

# EVALUATION OF PEDICLED SKIN FLAPS WITH SAME AND DIFFERENT FINGER IN COVERING FINGER SKIN LOSS

Vo Thanh Toan<sup>1</sup>, Nguyen Thien Duc<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Thong Nhat Hospital - No. 1 Ly Thuong Kiet, 7 Ward, Tan Binh District, Ho Chi Minh City, Vietnam

<sup>2</sup>Vietnam National University Ho Chi Minh City - Linh Trung Ward, Thu Duc City, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 16/01/2024

Revised: 30/01/2024; Accepted: 29/02/2024

## ABSTRACT

**Objectives:** Evaluate the coverage ability of the skin flap for each type of finger skin loss wound, the function of the finger after being covered and find out the advantages and disadvantages of the skin flap.

**Subjects and methods:** From January 2019 to January 2024, prospectively examined 55 fingers of 50 patients with finger skin loss wounds treated at the Department of Trauma and Orthopedics, Thong Nhat Hospital.

**Results:** The majority are male, aged 16 - 35, often due to work accidents. Patients with injuries commonly found in fingers I, II, III, combined with areas 2 and 3, mainly receive emergency surgery. The number of cases with a lesion area of less than 2 cm<sup>2</sup> accounts for a significant proportion. There were 8 cases of skin flaps with partial purple dermal layer. 100% survival results, no cases of infection.

**Conclusion:** The reverse skin flap with nerve vascular pedicle of the same digit has many advantages in covering skin loss in the bony finger bud area, the flying kite skin flap covers the skin loss area of the I finger, between the I and II fingers and the Moberg skin flap covers well for loss of horizontally beveled or dorsally beveled finger skin. Skin flaps have a high chance of success, good touch feeling, heal quickly and help patients return to life quickly.

**Keywords:** Pedicled skin flap, finger skin loss.

---

\*Corresponding author

Email address: ntduc@medvnu.edu.vn

Phone number: (+84) 363 431 693

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.983>

# KHẢO SÁT VẬT DA CÓ CUỐNG CÙNG NGÓN VÀ KHÁC NGÓN TRONG CHE PHỦ MẮT DA NGÓN TAY

Võ Thành Toàn<sup>1</sup>, Nguyễn Thiên Đức<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, Phường 7, Quận Tân Bình, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh - Phường Linh Trung, TP. Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16 tháng 01 năm 2024

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 01 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 29 tháng 02 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá khả năng che phủ của vật da đối với từng loại vết thương mắt da ngón tay, chức năng ngón tay sau khi được che phủ và tìm ra ưu điểm và khuyết điểm của vật da.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ 01/ 2019 đến 01/ 2024, tiến cứu 55 ngón tay của 50 bệnh nhân có vết thương mắt da ngón tay được điều trị tại khoa Ngoại Chấn thương – Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất.

**Kết quả:** Đa số là nam, tuổi từ 16 – 35 chiếm phần lớn, thường do tai nạn lao động. Bệnh nhân có tổn thương gặp nhiều ở ngón I, II, III, kết hợp cả 2 vùng 2, 3, chủ yếu được phẫu thuật cấp cứu, số ca có diện tích tổn thương dưới 2 cm<sup>2</sup> chiếm tỉ lệ đáng kể. Có 8 trường hợp vật da bị tím một phần lớp thương bì. Kết quả sống 100%, không có trường hợp bị nhiễm trùng.

**Kết luận:** Da có cuống mạch thần kinh cùng ngón có nhiều ưu điểm trong che phủ mắt da vùng búp ngón lộ xương, vật da điều bay che phủ vùng mắt da của ngón I, kẽ ngón I, II, vật da Moberg che phủ tốt cho mắt da búp ngón vát ngang hoặc vát mặt lưng. Các vật da có khả năng thành công cao, cảm giác tốt, thời gian lành nhanh và giúp bệnh nhân trở về cuộc sống nhanh.

**Từ khoá:** Vật da có cuống, mắt da ngón tay.

---

\*Tác giả liên hệ

Email: ntduc@medvnu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 363 431 693

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.983>



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay, đặc biệt là các ngón tay, là bộ phận tinh tế nhất của hệ vận động, tham gia vào hầu hết các hoạt động trong lao động và trong sinh hoạt hàng ngày, thực hiện chức năng vận động tinh vi và xúc giác tinh tế. Đây là bộ phận tiếp xúc trực tiếp với công cụ lao động nên các chấn thương, vết thương bàn ngón tay trong đó có vết thương mất da ngón tay là tổn thương thường gặp. Tại Việt Nam, chỉ tính riêng tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh năm 2009, trong tổng số 3139 bệnh nhân phải nhập viện vì vết thương bàn ngón tay có 1290 bệnh nhân có vết thương ở ngón tay, 759 bệnh nhân khuyết hồng phần mềm búp ngón tay [1].

Có nhiều phương pháp được sử dụng để tạo hình các vết thương mất da ngón tay, các phương pháp đều phải bảo đảm mục tiêu: bảo tồn tối đa chiều dài ngón, phục hồi chức năng vận động tinh vi và xúc giác tinh tế của ngón tay, ngăn ngừa cứng khớp, bảo tồn được lớp mô đệm dưới da tránh bị đau khi va chạm, giúp bệnh nhân sớm quay trở lại thực hiện các hoạt động trong lao động và sinh hoạt hàng ngày [2,3]. Vết thương mất da ngón tay thường lộ gân xương, vì thế nếu không dùng vạt da che phủ thì bệnh nhân phải cắt bỏ ngón tay hoặc một phần ngón tay (tháo khớp).

Đến nay đã có rất nhiều loại vạt được áp dụng, tại Việt Nam đã có các nghiên cứu về tạo hình vết thương mất da ngón tay. Tuy nhiên các nghiên cứu chỉ đánh giá kết quả của một loại vạt trong tạo hình vết thương mất da ngón tay, từ đó đánh giá ưu nhược điểm và đề xuất chỉ định của từng vạt. Trên thực tế lâm sàng, hình thái vết thương mất da ngón tay rất đa dạng: một loại vạt có thể được sử dụng để tạo hình nhiều hình thái vết thương mất da và ngược lại một vết thương mất da có thể được tạo hình bằng nhiều loại vạt khác nhau, nên sẽ gây khó khăn cho việc lựa chọn loại vạt phù hợp với đặc điểm tổn thương. Do đó cần có một cách phân loại vết thương mất da ngón tay đơn giản để từ đó có thể dễ dàng đề xuất sử dụng loại vạt phù hợp. Trong đề tài này, chúng tôi nghiên cứu vạt da có cuống mạch ở ngón tay để che phủ vùng mất da, chủ yếu là ở đầu ngón tay và mặt lòng ngón tay, từ đó làm cơ sở để đánh giá những ưu, khuyết điểm của vạt da, giúp các phẫu thuật viên có cái nhìn rõ hơn về vạt da này, với 2 mục tiêu:

- Đánh giá khả năng che phủ của vạt da đối với từng loại tổn thương mất da ngón tay, chức năng ngón tay sau khi được che phủ
- Tìm ra ưu điểm và khuyết điểm của vạt da

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Là các bệnh nhân có vết thương mất da đốt xa ngón tay lộ gân xương ở vùng 2 và 3 theo Rosenthal E.A và mất da lộ gân xương đốt gần ngón I được điều trị tại khoa Ngoại Chấn thương – Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất.

Từ tháng 01 năm 2019 đến 01 năm 2024, chúng tôi đã sử dụng vạt da có cuống cùng ngón tay (thuận dòng và ngược dòng) và khác ngón (vạt da điều bay, vạt da chéo ngón dưới da) để che phủ nơi mất da.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu 55 ngón tay của 50 bệnh nhân

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật
- Tổng trạng bệnh nhân
- Đánh giá tổn thương theo các tiêu chuẩn:
  - Vị trí mất da
  - Mặt cắt của vết thương
  - Kích thước
  - Tình trạng vết thương
  - Tổn thương kèm theo
- Chuẩn bị bệnh nhân
- Giải thích cho bệnh nhân:
  - Về cách phẫu thuật
  - Vật lý trị liệu sau phẫu thuật
  - Phương pháp phẫu thuật
- Vô cảm: tê đám rối thần kinh cánh tay
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa
- Ga rô: ga rô hơi ở cánh tay
- Kỹ thuật phẫu thuật:

#### 2.3.1. Giải phẫu học ngón tay

Sự cung cấp máu cho ngón tay dài chủ yếu là 2 động mạch (ĐM) mặt lòng của ngón tay, ĐM mặt lòng thì không ổn định và thông thường thì tận hết ở đốt 1 của ngón tay.

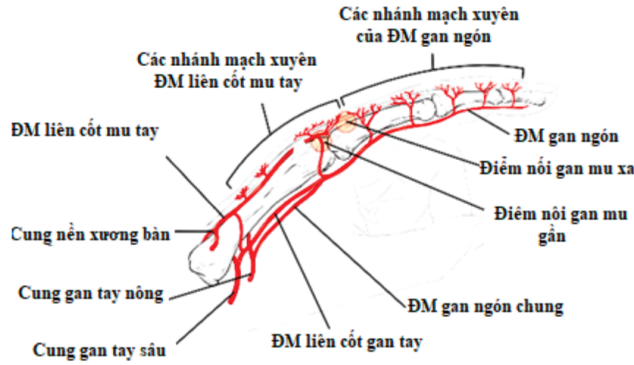
Hai ĐM mặt lòng đi dọc 2 bên ngón tay phía trước của dây chằng Cleland và có 2 dây thần kinh cảm giác ngón tay đi kèm.

Ở đốt 1 và đốt 2, ĐM thường nằm ở sau bên của thần kinh. Khi đến nền đốt 3, hai ĐM này thông nối với nhau

ở giữa đầu búp ngón và nếp gấp da đốt xa, gọi là cung xa, ngoài ra còn có thông nối ở đốt 1, đốt 2 gọi là cung gần và cung giữa.

Các nhánh này cho ra các nhánh ngắn và nhánh dài ở mặt lưng và mặt lòng giúp sự thông nối dồi dào của 2 ĐM.

Hình 2.1. Giải phẫu mạch máu cho ngón tay dài



Như vậy khi chúng ta hy sinh một ĐM thì sự tưới máu để nuôi ngón tay vẫn đủ và ngón tay vẫn hoạt động bình thường.

**2.3.2. Đảo da có cuống mạch thần kinh cùng ngón tay thuận dòng:**

Vạt da được phác họa ở mặt bên và nằm ở cạnh bên nơi mất da, đối với ngón cái thì lấy vạt da ở phía quay, đối với các ngón tay dài thì lấy vạt da ở phía trụ để tránh đau khi làm động tác đối ngón.

Rạch da theo đường Zigzag, đường đi của bó mạch thần

kinh ngón tay đến đốt gần ngón tay.

Bộc lộ bó mạch thần kinh ngón tay, có thể bóc tách bó mạch TK từ vùng lấy vạt da hoặc bộc lộ cuống mạch trước.

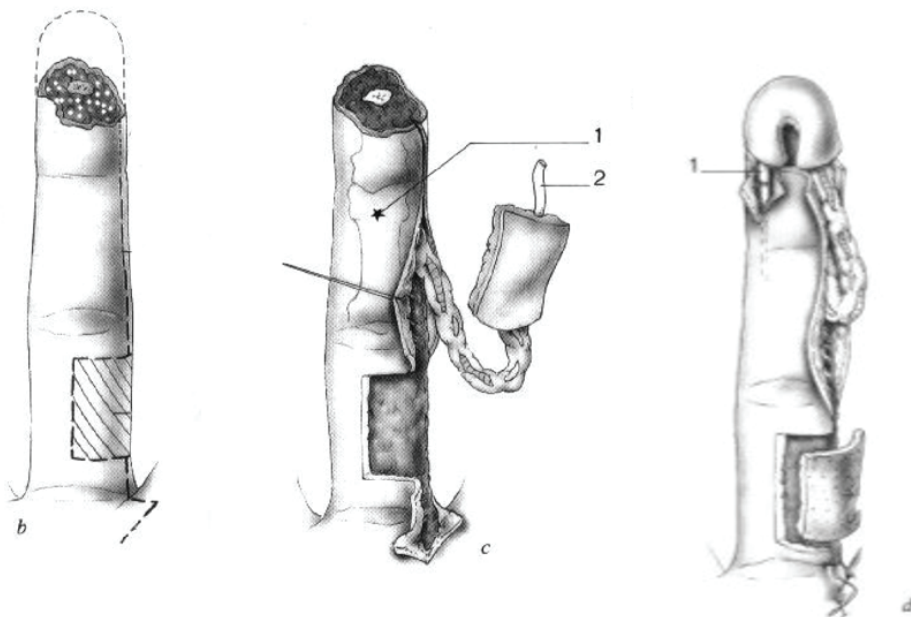
Trượt vạt da lên che phủ nơi mất da.

Ghép da dày.

**2.3.3. Đảo da có cuống mạch thần kinh cùng ngón tay ngược dòng:**

**Thiết kế vạt da:**

Hình 2.2. Thiết kế đảo da có cuống mạch thần kinh cùng ngón tay ngược dòng

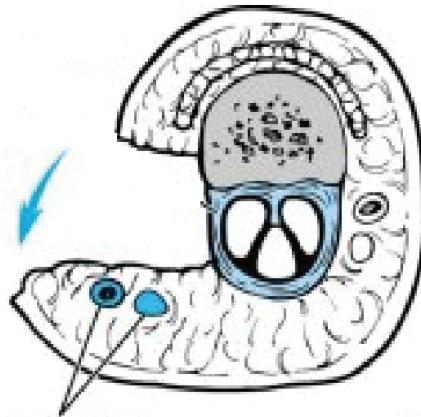


- Đào da được thiết kế ở cạnh bên đốt gần
- Bóc tách vạt da lấy luôn cuống mạch và thần kinh
- Vị trí số 1 là vị trí giới hạn không được vượt quá khi bóc tách vạt da
- Nếu chúng ta có ý định tái tạo thần kinh cho vạt da thì chúng ta phải bóc tách thần kinh một đoạn để khâu nối với đầu thần kinh bên kia
- Vạt da được xoay che phủ, khâu tái tạo thần kinh
- Vùng lấy vạt da được ghép da dày

Chú ý:

- Tránh gây tê gốc ngón
- Luôn bám sát bao gân gấp để tránh làm tổn thương mạch máu và thần kinh, rỗng rọc
- Bóc tách một ít mô mỡ xung quanh để bảo đảm sự hồi lưu tĩnh mạch
- Luôn ga rô
- Luôn luôn sử dụng kính lúp
- Test Allen trước khi lấy vạt da

Hình 2.3. Luôn bám sát bao gân gấp trong bóc tách vạt da



#### Ưu điểm:

- Đào da có cuống mạch cùng ngón tay là vạt da có cuống mạch máu, vì thế:
- Khả năng sống của vạt da là hằng định nếu kỹ thuật làm tốt
- Vạt da có cảm giác
- Phẫu thuật một thì
- Ít ảnh hưởng đến sinh hoạt
- Da vùng cho và vùng nhận gần tương đương nhau về màu sắc cũng như khả năng chịu lực
- Thẩm mỹ hơn so với các vạt da khác

#### Khuyết điểm:

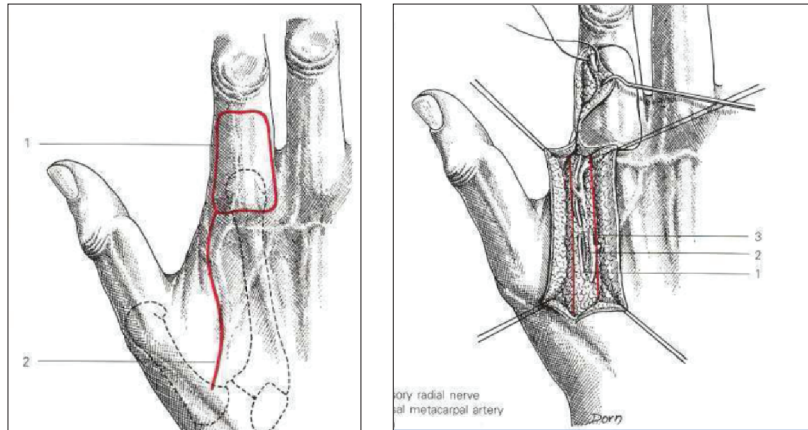
- Hy sinh một mạch máu chính
- Kỹ thuật cao, cần kính phóng đại

#### 2.3.4. Vạt da điều bay

- Giải phẫu học: ĐM quay khi tới vùng cổ tay chia 2 nhánh, một nhánh vào mặt lòng bàn tay để trở thành cung ĐM gan tay sâu, nhánh mặt lưng đi vào hõm lào cho ra cung mu tay, từ cung mu tay cho ra nhánh ĐM lưng đốt bàn 1, nhánh này đi theo kẽ ngón I, II cho nhánh cung cấp máu nuôi gân, xương và cho nhánh ra da tận hết ở đốt 1 ngón II.
- Vạt da điều bay là vạt da có cuống mạch, cuống vạt da là ĐM lưng đốt bàn I.

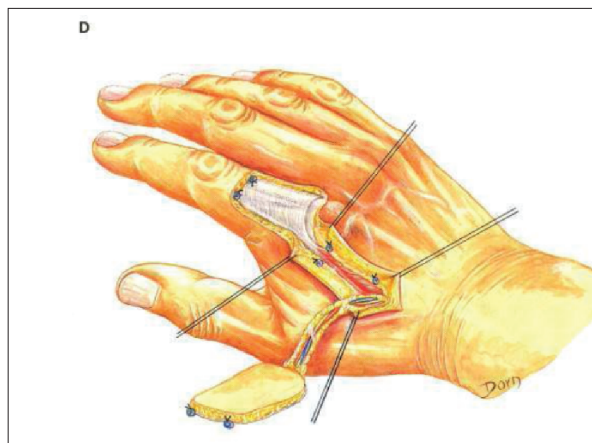
## Thiết kế vạt da:

**Hình 2.4. Cuống vạt da điều bay là ĐM lưng đốt bàn I**



- Vạt da điều bay thường để che phủ những vùng mất da của đốt 1 ngón I, kẽ ngón I, II
- Vạt da được thiết kế theo đường đi của ĐM lưng đốt bàn I
- Rạch da theo hình chữ S
- Bộc lộ cuống mạch, sau đó lấy vạt da từ mặt lưng đốt 1 ngón II, vạt được lấy đến màng gân duỗi ngón II
- Điểm xoay của vạt da là hõm lào
- Nơi lấy vạt da được ghép da dày

**Hình 2.5. Điểm xoay của vạt da điều bay là hõm lào**



### Ưu điểm:

- Phẫu thuật một thì
- Là vạt da có cuống mạch nên khả năng sống cao
- Vạt da có cảm giác

### Khuyết điểm:

- Gần như vạt da này không có khuyết điểm

### 2.3.5. Vạt chéo ngón dưới da

- Là vạt da cân mỡ
- Vừa là vạt da có cuống mạch, vừa là vạt da bất kỳ
- Để che phủ mất da lộ gân xương mặt lưng ngón tay

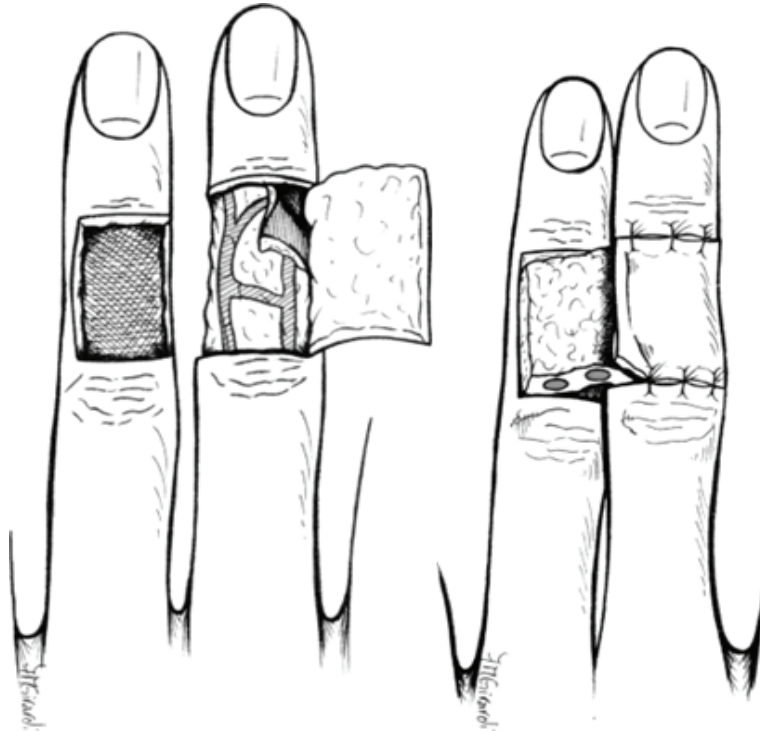
### Kỹ thuật:

- Thiết kế vạt da trên mặt lưng đốt ngón tay



- Lật lớp da ra cho đến lớp gân bì
- Lấy lớp mỡ theo hướng ngược lại
- Dùng lớp mỡ này che phủ nơi mất da lộ gân xương
- Ghép da dày lên lớp mỡ này
- Khâu cố định 2 ngón tay

Hình 2.6. Thiết kế vạt da chéo ngón trên mặt lưng đốt ngón tay



**Ưu điểm:**

- Vạt da mỏng, phù hợp với mặt lưng ngón tay
- Kỹ thuật cũng tương đối dễ thực hiện

**Khuyết điểm:**

- Phẫu thuật hai lần
- Vạt da không có cảm giác
- Ảnh hưởng sinh hoạt nhiều
- Thời gian trả bệnh nhân lại cuộc sống khoảng 1 tháng

**2.3.6. Vạt da Moberg**

- Được tác giả Moberg mô tả lần đầu tiên vào năm 1964.
- Là vạt da trượt mặt lòng có cuống mạch máu thần kinh
- Chỉ sử dụng cho ngón cái

**Thiết kế vạt da:**

- Vạt da được xẻ dọc 2 đường song song trục ngón tay ở mặt bên đến đốt gần
- Tách vạt da ra khỏi bao gân gập, lấy luôn bó mạch

thần kinh

- Gập khớp liên đốt và khâu vạt da

**Khuyết điểm:** Ngón cái bị gập, có thể gây co rút ngón tay ở tư thế gập

Tác giả OBRIEN đã cải tiến kỹ thuật bằng cách rạch da đường ngang ở nền ngón tay tạo thành một đảo da có cuống mạch thần kinh, sau đó ghép da dày để tránh co rút ngón tay.

**3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

Qua nghiên cứu 55 ngón tay cần phải xoay vạt da, chúng tôi thấy rằng:

**3.1. Đặc điểm chung**

3.1.1. Tuổi: từ 16 đến 67 tuổi

- Từ 16 đến 25 tuổi: 19 ca (38%)
- Từ 26 đến 35 tuổi: 16 ca (32%)
- Từ 36 đến 45 tuổi: 8 ca (16%)

- Từ 46 đến 55 tuổi: 4 ca (8%)
- Từ 56 đến 67 tuổi: 3 ca (6%)

Bệnh nhân trẻ lứa tuổi từ 16 đến 25 chiếm nhiều nhất (38,0%), trong đó từ 16 – 35 tuổi chiếm tỉ lệ 70,0% là lứa tuổi lao động. Đây là nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất trong dân cư đồng thời là nhóm tuổi đóng vai trò là lực lượng chính trong cơ cấu lao động. Do đó các tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón tay được điều trị kịp thời sẽ tránh nguy cơ tàn phế, giúp bệnh nhân sớm quay lại với lao động sinh hoạt hàng ngày và làm giảm thiểu thiệt hại về kinh tế xã hội do vết thương bàn tay gây nên.

3.1.2. Giới tính:

- Nam: 35
- Nữ: 15

Trong nghiên cứu này, nam nhiều gấp 2,3 lần nữ. Nam nhiều hơn phụ nữ, điều này luôn được ghi trong y văn vì đàn ông làm việc trong các công xưởng, làm việc nặng cũng như trong điều kiện khắc nghiệt hơn phụ nữ, vì thế đàn ông dễ bị tai nạn hơn.

3.1.3. Nguyên nhân:

- Tai nạn lao động: 32
- Buôn bán: 8
- Nội trợ: 5
- Sinh hoạt: 5

Tai nạn xảy ra chủ yếu ở người công nhân 32/50 chiếm 64,0%, thường là do những công nhân chưa có tay nghề, làm việc tăng ca, hoặc không tập trung khi làm việc. Vì nguyên nhân chủ yếu là tai nạn lao động, tai nạn trong sinh hoạt, vì vậy cần phải giáo dục người lao động ý thức về an toàn lao động và những an toàn trong sinh hoạt để phòng tránh những rủi ro.

3.1.4. Vị trí tổn thương:

- Bên phải: 29
- Bên trái: 21

Nhận xét: tỉ lệ tay phải nhiều hơn tay trái.

3.1.5. Ngón tay bị tổn thương:

- Ngón I: 18

- Ngón II: 14
- Ngón III: 13
- Ngón IV: 8
- Ngón V: 2

Ngón bị nhiều nhất là ngón I, II, III, kết quả này tương đương với Aboulwafa Ahmed và Emara Sherif (2013). Kết quả các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ tổn thương ngón I, II, III là cao nhất và thấp nhất là ngón V. Điều này theo chúng tôi có lẽ do 3 ngón tay này thường xuyên cầm nắm và tiếp xúc với máy móc nên dễ bị tổn thương. Hơn nữa, các ngón I, II, III là ngón dài nhất, to nhất của bàn tay, thường sẽ thoát khỏi máy móc, công cụ lao động sau cùng nên dễ bị tai nạn nhất. Ngón V vừa nhỏ vừa ngắn vừa ít chức năng nên ít nguy cơ bị tai nạn nhất.

3.1.6. Vùng bị tổn thương:

- Vùng 2: 9
- Vùng 3: 8
- Vùng 2, 3: 38

Về phân loại tổn thương đầu ngón, tổn thương phức hợp vùng 2, 3 theo phân loại Rosenthal EA là nhiều nhất và phân loại theo Rosenthal là phân loại phù hợp trên lâm sàng vì đây là phân loại theo vùng và theo mặt cắt tổn thương.

3.1.7. Mặt cắt tổn thương:

- Vát mặt lòng: 23
- Vát ngang: 19
- Vát mặt lưng: 8
- Vát mặt bên: 5

3.1.8. Thời điểm điều trị:

- Cấp cứu: 39
- Chương trình: 11

Đa số đều được phẫu thuật cấp cứu, phù hợp với các nghiên cứu trước đó, đây là phẫu thuật cần điều trị sớm, vì vậy nếu chúng ta càng phẫu thuật sớm cho bệnh nhân thì càng giúp bệnh nhân nhanh chóng trở về cuộc sống sinh hoạt cũng như công việc của họ.

3.1.9. Kích thước tổn thương mất da

**Bảng 3.1. Kích thước tổn thương mất da (n = 55)**

Diện tích (cm <sup>2</sup> )	1	1,5	2	2.5
Số ca	30	15	8	2



Nhận xét: số ca < 2 cm<sup>2</sup> chiếm tỉ lệ đáng kể.

### 3.2. Điều trị

#### 3.2.1. Các vật da sử dụng

**Bảng 3.2. Các vật da sử dụng**

Vật da	Số bệnh nhân (n = 50)	Ngón tay (n = 55)
Vật da có cuống cùng ngón thuận dòng	20	24
Vật da có cuống cùng ngón ngược dòng	8	9
Vật da điều bay	13	13
Vật da Moberg	3	3
Vật chéo ngón dưới da	6	6

Trong nghiên cứu này:

- Vật da có cuống cùng ngón thuận dòng che búp ngón thì diện tích trung bình là 1<sup>cm</sup> x 1,2<sup>cm</sup> = 1,2cm<sup>2</sup>

- Vật da có cuống thuận dòng che mặt lưng ngón tay diện tích trung bình là 1,2cm x 2 cm = 2,4cm<sup>2</sup>

- Vật da có cuống ngược dòng che diện tích trung bình là 1,4cm x 1,6cm = 2,24 cm<sup>2</sup>

- Vật da điều bay diện tích trung bình là 1,2cm x 2,3cm = 2,76cm<sup>2</sup>

- Vật da chéo ngón dưới da diện tích trung bình 1,3 cm x 2,1 cm = 2,73cm<sup>2</sup>

#### 3.2.2. Về chỉ định lựa chọn vật da:

Phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: vị trí, mặt cắt của tổn thương, kích thước, tình trạng vết thương, tổn thương đi kèm, sự chọn lựa của bệnh nhân.

3.2.2.1. Đối với vật da có cuống cùng ngón tay: Chúng ta có thể xoay vật da này nếu mặt bên của đốt xa ngón tay còn nguyên vẹn, nếu để che phủ vùng búp ngón thì diện tích che phủ < 2 cm<sup>2</sup> là tốt nhất, nếu chúng ta che phủ vùng mặt lưng ngón tay thì diện tích che phủ có thể lớn hơn.

Theo đề tài của BSCKII. Trần Nguyễn Trinh Hạnh thì vật da này nên che phủ đối với các vết thương có chiều dài < 2 cm. Cook F.W đã sử dụng đảo da này để che

phủ 19 vết thương vát mặt lòng đốt xa ngón tay > 1cm<sup>2</sup> lộ xương. Vankataswami – Subramanian cũng đã dùng vật này che phủ 46 vết thương đầu ngón tay dài với các vết thương vùng 2,3 và mặt cắt vết thương ngang đầu ngón hoặc vát mặt lòng hoặc cắt mặt bên ngón tay.

Theo chúng tôi thì nên sử dụng vật da này để che búp ngón vùng 2, 3 diện tích khoảng 1,5cm<sup>2</sup> vết thương vát mặt lưng hoặc vát ngang là tốt nhất, vát mặt bên thì không nên sử dụng.

Phía bên lấy vật da nên là phía bên trụ đối với ngón tay dài, và phía bên quay đối với ngón cái, điều này giúp bệnh nhân không bị ảnh hưởng khi làm động tác đối ngón.

#### 3.2.2.2. Vật da điều bay:

Hữu hiệu để che phủ vùng mất da của đốt gần ngón I, kẽ ngón I, có thể che phủ tới đốt xa ngón I.

Vật da này có nhiều ưu điểm trong che phủ khuyết hồng vùng này nhưng chủ yếu là để che ngón cái, diện tích che phủ cũng khá lớn có thể khoảng 2 cm<sup>2</sup>.

#### 3.2.2.3. Vật da chéo ngón dưới da.

Là chọn lựa cho mất da lộ gân xương mặt lưng ngón tay.

Chúng ta có thể lấy tới 2 đơn vị da ngón tay.

#### 3.2.3. Hậu phẫu

**Bảng 3.3. Diễn tiến tím một phần hậu phẫu**

Vạt da	Tím một phần
Vạt da điều bay	5 (tím một phần lớp thượng bì, sau đó lớp này bong tróc và vạt da hồng)
Vạt da có cuống ngược dòng	1 (tím một phần đầu xa)
Vạt da chéo ngón dưới da	2 (ứ máu gây tím một phần lớp thượng bì)

Có 5 trường hợp vạt da điều bay bị tím một phần lớp thượng bì là do kỹ thuật bóc tách và do luồn vạt da dưới da (đường hầm) mà không xẻ da, để hạn chế điều này chúng ta nên bóc tách vạt da dưới kính phóng đại (kính lúp).

1 trường hợp tím đầu xa vạt da có cuống ngược dòng là do hồi lưu tĩnh mạch bị cản trở, trường hợp này sau khi cắt lọc phần hoại tử thì khâu lại vết thương mà không cần ghép da, để tránh tình trạng này chúng ta có thể để hở vạt da hoặc khi bóc tách chúng ta nên lấy thêm ít mỡ xung quanh bó mạch để đảm bảo hồi lưu tĩnh mạch tốt.

2 trường hợp của vạt da chéo ngón dưới da khi chúng ta đã lấy lớp mỡ dưới da, sau đó chúng ta khâu lại thì chúng ta nên cầm máu triệt để, và khi khâu lại chúng ta nên băng ép (như một trường hợp ghép da dây) sẽ tránh được tình trạng ứ máu dưới da.

Kết quả sống: 100% vạt da sống tốt.

Không có trường hợp nhiễm trùng.

#### 4. KẾT LUẬN

Đào da có cuống mạch thần kinh cùng ngón là vạt da có nhiều ưu điểm trong che phủ mất da vùng búp ngón lộ xương, khả năng thành công cao, vạt da có cảm giác tốt, thời gian lành nhanh và giúp bệnh nhân trở về cuộc sống nhanh, che phủ tốt vùng mất da vát ngang hoặc vát mặt lưng, mặt lòng. Vạt da điều bay là vạt da rất tốt trong che phủ vùng mất da của ngón I, kẽ ngón I, II, khả năng sống cao, vạt da có cảm giác, thời gian hồi phục nhanh, diện tích che phủ lớn. Vạt da Moberg che phủ tốt cho mất da búp ngón vát ngang hoặc vát mặt lưng, vạt da có cảm giác.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bùi Văn Đức, Chấn thương bàn tay ngón tay. Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay sơ

cứu trong an toàn giao thông, Nhà xuất bản giao thông vận tải, 72-158, 2016.

[2] P.Loréa N, Chahidi S, Marchesi R et al., Reconstruction of Fingertip Defects with the Neurovascular Tranquilli- Leali Flap. Journal of Hand Surgery (British and European Volume, 2006), 31B, 3, 280-284

[3] Lee N-H, Pae W-S, Roh S-G et al., Innervated Cross-Finger Pulp Flap for Reconstruction of the Fingertip. 2012 The Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, Arch Plast Surg 2012, 39, 637-642

[4] Võ Văn Châu, “Mất da ngón tay”, Kỹ thuật vi phẫu trong phẫu thuật bàn tay, trang 136 – 166, 2004.

[5] Mai Trọng Tường, Sử dụng vạt da chéo ngón 1-2 điều trị mất da mặt lòng ngón tay thứ 2, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học TTCTCH, trang 15-19, 1997.

[6] Trần Nguyễn Trinh Hạnh, Che phủ mất da đốt xa ngón tay bằng vạt da vùng và tại chỗ, Luận án chuyên khoa II, 2006.

[7] F W Cook, E Jakab, M A Pollock, Local neurovascular island flap, J Hand Surg [AM], 1990 Sep;15(5):798-802.

[8] 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.

[9] Moberg E, Aspects of sensation in reconstructive surgery of the upper extremity, J Bone Joint Surg Am, 46A, pp. 817 – 25, 1964

[10] Rosenthal EA, Treatment of fingertip and nail bed injuries, Orthop Clin North Am, 14, pp. 675 – 97, 1983

