

DOI: <https://doi.org/10.59294/HIUIJS20250148>

KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT DA BỤNG TRONG CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG MÔ MỀM VÙNG CẰNG BÀN TAY

Nguyễn Tá Úy*, Đinh Tiên Vương

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị khuyết hồng da và mô mềm vùng cẳng bàn tay vẫn còn là thách thức đối với các chuyên ngành chấn thương chỉnh hình. Các khuyết hồng dễ làm lộ gân, xương, khớp... cần vật da có mạch máu che phủ. Vật tự do là một lựa chọn tối ưu. Sử dụng các vật nhánh xuyên giúp phẫu thuật viên thuận lợi khi chuyển vật vi phẫu, trong đó có vật da bụng. Chúng tôi muốn chia sẻ những kinh nghiệm trong việc sử dụng vật da bụng che phủ các khuyết hồng vùng cẳng bàn tay. *Mục tiêu nghiên cứu:* Kết quả sử dụng vật da bụng che phủ khuyết hồng mô mềm vùng cẳng bàn tay. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:* Bệnh nhân có khuyết hồng mô mềm vùng cẳng bàn tay, mô tả hàng loạt ca. *Kết quả:* 24/26 trường hợp có khuyết hồng mô mềm vùng cẳng bàn tay được che phủ hoàn toàn và phục hồi chức năng tốt. *Kết luận:* Vật da bụng là chất liệu tạo hình hiệu quả và phù hợp với che phủ khuyết hồng vùng cẳng bàn tay.

Từ khóa: vật da bụng, vật nhánh xuyên, vật da nhánh xuyên mũ chậu nông

THE RESULTS OF USING GROIN FLAP TO COVER SOFT TISSUE DEFECT IN THE FOREARM AREA

Nguyen Ta Uy, Dinh Tien Vuong

ABSTRACT

Background: Treatment of skin and soft tissue defects in the forearm area remains a challenge for orthopedic traumatology. Defects that easily expose tendons, bones, joints, etc. require vascularized skin flaps to cover them. Free flaps are an optimal choice. The use of perforator flaps helps surgeons avoid the disadvantages associated with microsurgical flap transfers. The inguinal flap is one of those options. The purpose of this report is to share experiences in using inguinal flaps to cover defects in the forearm area. *Objectives:* The results of using Groin flap to cover soft tissue defect in the forearm. *Materials and methods:* Patients with soft tissue defect in the forearm area, described in a case series. *Results:* 24/26 cases with soft tissue defects in the forearm area were completely covered and showed good functional recovery. *Conclusion:* The inguinal flap is a useful and suitable reconstructive material for covering defects in the forearm area.

Keywords: groin flap, perforator flap, superficial circumflex iliac perforator flap

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương phần mềm vùng cẳng bàn tay rất thường gặp trong cấp cứu. Thương tổn này rất đa dạng và phong phú chiếm từ 40 - 50% tổng số tai nạn lao động. Mất da mô mềm bàn tay thường chiếm tỉ lệ cao trong các chấn thương bàn tay. Do đặc điểm giải phẫu và chức năng, các mất da và mô mềm ở bàn tay dễ làm lộ gân, xương khớp... nguy cơ nhiễm trùng, hoại tử các gân cơ, xương khớp và làm giảm chức năng bàn tay. Vậy nên, mất da bàn tay cần phải 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 các động tác cũng như cả về thẩm mỹ tốt nhất [1].

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Tá Úy, Email: drnguyentaui@gmail.com

(Ngày nhận bài: 13/11/2025; Ngày nhận bản sửa: 28/11/2025; Ngày duyệt đăng: 01/12/2025)

Vùng bẹn là nơi cung vạt da có nhiều ưu điểm do nguồn da dồi dào và phù hợp với nhiều nơi nhận trên cơ thể, lại gây tổn thương rất ít tại nơi lấy vạt. Vạt có ưu điểm về lượng vạt da phong phú, nơi cho vạt được là vùng kín, vùng lấy vạt được khâu da trực tiếp, kỹ thuật đơn giản và đặc biệt là ưu thế của nó về tính thẩm mỹ tại cả nơi nhận vạt và nơi cho vạt với tổn thương nơi lấy vạt ở mức thấp nhất [1]. Vạt bẹn nằm ở vùng bẹn. Vạt có nguồn cấp máu từ động mạch mũ chậu nông và động mạch thượng vị nông là hai mạch máu cung cấp máu chính cho vùng này.

Tại Việt Nam, có rất nhiều nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu vạt vùng bẹn: Nguyễn Huy Phan nghiên cứu vạt da bẹn năm 1979[1], và gần đây nhất là nghiên cứu của Nguyễn Tấn Bảo Ân 2024, Trần Văn Dương [2, 5] về ứng dụng vạt bẹn tự do trong điều trị khuyết hồng mô mềm. Năm 1972, McGregor và Jackson và cộng sự, năm 2010 Sinna R và cộng sự [7, 9] cùng nghiên cứu giải phẫu báo cáo kết quả sử dụng vạt da bẹn dạng cuống mạch liền để che phủ khuyết hồng mô mềm bàn tay và ngón tay. Những kết quả nghiên cứu trên đã làm rõ về giải phẫu và ứng dụng vạt bẹn trong phẫu thuật tạo hình. Vậy hiệu quả sử dụng vạt da bẹn như thế nào? Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả sử dụng vạt da bẹn che phủ khuyết hồng mô mềm vùng cẳng bàn tay”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân có khuyết hồng mô mềm vùng cẳng bàn tay được phẫu thuật che phủ bằng vạt da bẹn tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai từ năm 2020 đến 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi.
- Bệnh nhân bị khuyết hồng phần mềm: cẳng tay, cổ tay, bàn tay được phẫu thuật che phủ bằng vạt da bẹn tại bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai từ năm 2020 đến 2025.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh lý nội khoa nặng như suy kiệt, suy tim...
- Có tổn thương vùng định lấy vạt hoặc tổn thương trên đường đi của động mạch cung cấp máu cho vạt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Nội dung nghiên cứu:** Sử dụng phiếu thu thập các đặc điểm của bệnh nhân sau quá trình phẫu thuật, trước và sau 3 tháng.

* Đánh giá kết quả gần theo tiêu chuẩn:

- Thời gian trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật,
- Trong thời này cần theo dõi các biến chứng như chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng.
- Quan sát hàng ngày tình trạng tại vạt sau phẫu thuật qua màu sắc của vạt, tình trạng ứ máu tĩnh mạch, vạt sống hoàn toàn, vạt hoại tử một phần hay hoại hoàn toàn.
- Tình trạng vùng khuyết hồng, tại nơi cho vạt: mảnh da ghép có sống không, có viêm loét không.
- Đánh giá mức độ hạn chế vận động của khớp cổ tay, khớp bàn ngón tay.
- Đánh giá kết quả thẩm mỹ của vùng cho vạt và vùng nhận vạt: Tình trạng vạt, màu sắc vạt.
- Đánh giá cảm giác vạt: đánh giá cảm giác đau của nơi cho và nơi nhận vạt.

Kết quả được đánh giá theo tiêu chuẩn Orberlin C:

- + Tốt: Vạt sống hoàn toàn, ổn định nhanh chóng tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ, liền sẹo thời kỳ đầu đáp ứng được yêu cầu che phủ của tổn thương.
- + Trung bình: Vạt sống sau khi chuyển nhưng có biểu hiện thiếu dưỡng, sưng nề kéo dài, viêm loét hoại tử một phần mép vạt tự liền sẹo chậm nhưng không cần xử trí gì thêm.
- + Xấu: Có tình trạng sưng nề kéo dài, sau chuyển thành hoại tử $> 30\%$ diện tích cần che phủ, cần phẫu thuật bổ sung.

+ Thất bại: Vạt hoại tử hoàn toàn phải cắt bỏ và thay thế bằng phương pháp điều trị khác.

*** Đánh giá kết quả xa theo tiêu chuẩn:**

- Tính thời gian sau 3 tháng từ ngày phẫu thuật.

- Đánh giá theo tiêu chuẩn thẩm mỹ của vùng cho vạt và vùng nhận vạt: Tình trạng vạt, màu sắc vạt, cảm giác của vạt.

- Chức năng vận động cổ bàn tay (khớp cổ tay, khớp bàn ngón tay).

- Phân loại kết quả:

+ Vạt sống hoàn toàn, không quá dày, sẹo liền đẹp, liền da thời kỳ đầu chỗ lấy vạt, chức năng vận động cổ bàn tay bình thường.

+ Trung bình: Vạt hoại tử một phần nhưng sau đó có cải thiện dần so với lúc đầu, sẹo liền mềm mại, không dò rỉ, tình trạng nơi cho vạt lành tốt, mềm mại.

+ Xấu: Vạt chết phải can thiệp phẫu thuật lại bằng phương pháp khác.

Các biến số trong nghiên cứu:

Bảng 1. Các biến số trong nghiên cứu

Tên biến	Loại biến	Giá trị	Định nghĩa
Tuổi	Định lượng	Năm	Tuổi bệnh nhân
Giới	Nhị giá	Nam/nữ	Giới tính bệnh nhân
Yếu tố nguy cơ	Định danh	Đái tháo đường/ tăng huyết áp	Những yếu tố ảnh hưởng tới vạt
Nguyên nhân	Định danh	Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, nhiễm trùng	Nguyên nhân gây khuyết hồng phần mềm
Vị trí	Định danh	Cẳng tay, bàn tay, cổ tay, ngón tay	Vị trí bị khuyết hồng phần mềm
Diện tích vạt da	Định lượng	cm ²	Diện tích của vạt
Thời gian phẫu thuật	Định lượng	Phút	Thời gian bắt đầu đến lúc kết thúc phẫu thuật
Thời gian theo dõi	Định lượng	Tháng	Từ lúc bệnh nhân xuất viện đến lần tái khám cuối cùng
Tình trạng nơi nhận vạt	Định tính	Liền thì đầu, tiết dịch vết thương, hoại tử lớn hơn hoặc nhỏ hơn 50%	Tình trạng vết thương nơi nhận vạt
Biến chứng	Định tính	Nhiễm trùng, tụ máu, hoại tử < 50%, hoại tử toàn bộ	Biến chứng nơi nhận vạt
Kết quả phẫu thuật	Định tính	Tốt, vừa, kém	Kết quả theo tiêu chuẩn của Orbelin C.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu trên 26 bệnh nhân có khuyết hồng mô mềm vùng cẳng bàn tay được phẫu thuật chuyển vạt da bẹn như sau.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các thông số	Kết quả
Giới (Nam/Nữ)	18/08
Tuổi	41.2 ± 12.2
Nguyên nhân	61.5% (TNLD)
Thời gian phẫu thuật	75 ± 15 phút
Có yếu tố nguy cơ (THA, ĐTĐ)	27.0%

Nhận xét: Nam giới chiếm 69% và đang trong độ tuổi lao động 41.2 ± 12.2, nguyên nhân chủ yếu TNLD 61.5%, thời gian phẫu thuật 75 ± 15 phút, có yếu tố nguy cơ 27.0%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Kết quả
Kích thước vết da		$101 \pm 15 \text{ cm}^2$
Vị trí tổn thương	Ngón tay	07 (27.0%)
	Bàn tay	16 (62.5%)
	Cổ tay	03 (11.5%)
Tình trạng nơi nhận vết	Liên thì đầu	23 (88.5%)
	Nhiễm trùng	02 (7.7%)
	Hoại tử $\leq 30\%$ diện tích	01 (3.8%)
Tình trạng nơi cho vết	Liên thì đầu	26 (100%)
	Bung mép + hoại tử	00 (0.0%)
Thời gian tách cuống vết da	21 ngày	24 (92.3%)
	≥ 21 ngày	02 (7.7%)
Các biến chứng sau 3 tháng	Sống hoàn toàn	24 (100%)
	Rò dịch từ vết	00 (0.0%)

Nhận xét: Kích thước vết da trung bình $101 \pm 15 \text{ cm}^2$, vị trí tổn thương chủ yếu bàn tay 62.5%, tình trạng nơi nhận vết liên thì đầu đến 88.5%, tình trạng nơi cho vết liên thì đầu 100%, thời gian tách cuống vết da đúng 21 ngày 92.3%, các biến chứng sau 3 tháng thấy vết sống hoàn toàn 100% và không có hiện tượng rò dịch từ vết.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Kết quả gần				Kết quả xa		
	Tốt	Trung bình	Xấu	Thất bại	Tốt	Trung bình	Xấu
Số lượng	23	01	00	02	24	00	00
Tỷ lệ %	88.5%	3.8%	0.0%	7.7%	100%	0.0%	0.0%

Nhận xét:

+ Kết quả gần: 24/26 (92.3%) vết da sống cho đến khi tách vết, 02 trường hợp (7.7%) thất bại vết da không kết nối với phần khuyết hồng. Vết da có màu sắc, độ mềm đều tương đồng với mô xung quanh. Vết da hầu hết đều có cảm giác bình thường. Tất cả các vết da đều hòa hợp với mô xung quanh và không có tình trạng rò dịch hay bung mép vết thương của vết da.

+ Kết quả xa: 24/24 (100%) ca sau tách vết da đều sống hoàn toàn, không có tình trạng rò dịch hay hoại tử vết và chỗ cho vết. Màu sắc và độ đàn hồi tương đồng với mô mềm xung quanh.

4. BÀN LUẬN

Về giới tính, nam giới chiếm 18/26 trường hợp (69%), tỉ lệ nam gấp 2 lần tỉ lệ nữ (31%). Theo nghiên cứu của Huỳnh Quang Huy, Võ Ngọc Minh Việt [4 - 6] thì tỉ lệ nam/nữ là 2.5 và 4. Như vậy, do đặc tính nam giới có sức khỏe hơn nữ giới và đặc biệt trong độ tuổi lao động nên thường làm việc nhiều trên máy móc nên có nhiều rủi ro xảy ra tai nạn cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi thường gặp từ 30 đến 60 tuổi chiếm 14/26 trường hợp (53.8%). Trong đó, lứa tuổi từ 18 đến 30 chiếm 06/26 trường hợp (23.1%), nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 86 tuổi, độ tuổi trung bình là 41.2 tuổi. Theo Võ Ngọc Minh Việt [6], lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 26 - 35 tuổi với 17/38 trường hợp (44.7%), đặc biệt là lứa tuổi từ 16 - 25 tuổi với 15/38 trường hợp (39.5%). Qua nghiên cứu ta thấy, độ tuổi chủ yếu là độ tuổi lao động, thường là nam giới làm việc với máy móc công nghiệp, còn lại trường hợp có độ tuổi cao chủ yếu đến từ vết thương hở da sau điều trị vết thương phần mềm. Tổn thương khuyết hồng vùng cổ bàn tay có nguyên nhân nhiều nhất là tai nạn lao động chiếm 61.55% các trường hợp.

Trong nghiên cứu và Huỳnh Quang Huy[4] là 97.0%. Nghiên cứu gần nhất của Nguyễn Tấn Bảo Ân [2] là 87.5% lần. Các kết quả trên khá tương đồng vì đây là nhóm lứa tuổi lao động và làm công nhân đảm nhận những công việc nặng nhọc có độ rủi ro cao, ngoài ra do tuổi còn trẻ nên kinh nghiệm và kỹ năng chưa cao, thiếu sự cẩn thận, không tuân thủ chặt chẽ quy trình làm việc và bảo hộ lao động. Điều đó gây ra nhiều tai nạn đáng tiếc như vậy.

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp có yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, trong đó bệnh đái tháo đường chiếm 2 trường hợp. Phân tích thống kê cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng nơi nhận vật sau 21 ngày. Mặc dù các yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng đến khả năng sống và sự liền đầu vật da, thì kết quả cho thấy vật da ben vẫn là một lựa chọn phù hợp ngay cả trên những bệnh nhân có bệnh nền như đái tháo đường hay tăng huyết áp. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế, cần có thêm những nghiên cứu chuyên sâu hơn để đánh giá độc lập tác động của các yếu tố nguy cơ này đối với kết quả chuyển vật. Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 60 phút, dài nhất 110 phút. Thời gian trên bao gồm cả quá trình cắt lọc, lấy vật da và chuyển ghép. Theo Võ Ngọc Minh Việt [6], thời gian phẫu thuật từ 50 đến 90 phút. Theo Huỳnh Quang Huy [4], thời gian phẫu thuật từ 55 đến 95 phút. Các số liệu hầu như tương đồng với nhau. Qua đó, cho thấy phẫu thuật vật da cuống ben tương đối đơn giản và dễ thực hiện so với các phẫu thuật tạo hình khác.

Kích thước vật da bóc tách lấy được có diện tích trung bình của mẫu là $101 \pm 15 \text{ cm}^2$. Theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Huy [4] và cộng sự vật da ben che phủ khuyết hồng bàn tay trong 35 trường hợp thì diện tích da nhỏ nhất 66 cm^2 , lớn nhất là 312 cm^2 . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần như tương đồng với các tác giả khác khi diện tích của vật da của chúng tôi ghi nhận được không khác nhiều với các tác giả khác. Đa số các trường hợp nghiên cứu có tổn thương khuyết hồng tại bàn tay 16/26 trường hợp (62.5%), ngón tay 7/26 trường hợp (27%), tổn thương phần cổ tay 3/27 trường hợp (11.5%), chưa ghi nhận trường hợp khuyết hồng ở cẳng tay.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tai nạn lao động thường gặp nhất do máy móc gây ra như máy đập, cắt, cuốn ... tác động lên các sản phẩm như gỗ, sắt, tôn, nhựa ... nên gây ra nhiều tổn thương nặng nề và đa dạng. Các loại tổn thương thường gặp dập nát, đứt lìa. Ngoài ra, tổn thương thường gặp khác như mất da hoặc lột găng cũng chiếm tỉ lệ cao. Theo tác giả Molski [8], nguyên nhân tổn thương bao gồm: 26 trường hợp dập nát (26.8%), 23 trường hợp mất da kiểu lột găng (23.7%), 18 trường hợp vết thương mài mòn (18.5%), 15 trường hợp vết thương lóc da (15.4%), 8 trường hợp vết thương mất da (8.2%), 7 trường hợp bị bỏng điện (7.4%). Các kết quả tương đối tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Theo nghiên cứu của chúng tôi đã được trình bày kết quả thì đa số các vật da chúng tôi tái tạo có sự liền da thì đầu. Chỉ số ít không liền da thì đầu chiếm tỉ lệ 13%. Trong số 1/26 ca có dấu hiệu hoại tử một phần của vật da sau khi tách (Hình 1), 2/26 vật da sau 21 ngày không liền dẫn đến thất bại.



Hình 1. Hoại tử 1 phần vật da

Các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thế Hoàng, Molski M. và cộng sự [3, 8], đều cho kết quả tốt nơi nhận vạt. Điều này cho thấy việc chuẩn bị nơi nhận vạt và cố định vạt da sau phẫu thuật trong nghiên cứu còn chưa được chuẩn bị tốt, cần được khắc phục thêm. Trong nghiên cứu có 24/26 trường hợp vào viện thất cuống và tách vạt da sau 03 tuần (92.3%), 02 trường hợp tách vạt da muộn hơn dự kiến, do có kèm vạt da khác, 02 trường hợp thất bại đã được cắt vạt và chuyển phương pháp điều trị khác. Theo tác giả Molski M. và cộng sự [8], cắt cuống sau 21 - 30 ngày (trung bình 23 ngày). Tỷ lệ thành công là 99% (96/97 bệnh nhân). Có 44 trường hợp tiếp tục được tạo hình vạt da, cắt lọc mỡ. Theo dõi thêm vài tuần tiếp theo, không ghi nhận biến chứng đáng kể nào ở vùng cho da. Theo nghiên cứu của chúng tôi đã được trình bày kết quả thì đa số các vạt da chúng tôi tái tạo, nơi lấy vạt liền da thời kỳ đầu. Chưa ghi nhận trường hợp không liền da tại nơi lấy vạt trong nghiên cứu. Trong số 2/26 vạt không liền với nơi nhận vạt, thì tình trạng vết thương nơi cho vạt liền tốt. Tương đồng với nghiên cứu với tác giả Nguyễn Thế Hoàng [3].

Sau thời gian tách vạt từ ngày 21 - 03 tháng, chúng tôi ghi nhận kết quả che phủ của vạt cho thấy 24/26 (92.3%) vạt da đều che phủ hoàn toàn tổn thương, 02 trường hợp vạt da ben không liền vào vị trí nhận, đã được xử trí cắt lọc và da dày thay thế. Nguyên nhân thất bại có 1 trường hợp cố định vạt vào thành bụng chưa ổn định, 1 trường hợp do nền vết thương nơi nhận còn tình trạng nhiễm trùng. Các tác giả khác có thời gian theo dõi đều lớn hơn 3 tháng và chưa ghi nhận các trường hợp hư hại của vạt hay vạt không che phủ hoàn toàn tổn thương và có khuyết hồng thứ phát. Các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thế Hoàng, Huỳnh Quang Huy [3, 4], đều cho kết quả tốt nơi nhận vạt, che phủ hoàn toàn khuyết hồng, chưa ghi nhận hoại tử vạt da sau khi tách vạt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ được 24/26 trường hợp, cũng gần như tương đồng với các tác giả khác khi các thông tin đều đưa ra việc vạt che phủ toàn bộ khuyết hồng trước đó và không tạo ra khuyết hồng thứ phát.

Kết quả nhận được cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi thì độ dày và độ mềm mại của vạt gần như đồng nhất với các mô xung quanh. Kết quả của chúng tôi và tác giả Võ Ngọc Minh Việt [6] có sự tương đồng về độ mềm mại và độ dày của vạt da gần như là bình thường với các mô xung quanh tạo nên sự thoải mái trong sinh hoạt. Tuy nhiên, về tính thẩm mỹ, các bệnh nhân tương đối hài lòng vì ưu điểm của vạt da cuống ben nơi cho da ở vùng kín người khác không thấy được và vạt da cuống ben có mô đệm dày, sau che phủ vạt thường nhô cao hoặc lớn hơn mô xung quanh. Bệnh nhân cần mổ lọc mỡ để giảm độ dày của vạt làm tăng tính thẩm mỹ hơn. Trong mẫu nghiên cứu, có 2 trường hợp 1 tổn thương cổ tay, 1 tổn thương ở mô cái ngón 1, sau khi lọc mỡ 1 lần, kết quả độ nhô cao của vạt gần như bằng mô xung quanh, bệnh nhân hoàn toàn hài lòng.

Đánh giá lâm sàng về vạt da, có 24/26 trường hợp màu vạt sậm hơn xung quanh, 2/26 vạt da không liền thời kỳ đầu nên không đánh giá được. Theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Quang Huy [4], theo dõi sau 2 tháng có 18/35 trường hợp màu vạt sậm hơn, 10/35 trường hợp hồng như da xung quanh. Như vậy, theo thời gian, màu vạt da có xu hướng sậm màu từ từ so với màu da xung quanh, mặc dù vạt da cuống ben lấy từ vùng kín thường có màu nhạt hơn. Khi bóc tách vạt da đã gián tiếp gây vi thiếu máu trên vạt da, từ đó có thể gây ra rối loạn dinh dưỡng, theo thời gian gây ra hiện tượng sạm do sau rối loạn dinh dưỡng, tạo ra sự sừng hóa da ghép. Chúng tôi nhận thấy tình trạng nơi cho vạt sau 3 tháng thì 24/24 ca có các thuộc tính nơi cho vạt đều rất tốt, tầm vận động cổ tay bệnh nhân chấp nhận được. Màu sắc da ghép là một vấn đề có thể lưu ý khi tỉ lệ sẫm màu hoặc đồng màu với mô xung quanh gần như là bằng nhau.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 26 người bệnh có khuyết hồng mô mềm vùng cẳng bàn tay cho thấy vạt da ben là lựa chọn che phủ an toàn và hiệu quả. Đa số bệnh nhân là nam, tuổi lao động (tuổi trung bình 41.2 ± 12.2), nguyên nhân chủ yếu do tai nạn lao động (61.5%), kích thước vạt trung bình $101 \pm 15 \text{ cm}^2$. Tại nơi nhận vạt, 88,5% vết thương liền thì đầu, tỷ lệ nhiễm trùng thấp (7.7%), chỉ 1 trường hợp hoại tử $\leq 30\%$ diện tích. Tại nơi cho vạt, 100% liền sẹo thì đầu, không ghi nhận bụng mép hay hoại tử. Sau tách cuống, 24/24 vạt theo dõi xa sống hoàn toàn, màu sắc và độ mềm

mại tương đồng mô xung quanh, chức năng vận động cổ - bàn tay được bảo tồn tốt. Kết quả gần và xa đều đạt tỷ lệ tốt rất cao (88.5% và 100%), khẳng định vật da bẹn phù hợp trong tái tạo mô mềm vùng cẳng bàn tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] N. H. Phan, “Vật da bẹn - Chất liệu ghép tự do với kỹ thuật vi phẫu nối mạch nuôi dưỡng,” *Nội san Y học Quân sự*, no. 25, pp. 35-39, 1979.
- [2] N. T. B. Ân, “Nghiên cứu sử dụng vật da nhánh xuyên mũ chậu nông tự do che phủ khuyết hồng mô mềm chi trên,” *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 537, trang 208-211, 2024.
- [3] N. T. Hoàng, “Tạo hình khuyết hồng phần mềm vùng bàn tay bằng vật bẹn cuống mạch liên,” *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, số 34, trang 77-82, 2009.
- [4] H. Q. Huy, “Sử dụng vật da cuống bẹn che phủ mất da vùng cẳng tay và bàn tay,” Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Dược TpHCM, 2012.
- [5] T. V. Dương, “Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng vật bẹn dạng tự do trong điều trị khuyết hồng mô mềm ở chi trên,” Luận án tiến sĩ, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108, 2016.
- [6] V. N. M. Việt, “Đánh giá kết quả xa sau điều trị mất da vùng cẳng và bàn tay bằng vật da cuống bẹn,” Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Dược TpHCM, 2016.
- [7] I. A. McGregor and I. T. Jackson, “The groin flap,” *British Journal of Plastic Surgery*, vol. 25, pp. 3-16, 1972.
- [8] M. Molski, K. Potocki, J. Stańczyk, A. Komorowska, and M. Murawski, “Use of pedicled cutaneous groin flaps in distal reconstruction of the upper extremity,” *Chirurgia Narzadow Ruchu i Ortopedia Polska*, vol. 65, no. 6, pp. 611-617, 2000.
- [9] R. Sinna, H. Hajji, and Q. Qassemyar, “Anatomical background of the perforator flap based on the deep branch of the superficial circumflex iliac artery (SCIP flap): a cadaveric study,” *Eplasty*, vol. 10, e11, 2010.