

sau khoét chóp CTC ở 220 phụ nữ có CIN 2-3 khi kết thúc nghiên cứu là 16,8% thấp hơn với các nghiên cứu của Kreimer AR [5], Nam K [7], Phạm Hồ Thúy Ái [1] với tỷ lệ dao động 17,8% đến 22%, cao hơn các tác giả Nagai N (11,8%) [6]. Tỷ lệ nhiễm HPV trong nghiên cứu thấp hơn các tác giả Yung-Taek (38,7%) [9]. Nghiên cứu của tác giả Nagai N [6] khoét chóp với kỹ thuật LLETZ khác với kỹ thuật LEEP thông thường là vòng nhiệt điện sẽ lấy trọn vùng chuyển tiếp, khoét rộng hơn so với kỹ thuật khoét LEEP CTC. Khi sử dụng kỹ thuật LLETZ để điều trị CIN thì các phẫu thuật viên phải lấy mẫu mô lớn hơn hoặc phải lấy làm nhiều mảnh sao cho vùng chuyển tiếp gai-trụ phải được lấy trọn. Với kỹ thuật LEEP thông thường chỉ lấy chủ yếu vùng mô bệnh cho nên vùng chuyển tiếp có thể vẫn tồn tại. Do đó tỷ lệ nhiễm HPV sau nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Sự phân bố HPV trong nghiên cứu với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của tác giả Kreimer AR [5], Yung Taek [9] các nhóm 12 hr có vẻ cao hơn với tỷ lệ lần lượt là 36,6%, 58,42%, 76,5% so với tỷ lệ nhóm tốp 16 là 25,12% - 32,34%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều trị thành công các tổn thương CTC mức độ cao bằng phương pháp khoét chóp CTC sau 30 tháng là 87,7% (KTC 95%: 83,36-92,1%). Tỷ lệ thất bại 12,3%.

Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị khoét chóp CTC: Tuổi \geq 38 tuổi làm tăng nguy cơ điều trị thất bại với OR= 1,32 (KTC 95%: 1,22-3,95, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,012$. Tình trạng mãn kinh làm tăng nguy cơ điều trị thất bại với OR= 1,18 (KTC 95%: 1,07-3,7), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,004$. Tình trạng nhiễm HPV sau khoét chóp CTC làm tăng nguy cơ điều trị thất bại gấp

5,8 lần so với HPV (-) với OR= 5,8 (KTC 95%: 3,69-8,27), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hồ Thúy Ái** (2018), Tỷ lệ nhiễm HPV sau khoét chóp cổ tử cung bằng vòng điện ở phụ nữ có tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ 2-3, Luận văn chuyên khoa cấp II (Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh).
2. **Đỗ Thị Lệ Chi** (2009), "Điều trị các tổn thương tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ II và III bằng phương pháp khoét chóp sử dụng vòng cắt đốt điện", (Bệnh viện Từ Dũ).
3. **Phan Thị Nga** (2007), Hiệu quả khoét chóp bằng vòng điện các tổn thương tân sinh trong biểu mô cổ tử cung.
4. **Cao Ngọc Thành Hoàng Việt, Trần Thị Kim Anh** (2015), "Đánh giá kết quả điều trị các tổn thương tiền ung thư tại Bệnh viện Trương Ương Huế", Tạp chí Phụ Sản. Tập 13 (Hội Phụ Sản Việt Nam), tr. 99-102.
5. **Kreimer AR, Schiffman M et al Katki HA**, (2007), "Viral determinants of human papillomavirus persistence following loop electrical excision procedure treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3", Cancer Epidemiol Biomarker Prev. 16, tr. 11-16.
6. **K Nagai N, Oshita T Mukai and et al** (2004), "Human papillomavirus DNA status after loop excision for cervical intraepithelial neoplasia grade III - a prospective study", Int J Mol Med. 13, tr. 589-593.
7. **Nam K, Chung S, Kim J, et al** (2009), "Factors associated with HPV persistence after conization in patients with negative margins", J Gynecol Oncol. 20, tr. 91-95.
8. **Ribadone, Naoko Kajitani and Stefan Schwartz** (2020), "Role of Viral Ribonucleoproteins in Human Papillomavirus Type 16 Gene Expression", Arch Gynecol Obstet 282, tr. 193-197.
9. **Yung-Taek Ouh, Hyun Woo Cho** (2020), Risk factors for type specific persistence of high risk human papillomavirus and residual/recurrent cervical intraepithelial neoplasia after surgical treatment, Korean Society Obstetric & Gynecology Science.

KẾT QUẢ SỚM NỐI NGÓN TAY ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

Phạm Văn Thương¹, Nguyễn Đức Thành², Bùi Phương Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, tổn thương giải phẫu của ngón tay đứt rời được phẫu thuật vi

phẫu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 1/2021 – 1/2023 và đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm 32 BN với chấn đoạn đứt rời 1 ngón tay được nối lại bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp (từ 1/2021 – 1/2023). Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu có theo dõi kết quả sớm của ngón tay sau mổ. **Kết quả:** 32 bệnh nhân với 32 ngón tay đứt rời được khâu nối vi phẫu gồm 24 và 8 nữ, chủ yếu ở nhóm tuổi lao động (84,4 %). Có nhiều nguyên nhân tổn thương nhưng chủ yếu là nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm 56,3%. Tổn thương ngón II chiếm tỉ lệ cao nhất với 9 bệnh nhân tương đương 28,1%. Chiếm

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

đa số là tổn thương vùng III với 24 bệnh nhân. Tổn thương đứt rời hoàn toàn là chủ yếu chiếm 62,5%. Hầu hết các ngón đều bảo quản không đúng cách hoặc không bảo quản, chỉ có 28,1 % trường hợp được bảo quản đúng cách. Thời gian thiếu máu trung bình $6,59 \pm 2,03$ giờ, không có bệnh nhân nào đến muộn sau 12 giờ. 100% ngón nối mạch thành công trong mổ. Kết quả điều trị sớm có 84,4% số ngón được nối thành công, 6,3% số ngón hoại tử một phần, 9,4% số ngón hoại tử toàn bộ. **Kết luận:** Phẫu thuật nối lại ngón tay bằng kỹ thuật khâu nối vi phẫu đang trở thành lựa chọn chủ yếu trong đứt rời ngón tay và chỉ định này càng được mở rộng hơn nhờ sự thành thạo về kỹ năng phẫu thuật vi phẫu và sự phát triển vượt bậc của các loại kính vi phẫu thể hệ mới.

Từ khóa: vi phẫu, ngón tay đứt rời, nối ngón tay

SUMMARY

EARLY OUTCOME REPLANTATION FOR FINGER AMPUTATION WITH MICROSURGICAL TECHNIQUE

Objectives: To describe the clinical characteristics of finger amputation and to evaluate the early outcome of microsurgical finger replantation. **Material and method:** The study was carried out at Viet Tiep Hospital (from 1/2021 – 1/2023) on 32 patients who was diagnosed only one finger amputation, were surgically reattached by microsurgery. A cross sectional descriptive cohort and prospective with follow – up early out come of the fingers after surgery. **Result:** 32 patients with 32 severed fingers were replanted with microsurgical technique, including 24 male and 8 female mainly in the working age group (84.4 %). There are many causes of injury, but the main cause is occupational accidents, accounting for 56.3%. Damage to finger II accounts for the highest rate with 9 patients as 28,1%. The majority were zone III lesions with 24 patients. Completely severed injuries are the main cause, accounting for 62.5%. Most fingers were preserved incorrectly or not preserved at all, with only 28.1% of cases being preserved properly. Average ischemic time was 6.59 ± 2.03 hours, no patient arrived late after 12 hours. 100% of fingers were successfully anastomosed during surgery. Early treatment results showed that 84.4% of fingers were successfully reattached, 6.3% of fingers were partially necrotic, and 9.4% of fingers were completely necrotic. **Conclusion:** Finger replantation surgery using microsurgical anastomosis is becoming the main choice in finger avulsions and this indication is expanding further thanks to the proficiency in microsurgical skills and the rapid development of finger amputation level of new generation microsurgical glasses. **Keywords:** microsurgery, finger amputation, finger replantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay có vai trò rất quan trọng trong cuộc sống con người, cả trong sinh hoạt cũng như trong lao động sản xuất. Trong thực hành lâm sàng, các tổn thương vùng bàn ngón tay rất thường gặp, có thể ở bất cứ vùng nào của bàn

tay hoặc ngón tay do nhiều nguyên nhân như: tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông,... Cấu trúc bị tổn thương có thể là phức hợp gồm gân, xương, khớp và mô mềm. Trong đó đứt rời ngón tay là một tổn thương nặng nề, bởi nó ảnh hưởng đến tâm lý, khả năng kiếm sống, giúp đỡ gia đình và thực hiện các hoạt động sinh hoạt của bệnh nhân. Đứt rời là một tổn thương, trong đó các cấu trúc cơ thể bị chia cắt hoàn toàn hay chia cắt một phần nhưng có đặc điểm là đầu xa không có dấu hiệu của tuần hoàn. Và như vậy trong các trường hợp này nếu không được khâu nối mạch máu thì đoạn xa sẽ bị hoại tử.

Hiện nay lĩnh vực tạo hình vi phẫu ngày càng phát triển và đóng vai trò hết sức quan trọng trong cấp cứu ngoại khoa. Tổn thương đứt rời được thực hiện nối vi phẫu thì phương pháp này là lựa chọn tối ưu so với các phương pháp, kỹ thuật kinh điển khác. Mục tiêu của nối lại ngón tay đứt rời là phục hồi cả về hình thái và chức năng ngón tay. Có nhiều yếu tố phối hợp để cân nhắc đưa ra quyết định nối lại như tầm quan trọng của phần đứt rời, mức độ cơ chế tổn thương, năng lực chuyên môn, kỳ vọng hồi phục của bệnh nhân,...

Kể từ báo cáo đầu tiên của Tamai nối thành công ngón tay cái đứt rời năm 1965 [1], việc ứng dụng kỹ thuật vi phẫu trong nối ngón tay đã được áp dụng ngày càng rộng rãi trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, lần đầu tiên vào năm 1987 cố GS. Nguyễn Huy Phan và PGS. Nguyễn Bắc Hùng đã báo cáo thành công trong việc nối lại ngón tay bị đứt rời tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [2]. Kể từ đó cho tới nay, nhiều kết quả nối ngón tay đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu ở Việt Nam cùng với các nước khác trên thế giới đã được thông báo với tỷ lệ thành công cao: Sharma S (2005) [3], Nguyễn Thế Hoàng (2008) [4], Nazerani S (2011) [5], Chiu D (2019) [6], Hồ Mẫn Trường Phú (2021) [7],... Tuy nhiên thương tổn ngón tay đứt rời vẫn là thách thức lớn với nhiều bệnh viện, phẫu thuật viên về cả kỹ thuật và trang thiết bị. Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp là bệnh viện loại I của khu vực đã triển khai kỹ thuật vi phẫu từ rất sớm, nhưng chưa có báo cáo tổng kết lại về nối ngón tay đứt rời. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành nối ngón tay đứt rời cho 32 trường hợp do nhiều nguyên nhân khác nhau để mô tả đặc điểm lâm sàng, tổn thương giải phẫu của thương tổn này cũng như đánh giá kết quả điều trị sớm và một số yếu tố ảnh hưởng từ đó đề xuất quy trình phẫu thuật vi phẫu nối ngón tay đứt rời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: gồm 32 bệnh nhân đứt rời 32 ngón tay được phẫu thuật cấp cứu nối lại ngón bằng kỹ thuật khâu nối vi phẫu từ 1/2021 – 1/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Hồi cứu:
- + BN được chẩn đoán đứt rời ngón tay và được nối lại bằng PT vi phẫu.
- + Hồ sơ bệnh án có đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.
- Tiến cứu:
- + BN đứt rời 1 ngón tay.
- + Đồng ý nối lại ngón tay đứt rời bằng PT vi phẫu.
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có các tổn thương cấp cứu đe dọa tính mạng cần phải ưu tiên can thiệp trước.
- Có tiền sử bệnh tâm thần, xơ vữa ĐM, rối loạn đông máu, bệnh lý nội khoa không thể trải qua cuộc PT kéo dài.
- Có tổn thương đứt rời từ 2 ngón trở lên.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- BN không đồng ý nối ngón tay đứt rời bằng PT vi phẫu.

2.2. Kỹ thuật: Bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân

- Chuẩn bị phần ngón đứt rời:
- + Được thực hiện trước khi vô cảm hoặc thậm chí trước khi chuyển lên phòng mổ.
- + Làm sạch phần ngón đứt rời.
- + Bộc lộ mạch máu và thần kinh, bơm rửa mạch máu bằng Heparin, khâu đánh dấu bằng chỉ Nylon 10/0.
- + Cắt gọn xương và xuyên đinh Kirchner từ trong ra ngoài.
- + Bộc lộ gân và khâu giữ bằng chỉ Prolene 4/0.
- Chuẩn bị phần móm cụt:
- + Làm sạch phần móm cụt.
- + Cắt gọn xương.
- + Bộc lộ mạch máu và thần kinh, bơm rửa mạch máu bằng Heparin, khâu đánh dấu bằng chỉ Nylon 10/0.
- + Bộc lộ gân và khâu giữ bằng chỉ Prolene 4/0.
- Cố định xương:
- + Đinh Kirchner được xuyên từ trong ra ngoài vào phần ngón đứt rời tiếp tục được xuyên ngược lại từ ngoài vào trong ở phần móm cụt.
- Thì mặt mu tay: khâu nối các thành phần theo thứ tự sau:
- + Khâu nối gân gấp bằng chỉ Prolene 4/0, tăng cường bằng chỉ Prolene 6/0.

- + Khâu nối ĐM bằng chỉ Nylon 10/0 hoặc 11/0.
- + Khâu nối TK bằng chỉ Nylon 10/0.
- Thì mặt mu tay:
- + Khâu nối gân duỗi mũi chữ U bằng chỉ Prolene 4/0.
- + Khâu nối TM bằng chỉ Nylon 10/0 hoặc 11/0.
- Khâu đóng da.
- Nẹp bột cố định, bảo vệ bàn ngón tay.
- Điều trị theo dõi sau mổ:
- + Thuốc: kháng sinh; chống đông; giảm đau; giảm nề; bù dịch, máu.
- + Chăm sóc tại chỗ: đặt dụng cụ bảo vệ, chiếu đèn, nhỏ nước muối giữ ẩm, thay băng.
- + Theo dõi (sau mổ 1 giờ, 3 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, hàng ngày) nhằm phát hiện các biến chứng sớm:
 - Tắc ĐM: phần đầu ngón nối lại trắng nhợt, lạnh, móp, không có hồi lưu mao mạch.
 - Ứ máu TM: phần đầu ngón nối lại căng, tím, lạnh.
- Đánh giá kết quả sớm:
- + Sống hoàn toàn: toàn bộ phần ngón đứt rời nối vào đều sống (căng, hồng, ấm).
- + Hoại tử một phần: từ vị trí nối có một phần ngón đứt rời được nối lại sống và một phần hoại tử (lạnh, tím hoặc trắng nhợt chuyển dần thành đen, teo dần, khô quắt và rụng).
- + Hoại tử toàn bộ: toàn bộ phần ngón đứt rời được nối lại đều hoại tử.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		N	%
Tuổi	Lao động	27	84,4
	Ngoài lao động	5	15,6
Giới	Nam	24	75,0
	Nữ	8	25,0
Nguyên nhân	TN lao động	18	56,3
	TN sinh hoạt	10	31,3
	TN sinh hoạt	1	3,1
	Khác	3	9,4
Ngón tổn thương	Ngón I	8	25
	Ngón II	9	28,1
	Ngón III	8	25
	Ngón IV	4	12,5
	Ngón V	3	9,4

Theo kết quả bảng 1, đa số bệnh nhân ở độ tuổi lao động (84,4%) với chủ yếu là nam giới (75%). Nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm tỉ lệ cao nhất 56,3%. Về ngón tổn thương, ngón II chiếm tỉ lệ cao nhất với 28,1%.

Bảng 2: Tổn thương giải phẫu

Đặc điểm	N	%	% sống hoàn toàn
----------	---	---	------------------

Đặc điểm tổn thương	Đứt rời hoàn toàn	20	62,5	80,0
	Đứt rời không hoàn toàn	12	37,5	91,7
Hình thái tổn thương	Sắc gọn	17	53,1	100
	Bầm dập	12	37,5	66,7
	Nhổ giật	3	9,4	66,7

Tổn thương đứt rời hoàn toàn chiếm 62,5%, đứt rời không hoàn toàn chiếm 37,5%. Tỷ lệ nối thành công lần lượt là 80,0% và 91,7%.

Hình thái sắc gọn chiếm đa số với 53,1%, bầm dập chiếm 37,5% và nhổ giật chiếm 9,4%. Tổn thương sắc gọn có tỷ lệ nối thành công 100%,

Bảng 3: Thời gian thiếu máu

Thời gian thiếu máu	N	%	% sống hoàn toàn
< 6 giờ	12	37,5	91,7
6-12 giờ	20	62,5	80,0
Tổng	32	100	
X ± SD	6,59 ± 2,03 giờ		

Thời gian thiếu máu trung bình 6,59 ± 2,03 giờ, nhóm 6-12 giờ chiếm 62,5%, nhóm <6 giờ chiếm 37,5%, không có bệnh nhân nào đến muộn sau 12 giờ. Tỷ lệ nối thành công của nhóm <6 giờ cao hơn nhóm 6-12 giờ, lần lượt là 91,7% và 80,0%.

Bảng 4: Cách bảo quản

Cách bảo quản	N	%	% sống hoàn toàn
Đúng cách	9	28,1	88,9
Không đúng cách	20	62,5	85
Không bảo quản	3	9,4	66,7
Tổng	32	100	

Bảo quản đúng cách chiếm 28,1%, không đúng cách chiếm 62,5%, không bảo quản chiếm 9,4%. Bảo quản đúng cách cho tỷ lệ nối thành công đạt 88,9%.

Bảng 5: Kết quả sớm

Kết quả sớm	Số ngón (n)	Tỷ lệ (%)
Sống hoàn toàn	27	84,4
Hoại tử một phần	2	6,3
Hoại tử toàn bộ	3	9,4
Tổng	32	100

Nghiên cứu của chúng tôi có 100% trường hợp nối mạch thành công trong mổ. Theo kết quả bảng 2, có 27/32 trường hợp ngón tay sống hoàn toàn sau nối, chiếm 84,4%.

Bảng 6: Biến chứng sớm

Biến chứng sớm	N	%
Tắc ĐM	3	9,4
Ứ máu TM	7	21,9
Không biến chứng	22	68,8
Tổng	32	100

Về biến chứng sớm chỉ có 3 trường hợp tắc động mạch, có 9 trường hợp ứ máu tĩnh mạch sau mổ và không ghi nhận trường hợp nào

nhễm trùng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Ngón I chiếm 50% chức năng của bàn tay bởi nó đảm nhiệm các chức năng gấp, duỗi, đối chiếu,... giúp bàn tay cầm nắm và thực hiện các hoạt động tinh tế. Vì vậy việc nối lại ngón I là ưu tiên hàng đầu. Chỉ khi không tìm được mạch, tổn thương dập nát nhiều, đứt nhiều đoạn, thời gian lâu, bảo quản hỏng,... chúng tôi mới xét tới các chỉ định bảo tồn khác. Các ngón khác phụ thuộc vào vị trí, đặc điểm, hình thái, nguyên nhân và thậm chí là mong muốn của bệnh nhân để đảm bảo hình thái bàn tay.

Tổn thương sắc gọn trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn so với một số nghiên cứu tại Việt Nam có lẽ do địa bàn, địa dư đặc thù của thành phố Hải Phòng. Ngón đứt rời do TNLD máy có lưỡi sắc như máy thái chuối, máy xén giấy,... do TNSH khi chặt gà, nấu ăn,... hay nguyên nhân khác như bị người khác chém chiếm tỷ lệ cao. Mặt khác khi có tổn thương đứt rời vết thương sắc gọn, chúng tôi chủ trương chỉ định quyết liệt triển khai kỹ thuật vi phẫu càng sớm càng tốt vì tổn thương này thuận lợi cho khâu nối và tỷ lệ thành công cao. Nhóm tổn thương bầm dập, nhổ giật thì tổn thương phần mềm nhiều, phức tạp hơn nhóm sắc gọn. Do đó phẫu thuật viên phải đánh giá và cắt lọc tốt nếu không sẽ dễ nhiễm trùng, mạch máu và TK tổn thương trên một đoạn dài, nếu không đánh giá chính xác, sẽ bỏ sót, hoặc nguy cơ tắc mạch sau nối cao. Vì vậy, tỷ lệ trồng lại thành công ở nhóm bầm dập và nhổ giật thấp hơn nhóm tổn thương sắc gọn.

Vấn đề bảo quản chi thể đứt rời luôn là hạn chế của BN trong tất cả các nghiên cứu của các tác giả trong nước. Trong nghiên cứu của chúng tôi những BN bị tai nạn đứt rời ngón tay là công nhân ở các khu công nghiệp có y tế cơ quan thì phần đứt rời được bảo quản đúng cách, còn lại thì có ý thức bảo quản nhưng không đúng cách. Ngón tay là vùng chỉ có cấu trúc da gân xương và có rất ít cơ do đó khả năng chịu đựng thiếu máu cao hơn các dạng đứt rời khác, trung bình trong điều kiện bảo quản lạnh đúng cách có thể để được 24 giờ, trong điều kiện không được bảo quản có thể để 8 đến 12 giờ [8]. Từ đó có thể thấy việc bảo quản chi thể rất quan trọng, có ảnh hưởng rất lớn đến sự sống của ngón tay sau PT. Điều này có ý nghĩa lớn với các trường hợp BN từ xa đến hay vì lý do nào đó mà phải trì hoãn phẫu thuật nối lại ngón tay đứt rời như: có bệnh lý toàn thân, có tổn thương phối hợp nặng. Tuy nhiên do điều kiện khí hậu Việt Nam mang

đặc điểm nóng ẩm nên khả năng chịu thiếu máu của phần chi thể đứt rời không được lâu như các báo cáo trên. Kéo dài thời gian thiếu máu không những làm giảm tỷ lệ sống khi nối ngón còn gây hạn chế phục hồi chức năng sau phẫu thuật. Ngón tay đứt rời được bảo quản đúng cách sẽ làm kéo dài thời gian chịu đựng của mô và khi được tái thông mạch khả năng hồi phục của mô sẽ tốt hơn làm tăng tỉ lệ nối thành công. Bảo quản không đúng cách đôi khi còn gây hậu quả nặng nề hơn so với không bảo quản, trong trường hợp để ngón tay đứt rời tiếp xúc trực tiếp với đá lạnh trong thời gian quá lâu sẽ gây bỏng lạnh làm tổn thương mô mềm, TK, mạch máu nhiều hơn và khi tiến hành khâu nối sẽ rất khó khăn cũng như có kết quả không mong muốn sau PT.

V. KẾT LUẬN

Đứt rời ngón tay là tổn thương nặng nề với cả bệnh nhân, gia đình và xã hội. Với sự phát triển vượt bậc và ngày càng rộng rãi của kỹ thuật vi phẫu cũng như kính hiển vi vi phẫu thì chỉ định nối lại ngón tay đứt rời bằng Phẫu thuật vi phẫu đang trở thành lựa chọn chính trong điều trị vết thương ngón tay đứt rời.

Hải Phòng là thành phố cảng dịch vụ đa ngành nghề, đặc biệt có nhiều khu công nghiệp thu hút lực lượng lao động trẻ. Người lao động tiếp xúc với nhiều loại máy móc, công cụ có nguy cơ gây tai nạn cao. Đứt rời ngón tay ở người trẻ, đặc biệt là người lao động ảnh hưởng

nhều đến khả năng lao động, tâm lý và thực hiện các hoạt động sinh hoạt. Do đó kỹ thuật vi phẫu rất có ý nghĩa giúp phục hồi hình thái và chức năng của bàn tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Komatsu S. and Tamai S.** (1968), Successful replantation of a completely cut-off thumb: case report, *Plastic and Reconstructive Surgery*. 42(4), 347-377.
2. **Phan Nguyễn Huy** (1992), Nhân một trường hợp nối các ngón tay bàn tay đứt rời do cửa máy, *Phẫu thuật tạo hình*. 1, 47-48.
3. **Sharma S., Lin S., Panozzo A., et al.** (2005), Thumb replantation: a retrospective review of 103 cases, *Ann Plast Surg*. 55(4), 352-356.
4. **Hoang N. T., Staudenmaier R., and Hoehnke C.** (2008), Case reports: thumb reconstruction using amputated fingers, *Clin Orthop Relat Res*. 466(8), 1996-2001.
5. **Nazerani S., Motamedi M. H., Ebadi M. R., et al.** (2011), Experience with distal finger replantation: a 20-year retrospective study from a major trauma center, *Tech Hand Up Extrem Surg*. 15(3), 144-150.
6. **Chiu David T. W., Michael M.D., Matthew K., et al.** (2019), The Impact of Microsurgery on the Treatment of Ring Avulsion Injuries, *Plastic and Reconstructive Surgery*. 144(6), 1351-1357.
7. **Phú Hồ Mẫn Trường, Nhật Nguyễn Đăng Huy, Linh Lê Khánh, et al.** (2021), Phẫu thuật nối lại ngón tay đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu, *Vietnam medical journal*, 72 - 75.
8. **Kaplan F. T. and Raskin K. B.** (2001), Indications and surgical techniques for digit replantation, *Bull Hosp Jt Dis*. 60(3-4), 179-188.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BẮC CẦU MẠCH VÀNH ÍT XÂM LẤN (MICS CABG) TẠI VIỆN TIM TP. HỒ CHÍ MINH

Phạm Thanh Bình¹, Văn Hùng Dũng¹, Châu Chí Linh¹, Nguyễn Đắc Khoa¹, Nguyễn Văn Thạch¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật bắc cầu mạch vành ít xâm lấn (MICS CABG) là phương pháp phẫu thuật mạch vành mới có nhiều ưu điểm. Mục tiêu của phương pháp này là giảm mức độ xâm lấn của phẫu thuật mà vẫn duy trì được những ưu điểm của phẫu thuật bắc cầu mạch vành kinh điển. Chúng tôi báo cáo kết quả sớm bước đầu triển khai phương pháp phẫu thuật bắc cầu mạch vành ít xâm lấn tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca,

thời gian từ tháng 7/2023 đến tháng 9/2023, có 20 trường hợp được phẫu thuật bắc cầu mạch vành với đường mổ ngực nhỏ bên trái. **Kết quả:** Toàn bộ 20 trường hợp được phẫu thuật bắc cầu mạch vành ít xâm lấn không sử dụng máy tim phổi nhân tạo (Off-pump MICS CABG). Độ tuổi trung bình $61,06 \pm 9,90$ tuổi, số lượng bệnh nhân nam/nữ là 16/4. Tất cả trường hợp phẫu thuật được thực hiện cầu nối động mạch ngực trong trái – động mạch liên thất trước. Tĩnh mạch hiển lớn được sử dụng trong các trường hợp cần thực hiện cầu nối thứ 2 hoặc 3. Độ dài đường mổ trung bình $6,8 \pm 1,3$ cm. Số cầu thực hiện ít nhất là 1 cầu, nhiều nhất là 3 cầu. Thời gian phẫu thuật trung bình $134,5 \pm 44,57$ phút. Thời gian nằm viện trung bình $5,5 \pm 2,19$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu mạch vành ít xâm lấn (MICS CABG) là phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm về kỹ thuật cũng như tiên lượng hậu phẫu. **Từ khóa:** phẫu thuật bắc cầu mạch vành ít xâm lấn, MICS CABG, Off-pump

¹Viện Tim Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Bình

Email: thanhbinhpham7878@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024