệ sống ngón đạt 93,3% (28/30), 01 ngón hoại tử một phần, 01 ngón hoại tử toàn bộ. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Theo Arakaki và cộng sự, tỷ lệ thành công là 71% trên tổng số 122 ngón được tái tạo. Sharma ghi nhận tỷ lệ là 91,3% trong 103 ngón tay. Aziz công bố tỷ lệ sống của ngón là 48% (12/27 ngón). Trong khi đó, theo Phan Đức Minh Mẫn, tỷ lệ sống của ngón sau phẫu thuật là 81%. Từ đó cho thấy, kết quả sống còn của ngón sau trồng lại không những phụ thuộc vào tay nghề và kỹ thuật của phẫu thuật viên mà còn phụ thuộc lớn vào điều kiện tưới máu, chăm sóc hậu phẫu và mức độ tổn thương ban đầu của ngón tay.

Các trường hợp thời gian thiếu máu <6 giờ cho kết quả sống cao hơn hẳn so với nhóm từ 6-12 giờ, phù hợp với khuyến cáo quốc tế rằng thời gian thiếu máu nóng nên dưới 6 giờ và thiếu máu lạnh có thể kéo dài tối đa 12 giờ đối với ngón tay. Do đó, tối ưu hóa quy trình vận chuyển và chuẩn bị bệnh nhân để rút ngắn thời gian thiếu máu là yêu cầu then chốt.

Về kiểu đứt rời nghiên cứu cho thấy: Đứt hoàn toàn: 85,7% sống (12/14), có 1 hoại tử một phần và 1 hoại tử toàn bộ, trong khi đứt không hoàn toàn: 100% sống (16/16). Các tác giả Tamai (1982) và Wei & Gu (2001) đều ghi nhận rằng trồng lại ngón ngón trong trường hợp đứt gần hoàn toàn thường cho tiên lượng tốt hơn so với trồng lại khi đứt hoàn toàn, nhờ hệ thống vi mạch còn được bảo tồn một phần.

Hình thái tổn thương: sắc gọn: 100% sống (9/9), bầm dập: 90% (18/20). Lột găng: 100% (1/1). Theo Cho và cộng sự (2019) báo cáo tỷ lệ sống ở tổn thương sắc gọn là 92%, cao hơn so với 80% ở tổn thương dập nát và 75% ở tổn thương nhổ giập. Điều này được lý giải do tổn thương sắc gọn giữ nguyên cấu trúc mạch, dễ thao tác nối vi phẫu. Trong khi đó, bầm dập gây phá hủy nội mô, tăng nguy cơ huyết khối và hoại tử. Như vậy, kết quả tại loạt ca này hoàn toàn tương đồng với xu hướng chung trên thế giới.

Vị trí tổn thương kết quả trong nghiên cứu: Vùng II: 100% sống (1/1), vùng III: 91,7% sống (22/24), vùng IV: 100% sống (5/5). Kết quả này tương đương với các tác giả: Dadaci và cộng sự (2016) Trong loạt 34 trường hợp tái tạo đầu ngón vùng I: 66,6% sống (10/15), vùng II: 84,2% sống (16/19). Tác giả Chang và cộng sự

(2024) cho rằng vùng III & IV: nối thêm tĩnh mạch giúp tăng tỷ lệ sống, nối cả hai động mạch ở các vùng này cũng được chứng minh là cải thiện kết quả. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp ngón hoại tử hoàn toàn ở vùng III, đây là ngón đứt rời hoàn toàn và tổn thương nhổ bầm dập. Ngón sau nối vẫn được cấp máu, tuy nhiên sang ngày thứ 2 sau mổ ngón có biểu hiện tắc tĩnh mạch sau đó tắc động mạch và hoại tử hoàn toàn, ngón hoại tử có thể do lớp nội mạc mạch máu bị tổn thương dẫn đến tắc mạch thứ phát. Bệnh nhân sau đó được phẫu thuật tháo ngón hoại tử và khâu đóng lại mỏm cụt.

Trong số 20 bệnh nhân được khám lại đánh giá kết quả xa có 10 ngón đứt rời hoàn toàn thấy 50% mức I (5/10), 50% mức II (5/10), không có trường hợp mức III- IV; 10 ngón đứt rời không hoàn toàn (n = 10) thấy 40% mức I (4/10), 50%, mức II (5/10), 10% mức III (1/10). Nhìn chung, hai nhóm khá tương đồng đều cho kết quả ở mức I, II tuy nhiên nhóm đứt rời không hoàn toàn có 1 ngón cho kết quả ở mức III, nguyên nhân là do nhóm đứt rời gần hoàn toàn chủ yếu là các tổn thương bầm dập do vậy các tổ chức xung quanh cũng bị tổn thương dẫn đến chức năng kém hơn.

Về hình thái tổn thương: Sắc gọn (n = 6): 50% tốt, 50% khá, không có trung bình. Bầm dập (n = 14): 43% tốt, 50% khá, 7% trung bình. Kết quả cho thấy ở nhóm tổn thương bầm dập cho kết quả xa kém hơn những tổn thương sắc gọn. Kết quả này cũng giống như Huang và cộng sự (2023) tỷ lệ nhổ giập và bầm dập làm giảm khả năng sống sót và ảnh hưởng đến chức năng cảm giác về sau.

Vị trí tổn thương: Vùng II duy nhất 1 bệnh nhân mức II, vùng III 1 bệnh nhân mức III, vùng IV đều ở mức I, II. Vùng III có kết quả kém hơn (xuất hiện ca mức III), phù hợp với thực tế vì tổn thương chủ yếu gặp ở vùng này và phẫu thuật khó khăn hơn ở do mạch nhỏ phân nhánh nhiều hơn, thao tác khó, hồi lưu tĩnh mạch hạn chế, do đó nguy cơ tắc mạch sau nối cao hơn. Bên cạnh đó, tổn thương vùng III thường kèm theo đứt gân gấp – duỗi, bao khớp và diện khớp, khiến phẫu thuật phức tạp, kéo dài thời gian thiếu máu và ảnh hưởng kết quả phục hồi chức năng.

Đánh giá tổng thể chức năng sau mổ đạt mức I, II ở 95% bệnh nhân. Điều này phản ánh sự cải thiện rõ rệt về cảm giác, vận động và khả năng sử dụng ngón cái trong sinh hoạt hàng ngày. Mặc dù tổn thương ngón cái phức tạp nhưng chức năng sau mổ tốt nguyên nhân có thể do sự bù trừ linh hoạt của khớp thang bàn.

Tuy nhiên, vẫn còn một số hạn chế như rối loạn cảm giác nhẹ, sẹo co kéo và hạn chế biên độ vận động ở các trường hợp kết quả trung bình hoặc chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật trồng lại ngón cái sau đứt rời đạt tỷ lệ sống cao, với tỷ lệ sống chung là 93.3% (28/30). Trong đó, nhóm đứt rời không hoàn toàn có kết quả tốt nhất với 100% sống (16/16), trong khi đứt rời hoàn toàn đạt 85,7% (12/14). Về hình thái tổn thương, sắc gọn có tỷ lệ sống 100% (9/9), bầm dập 90% (18/20), và lệt gãy 100% (1/1). Xét theo vùng giải phẫu, tỷ lệ sống ở vùng II là 100% (1/1), vùng III đạt 91,7% (22/24) và vùng IV là 100% (5/5).

Các yếu tố ảnh hưởng quan trọng bao gồm: thời gian thiếu máu, mức độ tổn thương mô mềm – mạch máu, và vị trí tổn thương. Đặc biệt, vùng III cho tiên lượng kém hơn rõ rệt so với các vùng khác do đặc điểm giải phẫu mạch máu nhỏ và khó khăn kỹ thuật. Đánh giá chức năng xa trên 20 bệnh nhân cho thấy 95% đạt mức I,

II, khẳng định hiệu quả của phẫu thuật vi phẫu trong tái tạo ngón cái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Tiến, Nguyễn Bắc Hùng** (1998). Trồng lại bàn tay, ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu. Y học thực hành, 5 (348), 44-47.
2. **Phan, N. H.** Nhân một trường hợp nối các ngón tay bàn tay đứt rời do cửa máy. Phẫu thuật tạo hình 1, 47-48 (1992).
3. **Lê Văn Đoàn, N. V. T. & Hoàng, N. T.** Kết quả trồng lại 159 ngón tay cái đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí nghiên cứu y học (2011)
4. **Komatsu, S. & Tamai, S.** Successful replantation of a completely cut-off thumb. Plastic and reconstructive surgery (1968)
5. **Chen, H. C. & Tang, Y. B.** Replantation of the thumb, especially avulsion. Hand Clin 17, 433-445 (2001)
6. **Biemer, E.** Definitions and classifications in replantation surgery. British journal of plastic surgery 33, 164-168, doi:10.1016/0007-1226(80)90006-5 (1980).
7. **Kapandji A.** (1986) Clinical test of apposition and counter-apposition of the thumb. Annales de chirurgie de la main: organe officiel des sociétés de chirurgie de la main, 5 (1), 67-73.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ ỔI VỠ NON CÓ TUỔI THAI TỪ 28 TUẦN TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2024

Nguyễn Trung Kiên¹, Lê Thị Ngọc Ánh²,
Bùi Thị Thanh Tuyền¹, Đào Nguyên Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả xử trí ối vỡ non có tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 119 sản phụ được chẩn đoán ối vỡ non từ 01/2024 - 06/2024. Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, phân tích bằng SPSS 27.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình của sản phụ là $28,3 \pm 0,5$; nhóm 25 - 29 tuổi chiếm 39,5%. Tiền sử mổ lấy thai 16,8%, nạo hút thai 47,9%. Tuổi thai trung bình khi nhập viện $37,6 \pm 0,2$ tuần; nhóm > 37 tuần chiếm 66,4%. Ngôi đầu chiếm 92,4%, Ra nước âm đạo 98,3%, 6,7% có cơn co tử cung, Bạch cầu tăng ≥ 15 G/L 22,7%. Hướng xử trí

đối với ối vỡ khi nhập viện theo tuổi thai: Giữ thai 6,7%, Chuyển dạ tự nhiên 8,4%, khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất 50,4%, mổ lấy thai ngay 34,5%. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai chung của nghiên cứu lần lượt là 38,7% và 61,3%. Chỉ số Apgar < 8 điểm phút thứ nhất ở sơ sinh đủ tháng là 5,1%; Sơ sinh non tháng 33,6%; suy hô hấp 0,8%; nhiễm khuẩn sơ sinh 1,7%. **Kết luận:** Tuổi thai trung bình khi nhập viện $37,6 \pm 0,2$ tuần. Ngôi đầu chiếm 92,4%, ra nước âm đạo 98,3%, 6,7% có cơn co tử cung, Bạch cầu tăng ≥ 15 G/L 22,7%. Kết quả xử trí: Tỷ lệ mổ lấy thai chung ở sản phụ ối vỡ non là 61,3%, đẻ đường âm đạo 38,7%. Sơ sinh non tháng 33,6%; suy hô hấp 0,8%; nhiễm khuẩn sơ sinh 1,7%. **Từ khóa:** Ổi vỡ non, tuổi thai ≥ 28 tuần, xử trí, Thái Bình.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT GESTATIONAL AGE ≥ 28 WEEKS AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Hợp Lực

³Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: trungkiendhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025