

Kết quả phẫu thuật chuyển ngón chân phục hồi ngón tay cái

Lê Văn Đoàn, Ngô Thái Hưng, Nguyễn Việt Tân*, Nguyễn Việt Nam, Chế Đình Nghĩa, Nguyễn Văn Phú

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Ngày nhận bài 3/7/2019; ngày chuyển phản biện 8/7/2019; ngày nhận phản biện 26/8/2019; ngày chấp nhận đăng 3/9/2019

Tóm tắt:

Ngón tay cái chiếm 50% chức năng của bàn tay. Hiện nay trên thế giới, phẫu thuật chuyển ngón chân phục hồi ngón tay cái bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp được lựa chọn hàng đầu cho tổn thương này. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật này trên người ở Việt Nam. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2015 đến 3/2018 theo phương pháp tiến cứu trên 30 bệnh nhân (BN) có tuổi trung bình là 28,6 (7-55 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 25/5. Có 6 mỗm cụt ngón cái kèm theo mất toàn bộ cơ ô mô cái được tạo hình bằng vật ngón chân cái thu nhỏ lấy trên khớp bàn ngón chân; 24 mỗm cụt ngón cái còn ô mô cái được tạo hình bằng 6 vật ngón chân cái thu nhỏ và 18 vật ngón chân thứ 2. Kết quả cho thấy, sau mổ trung bình 19 tháng (12-33 tháng), 100% ngón chuyển sống hoàn toàn. Với kết quả xa, điểm phân biệt cảm giác 2 điểm tĩnh trung bình là 13,4 mm, 5/30 trường hợp (16,7%) bị lệch trục ngón chuyển, 13/30 trường hợp (43,3%) bị biến chứng dính gân. Tất cả các BN đều có thể sử dụng chủ động ngón chuyển trong sinh hoạt và lao động hàng ngày. Với 6 mỗm cụt ngón cái không còn ô mô cái: 4/6 trường hợp phục hồi được động tác đối chiếu cơ bản của ngón cái. Với 24 mỗm cụt ngón cái còn ô mô cái: điểm đối chiếu Kapandji trung bình là 8,2; lực nắm và lực nhón trung bình lần lượt là 80,7 và 51,7% so với bên lành. Như vậy, phẫu thuật chuyển ngón chân phục hồi ngón tay cái là an toàn, với tỷ lệ thành công cao (100%), cho kết quả phục hồi chức năng tốt về vận động và cảm giác.

Từ khóa: mỗm cụt ngón cái, phẫu thuật chuyển ngón chân, tạo hình ngón cái.

Chỉ số phân loại: 3.2

Đặt vấn đề

Ngón tay cái chiếm đến 50% chức năng của bàn tay. Do đó, những tổn thương gây cụt, mất ngón tay cái đều ảnh hưởng lớn đến chức năng, thẩm mỹ và tâm lý cho người bệnh. Trong các phẫu thuật phục hồi mỗm cụt ngón tay cái, phẫu thuật chuyển ngón chân bằng kỹ thuật vi phẫu có nhiều ưu điểm, cho kết quả tốt cả chức năng và thẩm mỹ, và ngày nay được coi là sự lựa chọn hàng đầu tại các nước phát triển.

Tại Việt Nam, với xu hướng gia tăng của các vụ tai nạn lao động và giao thông thì tổn thương cụt, mất ngón tay cái không phải là hiếm gặp. Phẫu thuật chuyển ngón chân phục hồi ngón tay cái đã được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 1988. Gần đây, cũng có một số trung tâm chấn thương chỉnh hình trong nước bước đầu thực hiện phẫu thuật này. Tuy nhiên, số lượng các báo cáo, nghiên cứu về phẫu thuật trên còn hạn chế, mới chỉ dừng lại là những thông báo về kết quả bước đầu với số lượng BN khiêm tốn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “đánh giá kết quả phục hồi chức năng bàn tay sau phẫu thuật chuyển ngón chân phục hồi ngón tay cái”.

*Tác giả liên hệ: Email: Dr.nguyenviettan@gmail.com

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2015 đến 3/2018 trên 30 BN được phẫu thuật chuyển ngón chân phục hồi ngón tay cái.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN bị cụt ngón cái đơn thuần; bàn tay còn ít nhất một ngón dài không bị cụt hoặc tổn thương; BN đồng ý tham gia nghiên cứu; đầy đủ hồ sơ tư liệu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đủ điều kiện phẫu thuật, gây mê hồi sức; cụt cả 5 ngón tay; thời gian theo dõi dưới 12 tháng, thiếu hồ sơ, tư liệu.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc, không nhóm chứng.

Đánh giá kết quả gần: tỷ lệ ngón sống, tắc mạch, chảy máu, nhiễm trùng.

Đánh giá kết quả xa đạt được tại bàn tay

- Đánh giá chức năng vận động:

+ Với dụng cụ khám bàn tay của hãng Jamar: đo tổng biên độ vận động khớp bàn ngón, khớp liên đốt (TAM). Đo

The results of toe-to-thumb transfer surgery

Van Doan Le, Thai Hung Ngo, Viet Tan Nguyen*,
Viet Nam Nguyen, Dinh Nghia Che, Van Phu Nguyen
108 Military Central Hospital

Received 3 July 2019; accepted 3 September 2019

Abstract:

Thumb makes up 50% of hand function. In the world, toe-to-thumb transfer surgery using microsurgery technique is the standard treatment for thumb reconstruction. A cohort study was performed in 30 patients from September, 2015 to March, 2018 with the age average of 28.6 (range: 7-55), and male/female rate of 25/5. Six thumb stumps without thenar muscles were reconstructed by trans-metatarsal trimmed great toe flap; 24 thumb stumps with thenar muscles were reconstructed by six trimmed great toe flaps and 18 second toe flaps. Average follow-up time was 19 months (range: 12-33 months). Primary result exhibited 100% transferred toes survived completely. Secondary results: the average of static 2-point discrimination was 13.4 mm; 5/30 (16.7%) had mal-rotation of transferred toes; 13/30 (43.3%) had tendon adhesion complication. All patients actively used the reconstructed thumbs for living and laboy activities. Four out of six thumb stump patients without thenar muscles achieved basic thumb opposition. In 24 thumb stumps with thenar muscles, the average of Kapandji thumb opposition score was 8.2; the average of grip strength and key pinch strength was 80.7 and 51.7% of the uninjured side, respectively. In conclusion, toe-to-thumb transfer surgery was safe and effective with high successful rate (100%), and exhibited good outcomes in movement and sensory restoration.

Keywords: thumb reconstruction, thumb stump, toe transfer.

Classification number: 3.2

và so sánh lực nắm, lực nhón tại bàn tay được phẫu thuật và so sánh với bên lành.

+ Tính điểm đối chiếu ngón cái theo thang điểm Kapandji [1].

- Đánh giá phục hồi cảm giác bằng test phân biệt 2 điểm tĩnh và động, từ đó phân độ phục hồi cảm giác theo Hội đồng y học Anh [2].

- Tìm các nhược điểm về thẩm mỹ và chức năng, các biến chứng dính gân, cứng khớp, các biến chứng khác.

- Kiểm tra xương qua phim X-quang: trục xương, sự liền xương.

- Đánh giá dựa trên chủ quan của BN qua bộ câu hỏi: đánh giá chức năng bàn tay theo Michigan (Michigan hand outcomes questionnaire) trên 6 tiêu chí: chức năng chung, khả năng sinh hoạt, khả năng lao động, mức độ đau, điểm thẩm mỹ, độ hài lòng [3].

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học với phần mềm SPSS 21.0.

Kết quả

Đặc điểm đối tượng

Tuổi trung bình của BN là 28,6 (7-55 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 25/5.

Nguyên nhân gây cắt, mất ngón tay cái: 66,7% do tai nạn lao động, 26,7% do tai nạn sinh hoạt, 3,3% do tai nạn giao thông và 3,3% do hội chứng vòng thắt bẩm sinh.

Tay phải/trái là 19/11. Tay thuận/tay không thuận là 15/15.

Trong đó, có 24 mỏm cụt ngón cái đơn thuần (vẫn còn ô mô cái) được tạo hình bằng 6 vạt ngón chân cái thu nhỏ và 18 vạt ngón chân thứ 2; 6 mỏm cụt cả ô mô cái được tạo hình bằng vạt ngón chân cái thu nhỏ lấy trên khớp bàn ngón.

Thời gian theo dõi trung bình là 19 tháng (12-33 tháng).

Kết quả gần

Tỷ lệ thành công là 30/30 ngón sống hoàn toàn (100%). Tuy nhiên, có 2 trường hợp bị chèn ép tĩnh mạch (TM) sau mổ. Ở 2 trường hợp này, trong phẫu thuật lần đầu, chúng tôi chỉ thực hiện một miệng nối TM. Qua kiểm tra, chúng tôi phát hiện một trường hợp miệng nối TM còn tốt; trường hợp còn lại, miệng nối TM đã bị tắc. Xử trí: một trường hợp phải nối lại TM và 1 trường hợp chỉ cần lấy máu tụ và cầm máu vết mổ.

Một trường hợp bị biến chứng nhiễm trùng mô nối gân gấp.

Kết quả xa

Kết quả phục hồi vận động: kết quả phục hồi vận động của nhóm không còn cơ ô mô cái: tất cả 6 BN ở nhóm này đều có thể sử dụng chủ động ngón chuyển trong sinh hoạt và lao động hàng ngày. Trong đó, 4/6 BN phục hồi được động tác đối chiếu của ngón cái, từ đó có thể cầm nắm và nhón nhặt. 2/6 BN chưa phục hồi được động tác đối chiếu của ngón cái và chỉ có thể cầm, nắm được các đồ vật to (ca, cốc) nhưng không nhón nhặt được các đồ vật nhỏ. Ở 2 trường hợp này, tổn thương trước mổ là nặng nề, vị trí mỏm cụt ở trên khớp thang bàn, các xương tụ cốt ở bờ quay bị mất. Đặc điểm, vị trí mỏm cụt và kết quả ở 6 BN này được mô tả chi tiết trong bảng 1.

Bảng 1. Kết quả phục hồi vận động và cảm giác của nhóm không còn cơ ô mô cái (n=6).

BN	Tay	Vị trí mỏm cụt ngón cái	Điểm đối chiếu	Lực nhón (% bên lành)	Lực nắm (% bên lành)	TAM
1	Trái	Khối tụ cốt	0	0	25	30
2	Trái	Nền xương bàn I	8	44	100	30
3	Trái	Nền xương bàn I	7	19	50	0
4	Trái	Khối tụ cốt	0	0	23	40
5	Phải	Nền xương bàn I	4	23	67	85
6	Phải	Khối tụ cốt	7	38	19	90

Kết quả phục hồi vận động của nhóm còn ô mô cái: có 24 mỏm cụt ngón cái còn cơ ô mô cái. Kết quả phục hồi vận động của hai nhóm được tạo hình bằng ngón chân cái thu nhỏ và ngón 2 được thể hiện trong bảng 2.

Bảng 2. So sánh phục hồi vận động tại nhóm được tạo hình bằng ngón cái thu nhỏ và ngón chân thứ 2 (n=24).

Điểm	Ngón chuyển	Vật ngón chân cái thu nhỏ (n=6)	Vật ngón chân thứ 2 (n=18)	p
Điểm đối chiếu		8,3±1,9	8,2±1,3	0,134
Lực nhón (% với bên lành)		64,4±22,9	47,4±20,6	0,768
Lực nắm (% với bên lành)		73,2±30,5	83,2±32,9	0,675
TAM		42,5±29,8	38,3±23,6	0,364
Điểm chức năng bàn tay		89,5±8,2	84,7±12,7	0,548

Kết quả bảng 2 cho thấy, không có sự khác biệt về phục hồi chức năng của nhóm được tạo hình bằng ngón chân cái thu nhỏ và với ngón chân thứ 2 với $p>0,05$.

So sánh sự phục hồi vận động giữa hai nhóm mất và còn ô mô cái: kết quả bảng 3 cho thấy, có sự khác biệt trong kết quả phục hồi vận động của nhóm còn cơ ô mô cái và không còn cơ ô mô cái với $p<0,05$.

Bảng 3. So sánh điểm kết quả vận động đạt được giữa nhóm cụt ngón cái không còn cơ ô mô cái và nhóm cụt ngón cái còn cơ ô mô cái.

Điểm	Mức độ cụt	Cụt ngón cái không còn cơ ô mô cái (n=6)	Cụt ngón cái còn cơ ô mô cái (n=24)	p
Điểm đối chiếu		4,3±3,6	8,2±1,4	0,000
Sức nắm (% bên lành)		47,2±31,8	80,7±32,0	0,03
Điểm chức năng bàn tay		68,3±19,7	85,9±11,4	0,021

Phục hồi cảm giác: điểm phân biệt cảm giác 2 điểm tĩnh trung bình là 13,4±3,8 mm. Điểm phân biệt cảm giác 2 điểm động trung bình là 6,5±2,0 mm. Theo phân độ cảm giác của Hội đồng y học Anh, 24 ngón phục hồi cảm giác đạt mức S3(+) và 6 ngón phục hồi cảm giác đạt S3.

Biến chứng lệch trục, dính gân: 5 ngón tay có biến dạng lệch trục ngón tay. Tỷ lệ dính gân sau phẫu thuật là 13/30 (43,3%), trong đó có 7/13 BN đã được phẫu thuật gỡ dính gân, 6 BN không có nguyện vọng gỡ dính gân.

Kết quả thẩm mỹ: điểm thẩm mỹ trung bình là 79,7±17,0. Trong 12 mỏm cụt ngón cái được tạo hình bằng vật ngón chân cái thu nhỏ, ngón vẫn to và thô hơn ngón thường, đầu ngón to và búp ngón dày. Có 5/12 BN đã thực hiện phẫu thuật thu nhỏ ngón chuyển thì 2. 18 mỏm cụt được chuyển ngón chân thứ 2 thì ngón chuyển nhỏ, gầy, có ba đốt, đầu ngón hình bẻ và móng bé, ngắn. Có 3/18 BN đã thực hiện phẫu thuật đóng cứng khớp liên đốt xa sau chuyển ngón thì 2. Điểm thẩm mỹ của hai nhóm được thể hiện trong bảng 4.

Bảng 4. Điểm thẩm mỹ đạt được.

Vật ngón chân	Điểm thẩm mỹ	p
Vật ngón cái thu nhỏ (n=12)	75,8±16,6	0,164
Vật ngón thứ 2 (n=18)	82,3±17,2	

Nhận xét: với đánh giá chủ quan của người bệnh thì không có sự khác biệt trong kết quả thẩm mỹ khi tạo hình bằng vật ngón chân cái thu nhỏ hay ngón chân thứ 2.

Độ hài lòng: độ hài lòng trung bình là 78,0±18,7. Kết quả so sánh độ hài lòng của BN giữa hai nhóm được chuyển vật ngón chân cái thu nhỏ và vật ngón chân thứ 2 được thể hiện trong bảng 5.

Bảng 5. Độ hài lòng đạt được.

Vật ngón chân	Độ hài lòng	p
Vật ngón cái thu nhỏ (n=12)	73,7±17,5	0,24
Vật ngón thứ 2 (n=18)	80,1±19,4	

Nhận xét: không có sự khác biệt về độ hài lòng của người bệnh khi tạo hình bằng vật ngón chân cái thu nhỏ hay ngón chân thứ 2.

Bàn luận

Kết quả gần

Trong nghiên cứu của Gu và cs (1989) trên 226 ca chuyển ngón chân lên ngón tay, tỷ lệ thành công là 94,7% (214/226) và 12 ca thất bại [4]. Trong đó, có 77 trường hợp (34,1%) có những biến chứng tắc mạch trong và sau mổ. Theo nghiên cứu của Jain và cs (2009) trên 103 BN, tỷ lệ thành công là 98% nhưng cũng có tới 13 ca (12,6%) bị biến chứng tắc mạch [5].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công là 100%. Tuy nhiên có 2 trường hợp bị tắc nghẽn TM và cần phẫu thuật kiểm tra lại mối nối. Qua hồi cứu cho thấy đây là 2 trong 7 trường hợp mà chúng tôi chỉ thực hiện 1 miệng nối TM trong thì mổ. Như vậy, việc nối từ hai TM trở lên có tác dụng tăng tuần hoàn cho ngón chuyển và hạn chế những biến chứng tắc, nghẽn TM sau mổ.

Kết quả xa

Kết quả vận động: kết quả ở nhóm mỏm cụt không còn ô mô cái: tổn thương gây cụt ngón cái tại cổ tay (cụt ngón cái và mất toàn bộ ô mô cái) là một tổn thương nặng nề, do đó kết quả tạo hình đạt được cũng sẽ là rất hạn chế. 6 mỏm cụt ngón tay cái không còn cơ ô mô cái được tạo hình với vạt ngón chân cái thu nhỏ được lấy trên khớp bàn ngón. So sánh kết quả về vận động và chức năng bàn tay đạt được của nhóm này với nhóm còn ô mô cái cho sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Với tổn thương này, ngón cái được tạo hình có vai trò chỉ như một “gọng kìm”. Do vậy, để đạt được chức năng bàn tay thì điều quan trọng nhất và quyết định thành công của phẫu thuật là vị trí ngón cái được cố định. Ngón cái cần phải được cố định ở tư thế giang, đối chiều và sắp sao cho kẽ ngón tay đủ rộng để có thể cầm được các đồ vật to, đồng thời sao cho các ngón dài cũng có thể chạm vào đầu mút ngón cái để tham gia động tác nhón, nhặt [6, 7].

Có 4/6 BN đạt được chức năng đối chiều cơ bản. Kết quả đạt được cũng rất khả quan, lực nắm đạt được 19-100%, lực nhóm đạt được 19-44% so với bên lành.

Có 2/6 BN không đạt được chức năng đối chiều cơ bản, chỉ có thể cầm, nắm được các đồ vật to (như ca, cốc) nhưng không thể nhón nhặt do sai lệch vị trí của ngón chuyển. Một lý do khách quan cho kết quả ở 2 BN này là tổn thương trước mổ nặng nề, nửa bờ quay của khối xương tụ cốt bị mất. Do đó, việc cố định vững chắc ngón chuyển vào phần còn lại của khối xương tụ cốt ở vị trí đối chiều trong 1 thì mổ thực sự là một thách thức. Tuy nhiên, bàn tay được tạo hình ở 2 BN này là tay trái, tay không thuận nên BN cũng không có nguyện vọng phẫu thuật chỉnh sửa trục xương thì 2.

Chúng tôi có tham khảo nhiều báo cáo về chuyển ngón

chân phục hồi ngón tay, nhưng số lượng về chuyển ngón chân phục hồi riêng cho nhóm mỏm cụt không còn ô mô cái là hạn chế. Các báo cáo cũng mới chỉ là thông báo về một số kỹ thuật và số lượng BN còn thấp. Năm 2013, Sabapathy và cs báo cáo kết quả chuyển ngón chân thứ 2 để tạo hình phục hồi ngón cái cho 8 trường hợp mỏm cụt ngón cái tại khớp thang bàn, 6/8 trường hợp đạt được chức năng cơ bản của bàn tay [6]. Tuy nhiên, lực nhón nhặt trong kết quả của Sabapathy và cs là yếu và không đủ để đo được trên lực kế. Như vậy, lực nhón của ngón tay cái mới trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn trong nghiên cứu của Sapabathy và cs.

Kết quả ở nhóm mỏm cụt còn ô mô cái: so sánh kết quả thu được giữa chuyển vạt ngón chân cái hoặc vạt ngón chân thứ hai cho đến nay vẫn là một vấn đề tranh cãi. Đa số các tài liệu trong y văn đều cho rằng, kết quả chức năng và thẩm mỹ đạt được ở bàn tay khi tạo hình ngón tay cái bằng ngón chân cái sẽ cao hơn là ngón chân thứ 2 [8, 9]. Điều này cũng dễ hiểu bởi xét về giải phẫu thì ngón chân cái giống với ngón tay cái hơn là ngón chân thứ 2. Hơn nữa, các phẫu thuật thu nhỏ vạt ngón chân cái sau chuyển để nâng cao thẩm mỹ cũng là đơn giản. Tuy nhiên, những nhận xét của các tác giả công bố mới chỉ là những ý kiến mang tính chủ quan cá nhân mà chưa thể hiện bằng một nghiên cứu cụ thể. Năm 2011, Lin và cs nghiên cứu và so sánh giữa các dạng ngón chuyển dựa trên y học bằng chứng với 450 vạt ngón chân cho kết quả không có sự khác biệt về kết quả đạt được giữa 4 dạng ngón chuyển là: vạt ngón chân cái, vạt ngón chân cái thu nhỏ, vạt bọc ngón chân cái, vạt ngón chân thứ 2 [10]. Ngay sau đó, Waljee và cs (2013) cho rằng, nhận xét của Lin và cs (2011) chưa thuyết phục vì cách tiếp cận trong nghiên cứu này là tập hợp các nghiên cứu đơn lẻ về loạt ca bệnh [11]. Trong báo cáo của mình, tác giả thấy có sự khác biệt về kết quả giữa các dạng vạt ngón chân và cho rằng cần có một nghiên cứu hệ thống hơn với sự đồng nhất về số liệu kết quả để có nhận xét xác đáng về kết quả phục hồi giữa các dạng vạt ngón chân.

Trong nghiên cứu này, 24 mỏm cụt ngón cái còn ô mô cái đã được tạo hình bằng 6 vạt ngón chân cái thu nhỏ và 18 vạt ngón chân thứ 2. So sánh kết quả đạt được ở bàn tay giữa hai dạng vạt này qua bảng 2 đều không cho thấy sự khác biệt với $p > 0,05$. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, số lượng BN còn thấp nên vẫn cần có các nghiên cứu tiếp theo với số lượng BN lớn hơn, đồng nhất hơn để trả lời cho vấn đề đặt ra.

Kết quả phục hồi cảm giác: 24 BN phục hồi cảm giác đạt mức S3+ và 6 BN chỉ đạt mức S3. Trong nghiên cứu của Wei và cs (2000), tác giả cho thấy điểm phân biệt cảm giác 2 điểm động có tương quan với số các tiểu thể Meissner tại búp ngón [12]. Số lượng tiểu thể Meissner tại da mặt gan

ngón chân trước chuyển trung bình là 0,94 đã giảm xuống chỉ còn trung bình là 0,37 sau phẫu thuật chuyển ngón vì thoái hóa khi mà các xung động điện kích thích từ axon thần kinh chưa thể truyền tới nó trong thời kỳ tái tạo thần kinh (ước tính 1 mm/ngày). Do đó, dù có thể nào thì cảm giác của ngón chuyển cũng không thể đạt được như là ngón tay bình thường. Kết quả phục hồi cảm giác của chúng tôi cũng tương tự như của các tác giả.

Các hạn chế: mặc dù đã được tư vấn hướng dẫn và khám lại định kỳ sau ra viện nhưng tỷ lệ dính gân sau phẫu thuật chuyển ngón trong nghiên cứu này là khá cao: 13/30 BN (43,3%) và có chỉ định phải thực hiện phẫu thuật gỡ dính gân thì 2. So với ngón tay, biên độ vận động các khớp của ngón chân cũng không thể linh hoạt và bình thường các ngón chân cũng thường được giữ tại vị trí bất động. Do đó, thật là khó khăn để yêu cầu ngón chuyển có thể phục hồi các biên độ vận động hết như ngón tay bình thường. Theo kinh nghiệm của Henry và cs (2010), phẫu thuật bổ sung thì 2 cũng thường xuyên được thực hiện sau phẫu thuật chuyển ngón và chủ yếu là gỡ dính gân và các phẫu thuật nhằm cải thiện thẩm mỹ sau chuyển ngón [13]. Kết quả nghiên cứu của Buncke và cs cũng cho thấy, phẫu thuật thì 2 là cần thiết và chủ yếu là các phẫu thuật gỡ dính và thu nhỏ ngón [14]. Trong nghiên cứu này, có 7/13 BN bị dính gân đã thực hiện phẫu thuật gỡ dính và 8 trường hợp thực hiện phẫu thuật nhằm cải thiện thẩm mỹ của ngón chuyển thì 2.

Kết quả thẩm mỹ và độ hài lòng của BN: về phương diện thẩm mỹ, việc sử dụng ngón chân cái sẽ cho thẩm mỹ tốt hơn ngón chân thứ 2 [8, 9, 13]. Nguyên nhân chính xuất phát từ đặc điểm giải phẫu. So với ngón tay cái, ngón chân cái to hơn, đường kính ngang và trước sau lớn hơn. Móng của ngón chân cái cũng rộng hơn ngón tay 3-4 mm. Ngón chân thứ 2 nhỏ, đầu ngón bè hình củ hành hoặc hình dùi trống, móng vuông, hẹp và ngắn trong khi móng của ngón tay cái có hình tròn.

Trong nghiên cứu này, so sánh kết quả thẩm mỹ và độ hài lòng đạt được giữa hai nhóm chuyển ngón chân cái thu nhỏ và ngón thứ 2 không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Tuy nhiên, cách tính điểm thẩm mỹ và độ hài lòng này là chỉ dựa hoàn toàn vào đánh giá chủ quan của người bệnh. Kết quả này một lần nữa khẳng định vai trò của công tác tư vấn trước mổ. Có lẽ, việc sử dụng các hình mẫu bằng đất sét hay in 3D sẽ giúp BN hình dung tốt hơn về kết quả thẩm mỹ đạt được trong tương lai và làm tăng sự hài lòng của BN sau phẫu thuật [15].

Kết luận

Phẫu thuật chuyển ngón chân phục hồi ngón tay cái là phẫu thuật an toàn, hiệu quả với tỷ lệ thành công cao (100%); kết quả phục hồi vận động đạt cao, 100% đạt cảm

giác từ S3 trở lên; điểm thẩm mỹ và độ hài lòng trung bình lần lượt là 79,7/100 và 78,0/100. Với kết quả này, người bệnh có thể nhanh chóng trở lại sinh hoạt, lao động và tái hòa nhập cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] A. Kapandji (1986), "Clinical test of apposition and counter-apposition of the thumb", *Ann. Chir. Main*, **5(1)**, pp.67-73.
- [2] B. Rosen, G. Lundborg (2000), "A model instrument for the documentation of outcome after nerve repair", *J. Hand Surg. Am.*, **25**, pp.535-543.
- [3] K.C. Chung, et al. (1998), "Reliability and validity testing of the michigan hand outcomes questionnaire", *J. Hand Surgery*, **23A**, pp.575-587.
- [4] Y.D. Gu, M.M. Wu, H.R. Li (1989), "Circulatory crisis in free toe-to-hand transfer and its management: Clinical experience", *J. Reconstr. Microsurg.*, **5(2)**, pp.111-114.
- [5] V. Jain, F.C. Wei (2009), *Trimmed great toe transplantation (TTT) for thumb reconstruction, Surgery of the injured hand toward functional restoration*, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) LTD, pp.192-199.
- [6] S.R. Sabapathy, et al. (2013), "Reconstruction of the thumb amputation at the carpometacarpal joint level by groin flap and second toe transfer", *Injury Int. J. Care Injured*, **44**, pp.370-375.
- [7] C.H. Lin, et al. (2008), "Osteoplastic thumb ray restoration with or without secondary toe transfer for reconstruction of opposable basic hand function", *Plast. Reconstr. Surg.*, **121**, pp.1288-1297.
- [8] F.C. Wei, et al. (1994), "Microsurgical thumb reconstruction with toe transfer: Selection of various techniques", *Plast. Reconstr. Surg.*, **93(2)**, pp.345-351.
- [9] S.H. Woo (2019), *Microsurgical Reconstruction*, Springer Nature Singapore Pte Ltd, pp.331-365.
- [10] P.Y. Lin, et al. (2011), "A systematic review of outcomes of toe-to-thumb transfers for isolated traumatic thumb amputation", *Hand (NY)*, **6(3)**, pp.235-243.
- [11] J.F. Waljee, K.C. Chung (2013), "Toe - to - hand transfer: evolving indications and relevant outcomes", *J. Hand Surg. Am.*, **38(7)**, pp.1431-1434.
- [12] F.C. Wei, et al. (2000), "Sensory recovery and Meissner corpuscle number after toe - to - hand transplantation", *Plast. Reconstr. Surg.*, **105(7)**, pp.2405-2411.
- [13] S.L. Henry, F.C. Wei (2010), "Thumb reconstruction with toe transfer", *J. Hand Microsurg.*, **2(2)**, pp.72-78.
- [14] G.M. Buncke, et al. (2007), "Great toe - to - thumb microvascular transplantation after traumatic amputation", *Hand Clin.*, **23**, pp.105-115.
- [15] C.W. Zang, et al. (2017), "3D printing technology in planning thumb reconstructions with second toe transplant", *Orthop. Surg.*, **9(2)**, pp.215-220.