

## EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR FINGERTIP AMPUTATIONS USING OCCLUSIVE DRESSING METHOD AT THU DUC CITY HOSPITAL

Nguyen Duy Tai\*, Le Hoang Van Hai,  
Nguyen Xuan Dung, Nguyen Pham Phan Vu, Nguyen Vinh Thong

*Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu Ward, Thu Duc City, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 23/10/2024

Revised: 02/11/2024; Accepted: 23/11/2024

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the treatment outcomes of fingertip amputations using the occlusive dressing method at Thu Duc City Hospital.

**Research Method:** Descriptive case series. Results: A total of 26 cases with 31 fingertip amputations were successfully treated and included in the study; 9 cases were excluded due to insufficient information, and 10 cases dropped out of treatment.

**Results:** The median wound healing time was 6 weeks, with a median two-point discrimination test value of 4mm. All cases achieved full re-epithelialization. The median additional nail bed length was 3mm. The nail bed length growth in P3 and P4 groups was statistically significantly greater than in P6 and P7 groups ( $p = 0.008$ ). Similarly, nail bed length growth in N5 and N6 groups was statistically significantly greater than in other types ( $p = 0.025$ ). 90% of cases had functional recovery according to the DASH score, allowing them to resume work after 3 months of treatment. Patients with B8 fingertip bone injuries were statistically significantly less likely to recover hand function compared to other types ( $p = 0.018$ ).

**Keywords:** Fingertip amputation, occlusive dressing method.

---

\*Corresponding author

**Email:** doctornguyenduytai@gmail.com **Phone:** (+84) 775991444 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1810**

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG MẤT DA ĐẦU NGÓN TAY BẰNG PHƯƠNG PHÁP BĂNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Nguyễn Duy Tài\*, Lê Hoàng Văn Hải,  
Nguyễn Xuân Dũng, Nguyễn Phạm Phan Vũ, Nguyễn Vĩnh Thống

Bệnh viện Thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, P. Tam Phú, Tp. Thủ Đức, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 02/11/2024; Ngày duyệt đăng: 23/11/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị vết thương đầu ngón tay bằng phương pháp băng kín tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca. 26 ca với 31 tổn thương ngón tay được điều trị thành công và được lấy vào nghiên cứu, 9 trường hợp bị loại do không đầy đủ thông tin và 10 trường hợp bỏ trị.

**Kết quả:** Thời gian lành thương trung vị là 6 tuần, Test 2 điểm chạm có giá trị trung vị 4mm. Tất cả các trường hợp đều phục hồi và biểu mô hóa hoàn toàn. Chiều dài giường móng mọc thêm trung vị là 3mm. Chiều dài giường móng mọc thêm ở nhóm P3 và P4 nhiều hơn so với P6 và P7 có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,008$ ). Chiều dài giường móng mọc thêm ở nhóm N5 và N6 nhiều hơn các dạng còn lại có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,025$ ). 90% các trường hợp phục hồi chức năng theo thang điểm DASH ở mức có thể làm việc được sau 3 tháng điều trị. Nhóm bệnh nhân có tổn thương xương đầu ngón dạng B8 không thể phục hồi chức năng bàn tay nhiều hơn so với các dạng còn lại có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,018$ ).

**Từ khóa:** Tổn thương mất da đầu ngón, băng kín ngón tay.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đầu ngón tay rất phổ biến. Điều trị nhằm mục đích phục hồi cảm giác, độ bền và hỗ trợ sự phát triển móng. Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó băng kín là một lựa chọn điều trị khả thi, đã được sử dụng rộng rãi với kết quả tích cực. Tuy nhiên, một số vật liệu có thể không có sẵn và mùi hôi có thể là một vấn đề.

Tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức cũng đang thực hiện phương pháp này với những vật liệu thích hợp tại chỗ, được xem như có thêm lựa chọn điều trị tổn thương đầu ngón tay nhằm bảo tồn chiều dài, chức năng, thẩm mỹ cũng như tránh cứng khớp ngón tay do bất động thời gian dài. Để đánh giá kết quả của phương pháp cũng như tiêu chuẩn hóa phương pháp, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả điều trị tổn thương mất da đầu ngón tay bằng phương pháp băng kín tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức” nhằm trả lời câu hỏi nghiên cứu: “Mức độ hiệu quả của điều trị tổn thương mất da đầu ngón tay bằng phương pháp băng kín vết thương tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức như thế nào?”. Với mục tiêu tổng quát: “Đánh giá kết quả điều trị tổn thương mất da đầu ngón tay bằng phương pháp băng kín tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức”, chúng tôi đưa ra 3 mục

tiêu chuyên biệt:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng các trường hợp tổn thương mất da ngón tay điều trị bằng phương pháp băng kín.
- Đánh giá kết quả phục hồi về mặt giải phẫu.
- Đánh giá kết quả phục hồi về mặt chức năng theo thang điểm DASH.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, thời gian từ 10/2022 đến 02/2024

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:**

**2.3.1. Dân số mục tiêu:**

Những bệnh nhân bị vết thương đầu ngón tay được điều trị bằng phương pháp băng kín tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức từ 10/2022 đến 02/2024.

**2.3.2. Tiêu chuẩn tuyển chọn:**

\*Tác giả liên hệ

Email: doctornguyenduytai@gmail.com Điện thoại: (+84) 775991444 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1810>

Bệnh nhân trong độ tuổi 16-65 tuổi, có nhận thức bình thường, bị vết thương mất da đầu ngón từ độ PxBxB5 trở lên (tổn thương mất da lộ xương đốt xa không thể khâu da thì đầu) theo phân độ PNB[1], được điều trị bằng phương pháp băng kín tại Bv Tp Thủ Đức.

### 2.3.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác, trẻ em dưới 16, người lớn trên 65 tuổi. Bệnh nhân có các tổn thương khác đi kèm ở vùng từ cánh tay đến bàn tay như: gãy xương, đứt gân cơ, tổn thương thần kinh và mạch máu.

**2.4. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

### 2.5. Phương pháp thu thập số liệu:

**2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu:** thực nghiệm trên lâm sàng

#### 2.5.2. Các bước thu thập số liệu:

- *Chọn bệnh:*

Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức từ 09/2022 đến 04/2024.

- *Thăm khám và ghi nhận các đặc điểm lâm sàng*

Sau khi được chọn vào nghiên cứu, nghiên cứu viên trực tiếp hỏi thông tin, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, ghi nhận tình trạng vết thương, chụp hình vết và ghi nhận các thông tin theo mẫu thu thập số liệu trình bày ở phụ lục khi lần đầu thăm khám bệnh nhân, các lần thay băng vết thương và đánh giá sau ít nhất 3 tháng.

- *Ghi nhận kết quả và xử lý phân tích số liệu*

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS cho hệ điều hành Windows. Sử dụng phần mềm Word 2021, Excel 2021 để trình bày kết quả nghiên cứu dưới dạng bảng và biểu đồ.

### 2.6. Các biến số

- Biến số nền: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp

- Biến số phụ thuộc: Vị trí ngón tay tổn thương, diện tích vết thương, chiều dài giường móng còn lại, phân độ PNB, giả mạc, thời gian lành thương, mùi hôi, cảm giác xúc giác sau lành, cảm giác đau, thời gian hết cảm giác đau hoàn toàn, thời gian làm việc lại, chức năng bàn tay theo thang điểm DASH, chiều dài ngón tay so với bên đối diện, thời gian hết mùi hôi, mức độ hài lòng kết quả, chiều dài giường móng mọc thêm, biến dạng móng tay hình móc, cảm giác đau sau lành thương, khó chịu với nhiệt độ lạnh, biểu mô ở vùng đầu ngón.

- Biến số độc lập: Nguyên nhân chấn thương, tiền căn, hút thuốc lá, chỉ số BMI.

### 2.7. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu sau thu thập được kiểm tra và làm sạch. Tiếp đó sẽ tiến hành mã hoá, nhập liệu và xử lý số liệu bằng SPSS.

- *Phương pháp mô tả:*

+ Các biến số định lượng liên tục được trình bày dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối bình thường.

+ Nếu các biến số định lượng phân phối không bình thường thì sẽ được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng 25% - 75%.

+ Các biến số không liên tục sẽ được trình bày dưới dạng tỉ lệ (kèm %).

- *Phương pháp phân tích*

+ So sánh biến định tính dùng kiểm định  $\chi^2$  (Chi-Square Test) hay kiểm định Fisher's exact (được sử dụng khi có quá 20% số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5).

+ So sánh biến định lượng có hai nhóm dùng kiểm định t-test nếu phân phối chuẩn, hoặc kiểm định phi tham số như kiểm định Mann-Whitney U nếu không có phân phối chuẩn, trường hợp có từ 3 nhóm trở lên sử dụng phân tích phương sai (ANOVA) nếu biến số thuộc phân phối chuẩn và kiểm định phi tham số Kruskal- Wallis nếu biến số không có phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm Pearson hoặc Spearman để khảo sát mối tương quan giữa các biến số tùy thuộc biến số có hoặc không có phân phối chuẩn.

+ Ngưỡng kết luận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được qui ước với  $p < 0,05$  (sử dụng kiểm định 2 đuôi), các giá trị ước lượng được tính toán với khoảng tin cậy qui ước 95%.

### 2.8. Vấn đề y đức

Tất cả bệnh nhân đều được thông báo rõ về nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán, theo dõi và điều trị theo qui trình điều trị hiện hành của bệnh viện. Các thủ thuật được chỉ định đúng và không gây tổn kém cho bệnh nhân và thân nhân. Các thông tin được ghi nhận và thu thập từ bệnh nhân qua phỏng vấn và thăm khám sẽ hoàn toàn được giữ bí mật. Các thông tin thu thập được chỉ có nghiên cứu viên và người hướng dẫn nghiên cứu được phép tiếp cận.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian từ tháng 09/2022 đến tháng 04/2024, thu thập được 26 bệnh nhân với 31 tổn thương ngón tay thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ. Loại 19 trường hợp.

### 3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu:

**Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu**

<b>Tuổi</b>	Trung vị: 31	Khoảng tứ phân vị: 24-44
<b>Giới tính</b>	Nam: 77%	Nữ: 23%
<b>Nghề nghiệp</b>	Lao động tay chân 48%	Còn lại: 52%

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu**

Đặc điểm	Tỉ lệ		
	<b>Nguyên nhân tai nạn</b>	Tai nạn lao động (61%)	Tai nạn sinh hoạt (29%)
<b>Vị trí ngón tay bị tổn thương</b>	Ngón 3 bàn tay trái (19,35%)	Ngón 3 bàn tay phải (16,13%) và ngón 4 bàn tay phải (16,13%)	Các ngón tay còn lại (48,39%)

**Bảng 3. Đặc điểm vết thương ngón tay của dân số nghiên cứu**

Tiêu chí đánh giá	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Diện tích vết thương (mm <sup>2</sup> )	216 (168 – 289)
Chiều dài giường móng còn lại (mm)	1 (0 – 8)

**Bảng 4. Bảng phân độ PNB của dân số nghiên cứu**

Phân độ PNB	Tỉ lệ (%)	Phân độ PNB	Tỉ lệ (%)
P3	41,94	N7	12,9
P4	16,13	N8	35,48
P6	16,13	B5	58,06
P7	25,8	B6	32,26
N1	6,46	B7	6,45
N5	9,68	B8	3,23
N6	35,48		

### 3.2. Kết quả phục hồi về mặt giải phẫu:

**Bảng 5. Số yếu tố liên quan hồi phục vết thương về mặt giải phẫu**

Tiêu chí đánh giá	Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Thời gian lành thương (tuần)	6	5 - 6
Khoảng cách nhỏ nhất giữa hai điểm có thể phân biệt (mm)	4	4 - 5
Thời gian hết đau hoàn toàn (tuần)	2	1 - 3
Thời gian có thể làm việc lại (tuần)	1	1 - 2
Thời gian hết mùi hôi (tuần)	1	1 - 2
Chiều dài giường móng sau khi lành (mm)	8	3 - 11
Tiêu chí đánh giá	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Biến dạng móng tay hình móc	7	22,6
Cảm giác đau sau lành thương	0	0
Khó chịu với nhiệt độ lạnh	0	0
Mức độ hài lòng kết quả		
Hài lòng	17	54,8
Chấp nhận	12	38,7
Không hài lòng	2	6,5

#### 3.2.1. Phục hồi về mặt giải phẫu dựa vào chiều dài giường móng mọc thêm và biểu mô hóa:

**Bảng 6. Bảng phục hồi về mặt giải phẫu**

Tiêu chí đánh giá	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Biểu mô che phủ hoàn toàn	31	100
Tiêu chí đánh giá	Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Chiều dài giường móng mọc thêm (mm)	3	0 - 6

Chiều dài giường móng mọc thêm ở dạng tổn thương da đầu ngón P3 và P4 nhiều hơn so với P6 và P7 một cách có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,008$ ).

Chiều dài giường móng mọc thêm ở dạng tổn thương móng N5 và N6 nhiều hơn các dạng còn lại một cách có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,025$ ).

### 3.3. Kết quả phục hồi về mặt chức năng theo thang điểm DASH



**Bảng 7. Bảng phân bố sự phục hồi về chức năng của bàn tay theo thang điểm DASH**

Tiêu chí đánh giá	Không hạn chế	Hạn chế nhưng làm việc được	Không thể làm việc được
Thang điểm DASH	68%	22%	10%

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả phục hồi chức năng bàn tay giữa các nhóm BMI khác nhau ( $p = 0,007$ ).

Bệnh nhân có tổn thương xương đầu ngón dạng B8 không thể phục hồi chức năng bàn tay với tỉ lệ nhiều hơn so với các dạng còn lại một cách có ý nghĩa ( $p = 0,018$ ).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu:

#### 4.1.1. Tuổi

Tuổi của dân số nghiên cứu có phân phối không chuẩn, với tuổi trung vị là 31 (24 – 44) tuổi, trung bình là 35. Tương đồng với nghiên cứu của bác sĩ Võ Hòa Khánh [2], và nghiên cứu của bác sĩ Hoàng Ngọc Sơn [3].

#### 4.1.2. Giới tính

Tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới 3,3 lần (77% nam; 23% nữ). Kết quả này là tương tự khi so sánh với nghiên cứu của bác sĩ Hoàng Ngọc Sơn [3], tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới 3,3 lần; và nghiên cứu của bác sĩ Võ Hòa Khánh [2], tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới 2,5 lần.

#### 4.1.3. Nghề nghiệp

Phần lớn dân số nghiên cứu thuộc nhóm nghề lao động tay chân (48%), và đứng thứ hai là nhóm công nhân viên (39%). Điều này cho thấy rằng vết thương đầu ngón tay thường xảy ra ở những người làm việc trong lĩnh vực lao động tay chân và công nhân viên.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu:

#### 4.2.1. Nguyên nhân tai nạn

Tai nạn lao động là nguyên nhân phổ biến nhất của dân số nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 61%. So sánh với nghiên cứu của bác sĩ Võ Hòa Khánh [2] có điểm tương đồng: chủ yếu ở người công nhân bị tai nạn lao động, chiếm 77,14%.

#### 4.2.2. Vị trí ngón tay bị tổn thương

Ngón 3 bàn tay trái là vị trí tổn thương thường gặp nhất (19,35%), thứ hai là ngón 3 và 4 bàn tay phải (16,13%). Cho thấy rằng ngón 3 bàn tay trái, ngón 3 và 4 bàn tay phải thường tiếp xúc nhiều hơn với các hoạt động có nguy cơ gây ra vết thương mất da đầu ngón tay.

#### 4.2.3. Đặc điểm của vết thương ngón tay

Diện tích vết thương trung vị là 216 mm<sup>2</sup> (168 đến 289 mm<sup>2</sup>). Chiều dài giường móng trung vị là 1 mm. Vết

thương mất da đầu ngón phổ biến nhất là dạng cắt ngang mất đoạn xa (P3) chiếm 41,94%, trong khi dạng lộ đầu xương (B5) chiếm ưu thế với 58,06%. Không có sự khác biệt thống kê ý nghĩa giữa các dạng vết thương và nguyên nhân tai nạn ( $p > 0,05$ ).

### 4.3. Kết quả phục hồi về mặt giải phẫu:

#### 4.3.1. Thời gian lành thương

Thời gian lành thương có phân phối không chuẩn với thời gian lành thương trung vị là 6 tuần (5 đến 6). So sánh với nghiên cứu khác: khi so sánh với các nghiên cứu trước đây, thời gian lành thương trong nghiên cứu của Mennen (1993)[4] và Muhldorfer-Fodor et al. (2013)[5] ngắn hơn đáng kể, chỉ từ 2,8 đến 4,3 tuần. Trong khi đó, nghiên cứu của Hoigne et al. (2013) [6] cho thấy thời gian lành thương trung bình là 6,5 tuần, gần với kết quả của nghiên cứu hiện tại.

#### 4.3.2. Một số yếu tố liên quan đánh giá hồi phục vết thương:

Test 2 điểm chạm có giá trị trung vị 4mm, với khoảng tứ phân vị 4-5 mm, điều này cho thấy bệnh nhân có cảm giác ở vùng đầu ngón tay xem như là bình thường theo như các nghiên cứu có sẵn[7]. Điều này là phù hợp với các nghiên cứu review của Krauss 2014[8] và nghiên cứu của Bs Hoàng Ngọc Sơn 2017 (4,6 ±1,3 mm)[3]. Kết quả này là tốt hơn so với xoay vật da tại chỗ (6,1±2,4 mm) và kém hơn so với khâu mòm cụt (3,8±0,4 mm) theo nghiên cứu của Yuan 2015[9].

- Thời gian hết đau hoàn toàn: Trung vị 2 tuần (1 đến 3) tuần, đi kèm với thời gian có thể làm việc lại: trung vị 1 tuần (1 đến 2) tuần, cho thấy phần lớn bệnh nhân có thể bắt đầu làm việc trở lại sớm, phù hợp với các nghiên cứu của Mennen 1993 (<7 ngày)[4]; Allen 1980 (6-17 ngày)[10]. Tuy nhiên vẫn có những nghiên cứu khác biệt như Louis 1980 (1 ngày: 64%)[11]; Lee 1995 (<4 tuần, 85% bệnh nhân)[12].

- Thời gian hết mùi hôi: Trung vị 1 tuần, khoảng tứ phân vị 1-2 tuần, có nghĩa là phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp này sẽ hoàn toàn không có mùi hôi ở ngón tay băng kín ngay từ tuần đầu điều trị, phương pháp này đã giải quyết được vấn đề mùi khó chịu thường hay gặp ở các nghiên cứu tương tự Mennen 1993[4], góp phần quan trọng cải thiện được tâm lý và giúp cho bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn, tránh những tự ti xã hội.

- Biến dạng móng tay: Biến dạng móng tay gặp ở 7 trường hợp, chiếm 22,6% các trường hợp. Tương tự với nghiên cứu của Allen 1980 25% trường hợp[10].

Cảm giác đau sau lành thương: không có trường hợp nào bệnh nhân than đau ngón tay khi làm việc hoặc sinh hoạt hằng ngày.

#### 4.3.3. Phục hồi về mặt giải phẫu dựa vào chiều dài giường móng mọc thêm và biểu mô hóa.

- Sự biểu mô hóa vết thương đầu ngón tay: Tất cả các

trường hợp vết thương mất da đầu ngón đều phục hồi và biểu mô hóa hoàn toàn, không có trường hợp nào lộ xương hoặc phải điều trị phẫu thuật tạo hình lại mồm cụt. Điều này là tương đương với nghiên cứu khác như của Mennen 1993 hoặc Krauu 2014[4, 8].

Chiều dài giường móng mọc thêm của dân số nghiên cứu có phân phối không chuẩn, trung vị là 3mm (0 đến 6 mm).

Chiều dài giường móng mọc thêm ở nhóm vết thương da đầu ngón P3 và P4 nhiều hơn so với P6 và P7 có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,008$ ), điều này có thể là do nhóm P6 thường đi kèm giường móng bị cắt đi ít hơn so với nhóm P3, P4; trong khi đó nhóm P7 thường đi kèm với phần giường móng cũng bị cắt mất hoàn toàn và có rất ít trường hợp còn lại được phần mầm móng nên phần giường móng mọc lại được cũng ít hơn.

Chiều dài giường móng mọc thêm ở nhóm vết thương móng N5 và N6 nhiều hơn các dạng còn lại một cách có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,025$ ). Kết quả này có thể là do 2 nhóm này có vết thương mất giường móng nhiều, nhưng vẫn còn lại 1 phần giường móng và mầm móng, nên có thể tiếp tục mọc thêm lại khi bị tổn thương.

#### 4.4. Phục hồi về mặt chức năng theo thang điểm DASH

Đánh giá phục hồi chức năng theo thang điểm DASH: Phần lớn dân số nghiên cứu được phục hồi chức năng cho bàn tay về mức “không vấn đề” hoặc “có vấn đề, nhưng vẫn làm việc được” (chiếm tỉ lệ lên đến 90%) sau 3 tháng theo dõi và 100% sau 1 năm theo dõi, điều này là tương đồng với nghiên cứu của Yuan 2015[9, 13].

Nhóm bệnh nhân có tổn thương xương đầu ngón dạng B8 không thể phục hồi chức năng bàn tay với tỉ lệ nhiều hơn so với các dạng còn lại có ý nghĩa ( $p = 0,018$ ). Điều này có thể dễ hiểu do mất hoàn toàn phần đốt xa của xương cũng như ngón tay sẽ ảnh hưởng nhiều đến hoạt động cầm nắm của ngón tay bàn tay, dẫn đến ảnh hưởng đến chức năng của phần chi trên.

## 5. KẾT LUẬN

Chúng tôi thu thập được 26 bệnh nhân với 31 tổn thương ngón tay thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ với kết quả như sau.

#### Đặc điểm của dân số nghiên cứu:

- Tuổi: 31 [24-44].
- Nam giới nhiều gấp nữ giới 3,3 lần (77% nam, 23% nữ).
- Nhóm nghề lao động tay chân (48%), thứ hai là nhóm công nhân viên (39%).

#### Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu:

- Tai nạn lao động là phổ biến nhất (61%).
- Tỉ lệ tổn thương ngón 3 bàn tay trái (19,35%), ngón 3 và 4 bàn tay phải (16,13%). Ngoài ra, tay phải chiếm

41,94%, tay trái chiếm 58,06% .

- Diện tích vết thương có trung vị là 216 mm<sup>2</sup> [168 – 289].
- Phân loại: vết thương mất da đầu ngón (P) tỉ lệ nhiều nhất: P3 ( 41,94%). Vết thương phần giường móng (N) thường gặp nhất N6 và N8 (35,48%). Tổn thương phần xương đốt xa (B) chiếm ưu thế là nhóm B5 (58,06%).

#### Kết quả phục hồi về mặt giải phẫu:

- Thời gian lành thương trung vị là 6 tuần [5 – 6].
- Kiểm tra phục hồi cảm giác bằng Test 2 điểm chạm có giá trị trung vị 4 mm [4-5].
- Thời gian hết đau hoàn toàn: trung vị 2 tuần [1-3].
- Thời gian hết mùi hôi: trung vị 1 tuần [1-2].
- Biến dạng móng tay: 7 trường hợp( 22,6%).
- Biểu mô hóa hoàn toàn phần đầu ngón: 100%.
- Chiều dài giường móng mọc thêm: 3mm [0 – 6].
- Chiều dài giường móng mọc thêm ở nhóm vết thương da đầu ngón P3 và P4 nhiều hơn so với P6 và P7 có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,008$ ).
- Chiều dài giường móng mọc thêm ở nhóm vết thương móng N5 và nhiều hơn các dạng còn lại có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,025$ ).

#### Kết quả phục hồi về mặt chức năng theo thang điểm DASH:

- Phần lớn dân số nghiên cứu phục hồi chức năng cho bàn tay về mức “không vấn đề” hoặc “có vấn đề, nhưng vẫn làm việc được” (chiếm tỉ lệ lên đến 90%) sau 3 tháng theo dõi và 100% sau 1 năm theo dõi.
- Nhóm bệnh nhân có tổn thương xương đầu ngón dạng B8 không thể phục hồi chức năng bàn tay nhiều hơn các dạng còn lại có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,018$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Evans DM, Bernardis C. A new classification for fingertip injuries. J Hand Surg Br. 2000;25(1):58-60.
- [2] Khánh VH. KHẢO SÁT VẬT DA CÓ CUÔNG CÙNG NGÓN VÀ KHÁC NGÓN TRONG CHE PHỦ MẤT DA NGÓN TAY. Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình; 2011.
- [3] Sơn HN. Đánh giá kết quả điều trị và nhận xét các phương pháp phân loại mất búp ngón tay trên 60 trường hợp tổn thương tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Y học thực hành. 2017;1037:54-7.
- [4] Mennen U, Wiese A. Fingertip injuries management with semi-occlusive dressing. J Hand Surg Br. 1993;18(4):416-22.
- [5] Mühlendorfer-Fodor M, Hohendorff B, Vorderwinkler KP, van Schoonhoven J, Prommers-

- berger KJ. [Treatment of fingertip defect injuries with a semiocclusive dressing according to Mennen and Wiese]. *Oper Orthop Traumatol*. 2013;25(1):104-14.
- [6] Hoigné D, Hug U, Schürch M, Meoli M, von Wartburg U. Semi-occlusive dressing for the treatment of fingertip amputations with exposed bone: quantity and quality of soft-tissue regeneration. *J Hand Surg Eur Vol*. 2014;39(5):505-9.
- [7] Rea P. 8.2.3.2.1 Two-point Discrimination. *Essential Clinical Anatomy of the Nervous System*: Elsevier Science; 2015. p. 133-60.
- [8] Krauss EM, Lalonde DH. Secondary healing of fingertip amputations: a review. *Hand (N Y)*. 2014;9(3):282-8.
- [9] Yuan F, McGlenn EP, Giladi AM, Chung KC. A Systematic Review of Outcomes after Revision Amputation for Treatment of Traumatic Finger Amputation. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136(1):99-113.
- [10] Allen MJ. Conservative management of fingertip injuries in adults. *Hand*. 1980;12(3):257-65.
- [11] Louis DS, Palmer AK, Burney RE. Open treatment of digital tip injuries. *Jama*. 1980;244(7):697-8.
- [12] Lee LP, Lau PY, Chan CW. A simple and efficient treatment for fingertip injuries. *J Hand Surg Br*. 1995;20(1):63-71.
- [13] Angst F, Schwyzer HK, Aeschlimann A, Simmen BR, Goldhahn J. Measures of adult shoulder function: Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire (DASH) and its short version (QuickDASH), Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) Society standardized shoulder assessment form, Constant (Murley) Score (CS), Simple Shoulder Test (SST), Oxford Shoulder Score (OSS), Shoulder Disability Questionnaire (SDQ), and Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl 11:S174-88.

