

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XA SAU ĐIỀU TRỊ MẮT DA CẰNG TAY, BÀN TAY BẰNG VẬT DA CUỐNG BỤNG

Phạm Hiếu Liêm<sup>1</sup>; Võ Ngọc Minh Việt<sup>2</sup>; Nguyễn Anh Tuấn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả xa sau điều trị mắt da cẳng tay, bàn tay bằng vật da cuống bụng tại Khoa Vi phẫu Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương Chính hình Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang bệnh nhân có khuyết hồng mắt da cẳng bàn tay được điều trị bằng vật da cuống bụng từ 10 - 2011 đến 05 - 2013 có thời gian theo dõi tối thiểu 12 tháng. Thu thập số liệu dựa vào bệnh án mẫu ghi nhận khi tái khám bệnh nhân. Đánh giá kết quả dựa vào màu sắc, mật độ, độ nhô cao của vật so với xung quanh, tình trạng sẹo quanh vật da, sẹo co rút, nhiễm khuẩn, rò vật da, chức năng và cảm giác của cẳng tay và bàn tay sau điều trị. **Kết quả:** 38 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu từ 10 - 2011 đến 05 - 2014. Khả năng che phủ của vật cuống bụng từ < 60 cm<sup>2</sup> đến > 300 cm<sup>2</sup>. Màu sắc da như xung quanh (10,5%), sậm màu hơn (89,5%). Độ nhô cao hơn vùng nhận 65,8%, bằng vùng nhận 34,2%. Vật mềm mại chiếm 97,4%, hơi cứng 2,6%. Sẹo quanh vật da bằng với xung quanh (76,3%) và nhô cao hơn xung quanh (23,7%). Không ghi nhận trường hợp nào loét, nhiễm trùng vật. Sau phẫu thuật, 13 trường hợp (34,2%) vận động bàn tay bình thường và 14 trường hợp (36,8%) cầm nắm khó khăn. **Kết luận:** vật bụng có cuống là phương pháp điều trị hiệu quả các khuyết hồng da vùng cẳng tay bàn tay.

\* Từ khóa: Vật da cuống bụng; Tổn thương da cẳng tay bàn tay; Kết quả xa.

### **Evaluate the Effectiveness of Treatment of Skin Defects in the Forearms and Hands using Pedicle Groin Flap**

#### **Summary**

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of treatment of skin defects in the forearms and hands using pedicle groin flap at the Department of Plastic and Microsurgery in Orthopedic & Trauma Hospital - Hochiminh City. **Subjects and methods:** Retrospective, description study of patients with skin defect in the forearm and hand treated with pedicled groin flap from Nov 2011 to May 2013 with a minimum follow-up period of 12 months. Data were recorded based on the medical document. Evaluate the results based on color, density, the height of flap compared to the surrounding, condition of scar surrounding the flap, contracted scar, infection, fistula, function, and the sensation of the forearms and hands after treatment. **Results:** 38 cases met the selection criteria and were included in the study from 10 - 2011 to 5 - 2014. The coverage of

1. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh

2. Phòng khám chuyên khoa Tạo hình Thẩm mỹ Sky Diamond, TP. Hồ Chí Minh

3. Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

**Người phản hồi (Corresponding):** Phạm Hiếu Liêm (drliempham@pnt.edu.vn)

**Ngày nhận bài:** 15/04/2019; **Ngày phản biện đánh giá bài báo:** 07/05/2019

**Ngày bài báo được đăng:** 20/05/2019

*the pedicled groin flap was from < 60 cm<sup>2</sup> to > 300 cm<sup>2</sup>. The skin color was matched with the surrounding in 10.5% of cases, darker in 89.5% of cases. The height of the flap was higher than the receiving area in 65.8% of cases and equal in 34.2% of cases. The flap was soft accounted for 97.4%, slightly stiff 2.6%. Scars around the skin flap were equal to the surrounding (76.3%) and higher than the surrounding (23.7%). We did not record any cases of ulcers, flap infections. After surgery, there were 13 cases of normal hand function taking 34.2%; 14 cases of difficulty handling took for 36.8%. Conclusion: The pedicle groin flap was an effective treatment for skin defects in the forearms and hands.*

*\* Keywords: Groin flap; Skin defect in the forearm and hand; Long-term results.*

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bàn tay là một bộ phận quan trọng trong cuộc sống, là vốn quý của mỗi người. Trong lao động, bàn tay luôn phải đối mặt mọi rủi ro, nguy cơ chấn thương bàn tay thường đưa đến hậu quả nặng nề như làm giảm sức lao động, gây tàn phế, làm tổn thương cả thể chất và tinh thần cho cá nhân và xã hội. Mất da mô mềm bàn tay chiếm tỷ lệ cao trong chấn thương bàn tay. Do đặc điểm giải phẫu và chức năng, mất da và mô mềm ở bàn tay dễ làm lộ gân, xương khớp dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng, hoại tử các gân cơ, xương khớp, làm giảm hoặc mất chức năng bàn tay. Do đó, mất da bàn tay cần được che phủ sớm, đúng cách với vật liệu tốt không quá dày, mềm mại, không co rút nhằm khôi phục lại chức năng, sự mềm mại, khéo léo của động tác cũng như thẩm mỹ.

Các phương pháp giúp che phủ bao gồm: ghép da bào rời chỉ là biện pháp tạm thời vì sau đó dễ gây sẹo co rút và không thể dùng cho trường hợp lộ gân và xương. Nếu dùng xoay da tại chỗ vật trượt, hoán chuyển hình Z, diện tích che phủ quá nhỏ không phù hợp. Phương pháp vật da chuyển ghép tự do có khâu nối mạch máu nuôi (vật da vai, vật da lưng rộng): vật da này có tính linh động

cao, có khả năng che phủ được khuyết hổng ở bất cứ nơi nào, nhưng kỹ thuật phức tạp, đòi hỏi phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm vi phẫu và trang thiết bị chuyên ngành như kính hiển vi, dụng cụ phẫu thuật chuyên dụng. Phương pháp vật da có cuống mạch gần (vật da liên cốt, vật da cẳng tay quay, vật da trụ dưới: vật này sống tốt nhờ có mạch máu nuôi chính được lấy từ một trục động mạch chính) hoặc phụ tại cẳng tay, đảm bảo khả năng sống tốt của vật da nhưng có thể ảnh hưởng tới chức năng, cảm giác, vận động của bàn tay sau này nếu phải hy sinh động mạch chính. Ngoài ra, diện tích che phủ nhỏ không cơ động, chi sau che phủ chịu lạnh kém; phương pháp vật da có cuống mạch từ xa gồm vật da từ xa có cuống ngẫu nhiên (vật da cuống ngực, vật da cuống bụng), vật da này dễ thực hiện, kỹ thuật đơn giản, tỷ lệ thành công cao nhưng phải tuân theo tỷ lệ về chiều dài và chiều rộng vật để đảm bảo cấp máu tốt cho đầu xa của vật, thời gian nằm viện dài (do phải chờ 3 tuần mới có thể cắt cuống), phẫu thuật nhiều lần, khó khăn khi cố định vật da. Hoặc vật da từ xa có cuống mạch máu nuôi như vật da cuống bẹn (VDCB) là vật da có cuống từ xa, được bó mạch mũ chậu nông nuôi. Loại vật này có ưu điểm là che phủ diện tích da lớn, kỹ thuật không quá khó để

thực hiện tại các bệnh viện đa khoa tuyến dưới, tỷ lệ thành công cao, không gây tổn thương mạch máu cẳng tay và có tính thẩm mỹ tương đối dễ chấp nhận hơn các vật da khác, chỗ cho vật da có thể che dấu được. Khuyết điểm là phải chờ sau 3 - 4 tuần mới có thể cắt cuống, việc cố định đôi khi khó khăn. So với vật da ngẫu nhiên từ xa, VDCB có mạch máu nuôi khắc phục nhược điểm không cần tuân theo tỷ lệ nhất định về chiều dài và chiều rộng của vật da. Chính điểm này làm cho VDCB trở nên đơn giản và dễ thực hiện hơn. Ngoài ra, VDCB còn có mô đệm dày giúp che phủ tốt các mô quý, từ đó có thể giúp vận động sớm các khớp cổ tay và bàn tay, nên VDCB thường được lựa chọn để che phủ khuyết hồng mô mềm đặc biệt mắt da vùng cẳng tay và bàn tay.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả xa sau điều trị mắt da cẳng tay, bàn tay bằng VDCB tại Khoa Vi phẫu Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương Chính hình Thành phố Hồ Chí Minh.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

Tất cả bệnh nhân (BN) có khuyết hồng mắt da vùng cẳng tay, bàn tay được điều trị tại Khoa Vi Phẫu Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương Chính hình Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10 - 2011 đến 05 - 2013 thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: thời gian theo dõi sau phẫu thuật tối thiểu 12 tháng (kết quả xa); có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ; có tư liệu hình ảnh trước mổ, sau mổ và các lần tái khám đầy đủ; không có tổn thương gây giới hạn vận động trước khi phẫu thuật.

- Tiêu chuẩn loại trừ: có chấn thương sau khi phẫu thuật; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 38 trường hợp.

- Phương pháp thu thập số liệu: thu thập qua sổ nhập viện của Khoa Vi phẫu Tạo hình. Thu thập số liệu qua bệnh án mẫu thông qua hồ sơ cũ. BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh được hẹn tái khám sau các thời điểm khác nhau (sau ít nhất 2 tháng) để đánh giá kết sau phẫu thuật gồm: màu sắc vật da, mật độ, độ nhô cao của vật so với da xung quanh, tình trạng sẹo quanh vật da, có sẹo co rút, loét hay nhiễm trùng, rò vật da, chức năng và cảm giác của cẳng tay, bàn tay sau phẫu thuật.

- Kết quả được mã hóa và xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa trên phần mềm thống kê Stata 12 for Windows.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ 10 - 2011 đến 05 - 2013, 38 BN có khuyết hồng da mô mềm vùng cẳng tay, bàn tay được che phủ bằng vật ben có cuống tại Khoa Tạo hình Vi Phẫu, Bệnh viện Chấn Thương Chính hình Thành phố Hồ Chí Minh:

### **1. Đặc điểm chung của BN.**

- Tuổi trung bình 27,6; nhỏ nhất 16 tuổi và lớn nhất 51 tuổi. Nam chiếm 81,6%, công nhân 76,2%. Nguyên nhân tổn thương chủ yếu do tai nạn giao thông (81,6%), tai nạn sinh hoạt 10,5%, tiếp theo là tai nạn lao động và các nguyên nhân khác chiếm 2,6% và 5,3%.

- Thời gian từ lúc tổn thương đến lúc BN được phẫu thuật che phủ khuyết hồng bằng VDCB trung bình 12,7 ngày, thời gian phẫu thuật sau chấn thương từ 6 - 10 ngày nhiều nhất (36,8%).

- Thời gian phẫu thuật trung bình 60,92 phút. BN nằm viện trung bình 41,16 ngày (25 - 67 ngày).

#### 2. Đặc điểm tổn thương.

- Dập nát đứt lìa, dập nát, lột găng và mất da là 4 loại tổn thương thường gặp nhất, chiếm lần lượt 23,8%; 21,1%; 18,4% và 15,7%.

- Tổn thương phối hợp lộ gân xương khớp và gãy xương chiếm đa số (18% và 11%).

#### 3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

- Màu sắc vật da: hầu hết BN đều than phiền về vật da che phủ vùng khuyết

hồng sậm màu hơn da xung quanh (34/38 trường hợp = 89,5%), hồng như da xung quanh 10% (4/38 trường hợp). Nghiên cứu của Huỳnh Quang Huy [2] theo dõi sau 2 tháng gặp 18/35 trường hợp màu vật sậm hơn, 10/35 trường hợp hồng như da xung quanh. Như vậy, theo thời gian, màu vật da có xu hướng sậm màu từ từ so với màu da xung quanh, mặc dù VDCB lấy từ vùng kín thường có màu nhạt hơn.

- Độ nhô cao vật da: 25/38 trường hợp (65,8%) nhô cao hơn vùng nhận; 34,2% BN vật da còn lại phù hợp với vùng nhận.

- Độ mềm của vật: hầu hết vật (37/38 trường hợp) mềm mại sau phẫu thuật.

- Sẹo quanh vật: 29/38 trường hợp sẹo bằng mặt da, 9/38 trường hợp sẹo lồi ít. Không có trường hợp nào bị co rút do sẹo, không có trường hợp nào loét trên nền vật da, hoặc nhiễm khuẩn, xì rò vật.

#### 4. Đánh giá sẹo.

*Bảng 1:* Đánh giá sẹo bằng thang điểm PSOAS (Patients and Observer Assessment Scales) [4].

Thang điểm POAS	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Đánh giá sẹo dành cho người quan sát	6	46	19,5	10,97
Đánh giá sẹo dành cho BN	6	51	20,7	11,734

Bảng đánh giá dành cho người quan sát và BN lần lượt 19,5/60 và 20,7/60 là mức BN chấp nhận được. Theo y văn thế giới, có nhiều thang điểm đánh giá tình trạng sẹo của vật da, phân tích tình trạng sẹo trên nhiều thang điểm để đánh giá, xem xét từng trường hợp sau khi phân loại tình trạng sẹo thành 12 nhóm (dựa vào nguyên nhân hình thành của vết sẹo, biểu hiện lâm sàng, vị trí và phương pháp điều

trị) cho thấy POSAS được sử dụng rộng rãi nhất [5]. Chúng tôi quyết định chọn thang điểm này để đánh giá tình trạng sẹo của BN. Trong nghiên cứu, 6 điểm là điểm số thấp nhất, tương ứng với sẹo gần như da bình thường, 46 điểm là điểm số cao nhất. Ghi nhận một số trường hợp sẹo giãn, lồi, thâm đen. Số điểm trung bình giành cho BN tự đánh giá là 20/60, độ lệch chuẩn là 11,73, nhỏ nhất 6 điểm và lớn nhất 51 điểm.

**5. Đánh giá cảm giác vạt sau phẫu thuật.**

*Bảng 2:* Đánh giá cảm giác sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Nghiên cứu Y khoa Hoa Kỳ. [1].

Thời điểm \ Cảm giác	S1	S2	S2+	S3	Tổng cộng
12 - 18 tháng	3	3	1	0	7
19 - 24 tháng	1	2	1	1	5
25 - 30 tháng	3	7	3	2	15
31- 36 tháng	1	2	5	3	11
Tổng cộng	8	14	10	6	38

Trong nghiên cứu, BN đã phục hồi cảm giác từ từ theo thời gian. 8/38 trường hợp bắt đầu phục hồi cảm giác đau, 14/38 trường hợp phục hồi cảm giác va chạm, 10/38 trường hợp phục hồi cảm giác va chạm và đau, còn dị cảm, 6 trường hợp phục hồi cảm giác va chạm và đau, mất hoàn toàn dị cảm. Các trường hợp trong nghiên cứu, hầu như chỉ phục hồi cảm giác nóng, đau và va chạm. Không trường hợp nào phục hồi được cảm giác tinh vi như phân biệt 2 điểm. Theo chúng tôi, thời gian theo dõi càng lâu, khả năng phục hồi cảm giác càng tăng theo thời gian. Tương tự, trong nghiên cứu của Mai Trọng Tường, sau che phủ vạt da thần kinh hiển ngoài, thời gian theo dõi 5 năm 88/162 trường hợp, phục hồi cảm giác đa số đến S2 +, cảm giác va chạm, đau còn dị cảm [1]. Võ Văn Châu nghiên cứu trên vạt da liên cốt sau cẳng tay cũng nhận thấy đa số phục hồi cảm giác đến S2+ [3]. Tang X và CS nghiên cứu VDCB trong che phủ khuyết hồng cẳng tay và bàn tay cho 13 trường hợp, được theo dõi 6 - 36 tháng, trung bình 20 tháng cũng thấy phục hồi cảm giác từ S2+ trở lên [7].

**6. Đánh giá đặc điểm vận động sau phẫu thuật.**

- Phục hồi vận động khớp vai và khớp khuỷu sau khi bị bất động: 100% trường hợp phục hồi vận động khớp vai và khớp khuỷu bị cố định trở về vận động hoàn toàn trong giới hạn bình thường.

- Phục hồi cẳng tay, bàn tay bị tổn thương.

\* *Đặc điểm vận động sau phẫu thuật 12 tháng:*

- Vận động bàn tay: gần như bình thường: 13 BN (34,2%); cầm nắm khó khăn: 14 BN (36,8%); không thể cầm nắm: 3 BN (7,9%); hạn chế đối ngón: 2 BN (5,3%); hạn chế duỗi ngón: 2 BN (5,3%).

- Vận động cổ tay: hạn chế duỗi cổ tay: 1 BN (2,6%); hạn chế gấp cổ tay: 1 BN (2,6%); hạn chế vận động cổ tay: 2 BN (5,3%).

Tuy nhiên, về tính thẩm mỹ, các BN tương đối hài lòng vì ưu điểm của VDCB nơi da cho ở vùng kín, người khác không thấy được, VDCB có mô đệm dày, sau che phủ vạt thường nhô cao hoặc lớn hơn mô xung quanh. Vì vùng vạt da cho

nằm ở vùng bẹn có lớp mỡ đệm dày hơn ở vùng cẳng tay, khi phẫu thuật che phủ vùng ngón thường dính lại với nhau. Hầu hết BN đều được mổ lọc mỡ để làm giảm bớt độ dày của vật da và tách ngón để giải phóng vùng ngón đã bị dính khi phẫu thuật, giúp tăng tính thẩm mỹ hơn. 27/38 BN cần ít nhất một lần phẫu thuật lọc mỡ, tách ngón. 5 BN được phẫu thuật 2 lần. 1 BN khi tái khám được tư vấn phẫu thuật lọc mỡ thêm một lần nữa sẽ đạt kết quả thẩm mỹ hơn, nhưng BN đã hài lòng với kết quả hiện tại, nên không tiếp tục phẫu thuật. 5/38 BN còn lại không phải phẫu thuật lọc mỡ, do vật da đã cơ bản hoàn thiện, BN hài lòng hoặc do điều kiện kinh tế không cho phép, hoặc không muốn chịu một lần phẫu thuật nữa. Trong nghiên cứu, 1 BN tổn thương liệt găng

ngón một tay phải, sau khi lọc mỡ một lần, kết quả độ nhô cao của vật gần bằng mô xung quanh, BN hoàn toàn hài lòng

Theo Huỳnh Quang Huy, sau xuất viện 2 - 8 tháng, 30/35 trường hợp (86%) phục hồi vận động khớp vai và khớp khuỷu bên bị bất động và 5/35 trường hợp (14%) tương đối khó khăn và cứng khớp nhẹ [2]. Nghiên cứu 30 BN, Graf và Biemer chỉ ra việc bất động có thể gây giới hạn vận động khớp vai và khớp khuỷu, đặc biệt thường gặp ở khớp vai [8]. Phục hồi chức năng vùng cẳng tay và bàn tay của BN bị tổn thương. Nghiên cứu Huỳnh Quang Huy thấy không trường hợp nào chức năng bàn tay trở về hoàn toàn bình thường, 57% trường hợp cầm nắm được nhưng tương đối khó khăn, 34% không thể cầm nắm [2].

*\* Đánh giá kiểm khuyết của cẳng tay và bàn tay theo thang điểm The Quick DASH [6] sau 12 tháng phẫu thuật:*

*Bảng 3:*

	Số lượng	Tỷ lệ %
0 - 29: quay lại công việc	16	42,1
30 - 49: khó khăn khi quay lại công việc cũ	14	36,8
50 - 69 rất khó khăn khi quay lại công việc cũ	8	21,1

Số điểm nhỏ nhất: 4,5; số điểm lớn nhất: 63,6; số điểm trung bình: 28,4.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tái khám sau xuất viện ít nhất 14 tháng đối với BN vận động bàn tay gần như bình thường (13/38 trường hợp = 34,2%), các tổn thương chỉ gây mất da mà không có tổn thương gân cơ hoặc xương như tổn thương liệt găng hoặc lóc da. 2 trường hợp đối ngón khó khăn là do BN bị tổn

thương vừa liệt găng vừa mất xương đốt xa. Các trường hợp vận động hạn chế ở cổ tay thường do tổn thương nội tại như dập nát cổ tay, mất gân xương. Những trường hợp không thể cầm nắm, 1 BN bị dập nát bàn tay phải tháo đến 1/2 bàn tay và 2 BN còn lại làm mòm cụt đến gần khớp bàn ngón và tổn thương mất da mặt lòng bàn tay, xương gãy nhiều gây cứng khớp và sẹo co rút. Từ thống kê trên, để

đánh giá phục hồi chức năng cho từng phần cẳng tay và bàn tay rất khó khăn, phụ thuộc nhiều yếu tố như mức độ tổn thương gân, xương, hoại tử mất gân xương và mỗm cụt... Kết quả nghiên cứu: 16/38 trường hợp (42,1%) có điểm < 29, có khả năng quay lại công việc. 8 trường hợp (21,1%) số điểm lớn > 50, đều có mức độ tổn thương nặng ở cẳng và bàn tay, rất khó khi quay lại công việc cũ. Như vậy, dựa vào bảng đánh giá The Quick DASH, số điểm càng cao, khiếm khuyết chức năng cẳng bàn tay càng kém.

### 7. Biến chứng.

Trong nhóm BN nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận BN nào loét trên sẹo quanh da hoặc nhiễm trùng.

#### \* Ca lâm sàng:

BN nam, sinh 1986. Chẩn đoán: vết thương mài mòn vùng cẳng tay, cổ tay, mặt gan bàn tay lộ gân cơ.



Hình 1: Vết bệnh mặt gan tay ngay sau khi cắt cuống.



Hình 2: Vết bệnh mặt gan tay ngay sau khi lọc mỡ lần 1 sau phẫu thuật vết bệnh 3 tháng.



Hình 3: Vận động cầm nắm trong giới hạn bình thường sau 18 tháng phẫu thuật vết bệnh.



Hình 4: Vận động cổ tay trong giới hạn bình thường sau 18 tháng phẫu thuật vết bệnh.

**BÀN LUẬN***Bảng 4: So sánh diện tích vạt bện giữa các nghiên cứu.*

	Kích thước nhỏ nhất (cm <sup>2</sup> )	Kích thước nhỏ nhất (cm <sup>2</sup> )
Nghiên cứu của chúng tôi	30	310
Huỳnh Quang Huy [2]	66	312
Trần Hoa [4]	75	250
Tang X [7]	48	216
Molski M [9]	35	260

So sánh diện tích vạt bện giữa các tác giả cho thấy kết quả tương đối tương đồng, diện tích che phủ tối đa 250 cm<sup>2</sup> đến > 300 cm<sup>2</sup>. Với khả năng che phủ lớn như vậy, có thể chỉ định cho những trường hợp tổn thương gây khuyết hồng lớn ở vùng cẳng bàn tay mà các vạt da khác không thể che phủ được, đồng thời có đủ da để giải quyết các di chứng như tái tạo gân, xương, phục hồi chức năng hoạt động bàn tay. Trong nghiên cứu này chúng tôi không dùng phương pháp che phủ nào để hỗ trợ ngoài vạt bện.

**KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu đánh giá kết quả xa điều trị mất da cẳng tay và bàn tay bằng VDCB sau ít nhất 12 tháng, 38 trường hợp đạt tiêu chuẩn chọn bệnh, thời gian theo dõi gần nhất 14 tháng, xa nhất 36 tháng, chúng tôi rút ra kết luận:

- Vạt da cuống bện có diện tích che phủ cơ động, thích hợp cho nhiều vị trí trên cẳng bàn tay, đặc biệt vùng ngón tay, là vùng mà các vạt da xoay tại chỗ khó làm được.

- Vạt da có mô đệm dày, thường nhô cao hơn vùng da xung quanh, vì vậy sau khi che phủ mất da cẳng bàn tay, BN cần thêm ít nhất một lần phẫu thuật lọc mỡ tách ngón, làm mỏng bớt vạt da để tăng tính thẩm mỹ cho vạt da.

- Đánh giá theo thang điểm POSAS, kết quả 19,5/60 và 20,7/60 là mức BN hài lòng.

- Đánh giá cảm giác của vạt da dựa vào thang điểm đánh giá cảm giác theo Hiệp hội Nghiên cứu Y Khoa Hoa Kỳ cho kết quả VDCB che phủ là vạt da có khả năng phục hồi cảm giác tăng dần theo thời gian.

- Theo dõi kết quả xa cho thấy 100% không có cứng khớp vai và cứng khớp khuỷu.

- Sẹo vùng lấy vạt nằm ngay vùng bện có thể che dấu được, làm tăng tính thẩm mỹ, BN hài lòng, tuy nhiên có những trường hợp lấy vạt da lớn để lại sẹo giãn, cọ xát nhiều gây tình trạng ngứa, dị cảm khó chịu cho BN, không trường hợp nào phải ghép da do không thể khâu khép vùng lấy vạt da.



### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Mai Trọng Tường*. Khảo sát giải phẫu cuống mạch đầu xa đảo da cân thần kinh hiển ngoài, áp dụng và cải tiến trên lâm sàng. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2011.

2. *Huỳnh Quang Huy*. Sử dụng vạt da cuống bẹn che phủ mất da vùng cẳng tay và bàn tay. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2012.

3. *Võ Văn Châu*. Sử dụng đảo da liên cột sau ngược dòng để che phủ nơi thiếu phần mềm ở bàn tay. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2000. tr.112-122.

4. *Trần Hoa*. Vạt da cuống bẹn che phủ mất da và phần mềm cẳng tay bàn tay. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2004, 9 (2), tr.71-74.

5. *Draaijers L.J, Botman Y.A*. Skin elasticity meter or subjective evaluation in scars: A reliability assessment. Burns. 2004, 30 (2), pp.109-114.

6. *Gummesson C, Ward M.M*. The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (Quick DASH): Validity and reliability based on responses within the full-length DASH. BMC Musculoskeletal Disorders. 2006, 7 (44), pp.1-7.

7. *Tang X, Wei Z*. Improved pedicled superficial iliac circumflex artery flap for reconstruction of hand and forearm wounds. Chinese Journal of Reproductive and Reconstructive Surgery. 2012, 26 (8), pp.943-945.

8. *Graf P, Biemer E*. Morbidity of the groin flap transfer: Are we getting something for nothing. Br J Plast Surg. 1992, 45, pp.86-88.

9. *Molski M, Potocki K, Stańczyk J, Komorowska A, Murawski M*. Use of pedicled cutaneous groin flaps in distal reconstruction of the upper extremity. Chirurgia Narządow Ruchu i Ortopedia Polska. 2000, 65 (6), pp.611-617.