

EVALUATION OF THE SURGICAL RECONSTRUCTION OUTCOME IN THE TREATMENT OF SYNDACTYLY AT CITY'S CHILDREN HOSPITAL

Nguyen Hong Nhan¹, Huynh Manh Nhi², Phan Duc Minh Man³

¹City's Children Hospital - Children's Hospital - 341 Su Van Hanh, Vuon Lai Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Hospital of Trauma and Orthopedic Surgery at Ho Chi Minh City - Ho Chi Minh City Orthopedics Hospital - 929 Tran Hung Dao, Cho Quan Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Pham Ngoc Thach University of Medicine - Pham Ngoc Thach University of Medicine - No. 02 Duong Quang Trung, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 05/03/2026

Revised: 27/03/2026; Accepted: 19/05/2026

ABSTRACT

Background: Syndactyly is a condition in which two or more fingers are fused together, either congenital or secondary to trauma or hand burns. Syndactyly affects hand function, finger development, and aesthetic appearance. Surgical separation with webspace reconstruction is the standard treatment. This study was conducted at Children's Hospital of Ho Chi Minh City to evaluate the outcomes of syndactyly release in young pediatric patients.

Methods: Case series

Results: A descriptive case series was performed from January 2025 to January 2026, including 11 patients (15 webspaces) who underwent syndactyly release. Both congenital and post-burn syndactyly cases were included. Webspace reconstruction was primarily performed using dorsal hand flaps (rectangular or bilobed flaps); full-thickness skin grafts were used when necessary. Outcomes were assessed at 3 months postoperatively based on webspace depth (Withey classification), finger range of motion (L. Frick criteria), complications, and parental satisfaction (Likert scale).

Conclusions: Syndactyly release combined with dorsal hand flap webspace reconstruction in young children provides favorable functional and aesthetic outcomes with an acceptable complication rate. Appropriate flap design and slight overcorrection of web depth reduce the risk of web creep.

Keywords: syndactyly, webspace reconstruction, dorsal hand flap, pediatric hand surgery, web creep.

*Corresponding author

Email: prometheusnhan@gmail.com Phone: (+84) 969782409 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5144



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TÁCH DÍNH NGÓN TAY TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

Nguyễn Hồng Nhân¹, Huỳnh Mạnh Nhi², Phan Đức Minh Mẫn³

¹Bệnh viện Nhi Đồng - 341 Sư Vạn Hạnh, phường Vườn Lài, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh - 929 Trần Hưng Đạo, phường Chợ Quán thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - Số 02 Đường Quang Trung, phường Hòa Hưng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 27/03/2026; Ngày duyệt đăng: 19/05/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dính ngón là tình trạng có ngón dính lại với nhau, nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải sau chấn thương hoặc bỏng bàn tay. Dính ngón bàn tay ảnh hưởng đến chức năng, sự phát triển các ngón tay và tính thẩm mỹ bàn tay. Phẫu thuật tách dính và tạo kẽ ngón là điều trị tiêu chuẩn. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tách dính trên nhóm bệnh nhân nhỏ tuổi.

Phương pháp: mô tả hàng loạt ca

Kết quả: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca thực hiện từ 01/2025 đến 01/2026 trên 11 bệnh nhân (15 kẽ ngón) được phẫu thuật tách dính, gồm dính ngón bẩm sinh và sau bỏng. Tạo hình kẽ ngón chủ yếu sử dụng vật da mu tay (vật tứ giác hoặc hai cánh), ghép da dày khi cần. Kết quả được đánh giá sau 3 tháng dựa trên độ rộng kẽ ngón (Withey), tầm vận động ngón tay (L. Frick), biến chứng và mức độ hài lòng của phụ huynh (thang Likert).

Kết luận: Phẫu thuật tách dính ngón kết hợp tạo hình kẽ ngón bằng vật da mu tay ở trẻ nhỏ cho kết quả chức năng và thẩm mỹ khả quan với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được. Thiết kế vật hợp lý và tạo kẽ ngón sâu hơn dự kiến có thể giúp giảm nguy cơ kẽ ngón dâng cao.

Từ khóa: dính ngón, tạo hình kẽ ngón, vật da mu tay, phẫu thuật bàn tay trẻ em, kẽ ngón dâng cao.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay là cơ quan vận động tinh vi, đảm nhiệm nhiều chức năng quan trọng trong sinh hoạt và lao động. Cấu trúc bàn tay gồm hệ thống nhiều xương nhỏ ở cổ tay, bàn tay và ngón tay, liên kết với nhau qua các khớp, được bao phủ bởi da gan tay dày, chắc và da mu tay mềm mại với lớp mô dưới da lỏng lẻo. Sự phát triển vận động bàn tay song hành với quá trình trưởng thành của não bộ, từ các vận động thô như gập – duỗi, dạng – khép đến các vận động tinh tế như kẹp hai ngón, vận động độc lập từng ngón và phối hợp nhiều ngón trong các hoạt động phức tạp như viết hoặc chơi nhạc. Để thực hiện đầy đủ các chức năng này, các ngón cần được tách rời, kẽ ngón đủ rộng, trục ngón và các khớp không biến dạng, đồng thời không có sẹo co rút hạn chế vận động. Trong giai đoạn phôi thai, phần da và mô mềm giữa các ngón thoái triển từ tuần thứ 6 đến tuần thứ 8, theo hướng từ xa về gần. Kết quả là hình thành kẽ ngón có dạng “đồng hồ cát”, với góc nghiêng khoảng 40–45° từ mặt lưng về phía lòng bàn tay, kéo dài từ đầu xương bàn đến 1/3 giữa đốt ngón gần

Dính ngón (syndactyly) là tình trạng hai hoặc nhiều ngón dính liền với nhau. Bệnh có thể do nguyên nhân bẩm sinh

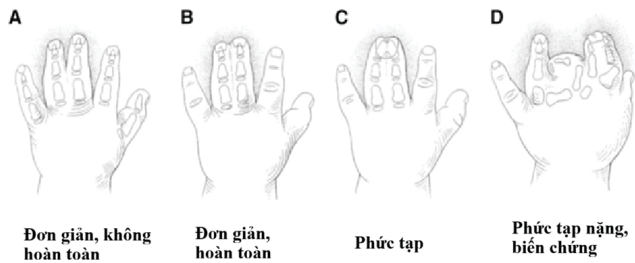
hoặc mắc phải sau chấn thương, thường gặp nhất là sau bỏng bàn tay. Trong các dị dạng bẩm sinh của bàn tay, dính ngón là bất thường phổ biến nhất (1), với tỷ lệ mắc khoảng 1/2000–1/3000 trẻ sinh sống; bé trai bị ảnh hưởng nhiều gấp hai lần bé gái (2). Ở người, ICD-ECMD bắt đầu ở giai đoạn phôi 19 (ngày thứ 47 trong tử cung) và kết thúc ở giai đoạn 22 (ngày thứ 54 trong tử cung) (3). Dạng bẩm sinh có mối liên quan chặt chẽ với yếu tố di truyền, thường gặp hai bên, đặc biệt ở bé trai, và hay gặp nhất ở kẽ ngón III. Dính ngón có thể xuất hiện đơn độc hoặc nằm trong các hội chứng như Poland syndrome và Apert syndrome. (4) Ngoài ra, nhiều trường hợp rải rác không có tiền sử gia đình, có thể liên quan đến các đột biến mới phát sinh. Phân loại dính ngón bẩm sinh thành hai nhóm: dính ngón hoàn toàn và dính ngón không hoàn toàn (Hình 1). Dính ngón hoàn toàn khi các ngón dính suốt chiều dài, bao gồm cả nếp móng; trong khi đó, dính ngón không hoàn toàn không liên quan đến phần móng.

Về cấu trúc giải phẫu, dính ngón được chia thành dạng đơn giản và phức tạp. Dạng đơn giản chỉ bao gồm da và mô mềm. Ngược lại, dính ngón phức tạp có sự dính của sụn hoặc xương và thường kèm theo các bất thường về gân, mạch máu

*Tác giả liên hệ

Email: prometheusnhan@gmail.com Điện thoại: (+84) 969782409 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5144

và thần kinh. Các trường hợp dính ngón nằm trong các hội chứng thường được xếp vào nhóm phức tạp, trong khi dính ngón mắc phải sau bỏng thường thuộc nhóm đơn giản (5).



Hình 1. Phân loại dính ngón bàn tay (A): đơn giản, không hoàn toàn; (B) đơn giản, hoàn toàn; (C) phức tạp; (D) có biến chứng.

Phẫu thuật là điều trị tiêu chuẩn trong dính ngón, nhằm phục hồi tối đa chức năng và thẩm mỹ bàn tay, do lợi ích đạt được vượt trội so với nguy cơ (6). Nguyên tắc điều trị bao gồm tách dính, che phủ đầy đủ phần khuyết da và tái tạo kẽ ngón có hình dạng giải phẫu phù hợp, với mục tiêu đạt chức năng tối ưu, thẩm mỹ tốt và hạn chế tối đa biến chứng cũng như số lần phẫu thuật (7). Các kỹ thuật tạo hình kẽ ngón thường sử dụng vật da mu tay và vật da gan tay. Vật da mu tay được ưu tiên do tính di động tốt và đa dạng thiết kế, như vật tứ giác, vật hai cánh hoặc vật ba thùy. Vật da gan tay thường được thiết kế dạng tam giác và phối hợp với vật tam giác ở mặt mu tay để tạo hình đáy kẽ ngón. Các đường rạch da zíc-zắc ở cả mặt mu và mặt gan tay được áp dụng nhằm tạo các vật che phủ mặt bên ngón sau khi tách dính, đồng thời hạn chế co kéo sẹo.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của BS Võ Chiêu Tài và cs. báo cáo kết quả 30 trường hợp tách dính ngón tay bẩm sinh tại BV CTCH cho kết quả khả quan trên nhóm tuổi bệnh nhân tương đối lớn (4-6 tuổi). Có ít nghiên cứu thực hiện trên lứa tuổi nhỏ hơn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả tạo hình phẫu thuật điều trị tách dính ngón tay tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố” nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật tạo hình kẽ ngón bằng vật da mu tay trong điều trị dính ngón tay tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố, trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 01/2026.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca phẫu thuật tách dính ngón tay tại khoa Chính hình- Bỏng - Tạo hình tại bệnh viện nhi đồng thành phố trong khoảng thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 01/2026.

Tiêu chuẩn chọn vào: tất cả các ca dính ngón bẩm sinh, dính ngón sau bỏng và dính kẽ ngón sau tách dính

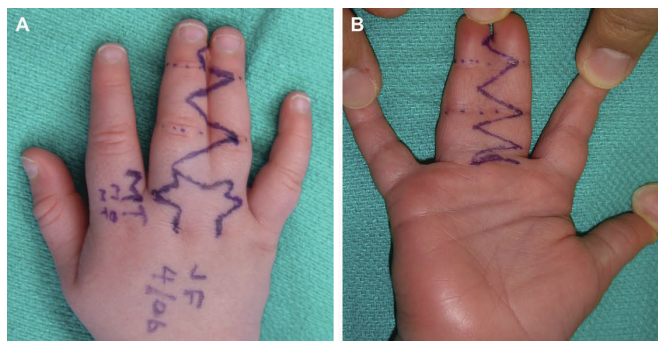
Tiêu chuẩn loại ra: các ca dính ngón trong hội chứng vòng thắt, khi ngón bị thiếu sản hoặc tiêu mất ngón.

Phẫu thuật tách dính ngón có mục tiêu: tách ngón, tái tạo kẽ ngón và che phủ phần bên các ngón được tách. Việc lựa chọn phương pháp tạo hình vật da dựa trên kinh nghiệm và mức độ thuần thục của phẫu thuật viên.

Bệnh nhân được hẹn phẫu thuật chương trình. Các xét nghiệm tiền phẫu và Xquang bàn tay là bắt buộc. Gia đình được giải thích về phương pháp phẫu thuật, chăm sóc sau

mổ, các nguy cơ và biến chứng. Ghi nhận các biến chứng của phẫu thuật: hoại tử vật da, hoại tử da ghép, sẹo co rút, sẹo phì đại, và web creep (kẽ ngón lên cao).

Các bước phẫu thuật tách ngón bắt đầu với việc thiết kế vật da tạo hình kẽ ngón. Vật da được sử dụng là vật tứ giác và vật hai cánh (Hình 2), sử dụng da mu tay cộng với 2 vật tam giác mu tay để giảm nguy cơ web creep (8). Với các trường hợp hợp mỡ lại do web creep thì dùng vật da tam giác mặt gan và mu tay. Chiều dài vật da kẽ ngón thiết kế đến 2/3 chiều dài từ điểm giữa đầu xương bàn đến điểm giữa khớp liên đốt gần, độ rộng của vật da bằng khoảng cách đường dọc giữa 2 ngón. Sau đó thiết kế các đường rạch da zíc-zắc ở mặt lưng và mặt lòng, cần đặc biệt chú ý để làm sao sau khi rạch da và bóc tách dính vật tam giác này sẽ khâu vào đáy vật tam giác kia. Với các trường hợp dính hoàn toàn hoặc dính móng, tái tạo nếp móng như Buck- Gramcko mô tả (9). Với kỹ thuật này, hai vật da tam giác hẹp vùng đầu hai ngón dính được dùng che cạnh bên móng sau khi được tách.



Hình 2. Thiết kế đường rạch da với vật da mu tay kiểu 2 cánh

Với các trường hợp dính nhiều ngón tay, chúng tôi sẽ lựa chọn phẫu thuật các ngón ở ngoại biên trước vì chênh lệch kích thước lớn, và giúp ngón tay tránh bị biến dạng trực. Sau 3 đến 6 tháng sẽ tách tiếp các ngón dính còn lại.

Sau khi thực hiện phẫu thuật tách dính, các vật da sẽ được dính vào vị trí. Nếu vật da căng, chúng tôi thực hiện thủ thuật lấy bỏ bớt mô mỡ. Trong thì này cần chú ý tránh làm tổn thương mạch máu thần kinh. Vật da khâu không được căng, các vùng hở nếu <2mm sẽ để tự lành. Nếu khuyết da lớn sẽ lấy da dày vùng nếp khuỷu ghép che khuyết hồng.

Garot hơi được đặt ở 1/3 trên cánh tay. Garot được xả ngay sau khi dính vật da kẽ ngón. Xả garot để đánh giá tưới máu đầu ngón khi khâu vật da mặt bên ngón tay.

Băng sau mổ với gạc tẩm Vaseline ở lớp trong cùng, sau đó bên ngoài là các lớp gạc ẩm. ngoài cùng là băng thun. Các bệnh nhân đều được nẹp bột cổ định bàn tay sau mổ.

Đánh giá kết quả sau mổ: kết quả được đánh giá dựa trên độ rộng kẽ ngón, vận động ngón tay và độ hài lòng người nhà.

Đánh giá độ rộng kẽ ngón (web creep) theo Withey và cộng sự, bao gồm (i) 0 điểm: kẽ ngón tự do; (ii) 1 điểm: giảm tách ngón nhưng không có màng; (iii) 2 điểm: màng dính 1/3 đốt 1; (iv) 3 điểm: màng dính 2/3 đốt 1; (v) 4 điểm: màng dính toàn bộ đốt 1.

Đánh giá độ gấp duỗi ngón tay theo L.Frick và cs, (i) mức độ tốt: vận động gần như bình thường, không hạn chế hoặc <10° thiếu duỗi/gấp; (ii) mức độ khá, được định nghĩa hạn

chế nhẹ (thiếu 10°-20°; (iii) mức độ trung bình: hạn chế vừa, thiếu 20°-40°; (iv) mức độ kém: hạn chế nặng, thiếu > 40°, hạn chế vận động.

Đánh giá mức độ hài lòng của phụ huynh về thẩm mỹ và chức năng theo thang điểm Likert, (i) 1 điểm: rất không hài lòng; (ii) 2 điểm: không hài lòng; (iii) 3 điểm: bình thường; (iv) 4 điểm: hài lòng; (v) 5 điểm: rất hài lòng.

Phương pháp thống kê: sử dụng phần mềm SPSS 20, mô tả tỉ lệ cho biến định tính; trung bình ± SD cho biến định lượng chuẩn và trung vị (25%-75%) cho biến không có phân phối chuẩn.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 11 bệnh nhân với tổng cộng 15 kê ngón được can thiệp phẫu thuật. Trong nhóm này bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nhỏ tuổi nhất là 13 tháng, lớn nhất là 53 tháng. Phân chia độ tuổi lúc phẫu thuật có 4 bệnh nhân phẫu thuật dưới 24 tháng tuổi, 3 bệnh nhân 24 tháng đến 36 tháng và 4 bệnh nhân trên 36 tháng tuổi (Bảng 1). Nguyên nhân bẩm sinh chiếm đa số, trong nhóm dính ngón bẩm sinh (n = 10), dính hoàn toàn chiếm 70% (7 bệnh nhân), trong đó 3 trường hợp (30%) là dính hoàn toàn phức tạp. Giới tính nam chiếm phần lớn 82% (9 bệnh nhân) (Bảng 2).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n = 11)

Số hiệu	Giới	Tháng tuổi	Bên ảnh hưởng	Phân loại	Nguyên nhân
Bn 1	Nam	13 th	Một bên	Đơn giản	Bẩm sinh
Bn 2	Nam	53 th	Hai bên	Phức tạp	Bẩm sinh
Bn 3	Nam	20 th	Một bên	Phức tạp	Bẩm sinh
Bn 4	Nữ	15 th	Một bên	Phức tạp	Bẩm sinh
Bn 5	Nam	13 th	Hai bên	Đơn giản	Bẩm sinh
Bn 6	Nam	15 th	Một bên	Đơn giản	Bẩm sinh
Bn 7	Nam	26 th	Một bên	Đơn giản	Bẩm sinh
Bn 8	Nam	28 th	Một bên	Đơn giản	Bỏ
Bn 9	Nữ	32 th	Hai bên	Phức tạp	Bẩm sinh
Bn 10	Nam	24 th	Một bên	Đơn giản	Bẩm sinh
Bn 11	Nam	17 th	Một bên	Đơn giản	Bẩm sinh

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu.

	Số lượng bệnh nhân	%
Giới		
Nam	9	82%
Nữ	2	18%
Nguyên nhân		
Bẩm sinh	10	91%
Bỏ	1	9%
Đặc điểm dính ngón		
Đơn giản	8	73%
Phức tạp	3	27%

	Số lượng bệnh nhân	%
Tay bị ảnh hưởng		
Một bên	7	64%
Hai bên	4	36%

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và xử trí thương tổn

Tổng cộng 15 kê ngón được tạo hình. Kỹ thuật vạt da được lựa chọn dựa trên tình trạng da tại chỗ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên (Bảng 2). Ghép da dày được thực hiện ở các trường hợp dính ngón phức tạp hai bên có khuyết da > 2 mm, các trường hợp dính đơn giản có thiếu hụt da che phủ mặt bên, hoặc các trường hợp mổ lại. Ghi nhận 01 trường hợp thần kinh cảm giác phân đôi sớm tại mức khớp liên đốt gần; đã được tách thần kinh đến ngang mức kê ngón. Không ghi nhận bất thường về phân chia mạch máu ở xa mức kê ngón.

Bảng 3. Các loại vạt da sử dụng trong tạo hình kê ngón (n = 15)

Kiểu vạt da	Số lượng kê ngón	Tỷ lệ (%)
Vạt da mu tay (vạt tứ giác/hai cánh)	13	86,6%
Vạt tam giác gan tay – mu tay	2	13,4%

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật tách dính ngón

Tất cả bệnh nhân được theo dõi tại các thời điểm: 5 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau mổ. 100% tách dính thành công. Không có biến chứng nặng nguy hiểm tính mạng.

Không có trường hợp nào hoại tử vạt da, tuy nhiên, ghi nhận 3 trường hợp hoại tử da ghép bán phần sau phẫu thuật – đáp ứng với chăm sóc tại chỗ và lành thì hai. Không ghi nhận tổn thương thần kinh và mạch máu liên quan phẫu thuật.

Theo dõi sau phẫu thuật tại thời điểm 3 tháng, cho thấy 11/15 phẫu thuật tách ngón kết quả tốt hoàn toàn, không hẹp kê ngón, vận động tốt, không để lại sẹo co rút. Có 4/15 (26,6%) kê ngón sau phẫu thuật ghi nhận biến chứng kê ngón dưng cao, trong số đó có hai trường hợp kèm sẹo co rút mức độ nhẹ (giới hạn dưới 20° – khớp liên đốt gần). Đánh giá độ gấp dưới ngón tay theo L.Frick, 13/15 kết quả vận động tốt – chiếm 86,7%, 2/15 kết quả khá (giới hạn dưới < 20%) – chiếm 13,3%

Mức độ hài lòng theo thang điểm Likert: 100% hài lòng (4-5 điểm).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này đa số các trường hợp là dính ngón bẩm sinh (91%), với đặc điểm ưu thế giới tính nam (9:1). Trong các trường hợp dính ngón bẩm sinh chỉ ghi nhận một trường hợp bé trai dính ngón III-IV hai tay là di truyền từ bố, các trường hợp khác không ghi nhận tiền căn gia đình. Kết quả này của chúng tôi có sự chênh lệch về tỷ lệ giới so với các nghiên cứu dính ngón bẩm sinh khác (2). Chúng tôi nghĩ nguyên nhân là do số lượng mẫu chúng tôi nhỏ chỉ 11 bệnh nhân, thực hiện tại một trung tâm, trong khoảng thời gian ngắn 1 năm, dẫn đến lệch mẫu dân số khi so sánh với các nghiên cứu khác.

Với 15 phẫu thuật tách dính và tạo hình kẽ ngón trong nghiên cứu này. Vạt da được dùng tạo hình kẽ ngón là vạt da mu tay (86,6%). Vạt da mu tay dùng trong nghiên cứu này dưới dạng vạt tứ giác và vạt 2 cánh. Lựa chọn kiểu thiết kế này phụ thuộc vào kinh nghiệm và độ thành thực của phẫu thuật viên. Hai trường hợp dùng vạt tam giác mặt gan tay và mu tay là trường hợp bàn tay dính kẽ ngón sau phẫu thuật tách dính trong hội chứng Apert và dính ngón IV-V bàn tay trái. Các vạt da mu tay chúng tôi thiết kế và thực hiện kết quả lành tốt, không hoại tử. Kết quả cho thấy vạt da mu tay là lựa chọn đầu tay trong tái tạo kẽ ngón, mặc dù vậy cần tuân thủ các nguyên tắc thiết kế của vạt da ngẫu nhiên. Thực hiện bóc tách cẩn thận tránh làm tổn thương lớp bì và lớp mỡ dưới da.

Sẹo co rút chúng tôi gặp trong 2 trường hợp, sẹo co rút ở vùng khớp liên đốt gần. Nguyên nhân của 2 trường hợp này da ghép vạt da che phủ mặt bên ngón tay hoại tử một phần, chăm sóc để tự lành thì 2. Sẹo làm thiếu đuôi khớp liên đốt gần 15-20 độ, nhưng khi dùng lực duỗi thẳng ngón ra vẫn được. Các bệnh nhân này được hướng dẫn mang nẹp duỗi thẳng ngón ban đêm, kết hợp bôi dưỡng ẩm.

Hiện tượng web creep chúng tôi gặp trên 4 kẽ ngón (26,6%), tỷ lệ web creep trong các nghiên cứu khác là 7,5%-60% (6). Trong nghiên cứu này, sau mổ vạt da kẽ ngón lành tốt, nhưng theo dõi 3 tháng thấy hiện tượng web creep. Web creep làm bệnh nhân giới hạn dạng ngón tay. Đây là hiện tượng hay gặp với phẫu thuật tách dính ngón ở trẻ nhỏ hơn 18 tháng, và cũng được mô tả trong nhiều nghiên cứu khác. Trên 3 bàn tay này chúng tôi ghi nhận mặc dù vạt da sống, nhưng vạt da kẽ ngón căng và quá trình lành vết thương kéo dài 2 tuần. Để giải quyết hiện tượng này thì trong lần mổ đầu nên thiết kế kiểu trừ hao, làm kẽ ngón sâu hơn bình thường. cũng như thiết kế đường rạch da làm sao tránh gây sẹo sau lành là đường thẳng. Ngoài ra, vùng kẽ ngón và vùng chuyển tiếp mặt bên ngón cần là các vạt da, hạn chế ghép da vùng này để tránh hình thành sẹo.

Đánh giá độ hài lòng về yếu tố thẩm mỹ sau phẫu thuật thông qua phỏng vấn người nhà, đây là một đánh giá mang tính chủ quan, vì vậy trong nghiên cứu này độ hài lòng về thẩm mỹ được đánh giá dựa trên hình dạng ngón tay, sẹo sau mổ và mức độ rộng của kẽ ngón. Với 11/15 phẫu thuật không ghi nhận web creep, và 13/15 không ghi nhận co rút. Các phụ huynh tham gia đánh giá đều hài lòng với hình dạng ngón tay sau mổ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Tài và cộng sự.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này của chúng tôi thực hiện trên đối tượng tương đối nhỏ (từ 13 tháng tuổi), dính ngón bẩm sinh chiếm đa số. Kết quả về vận động tốt hoàn toàn trong 86,7%, có 13,3% giới hạn vận động duỗi mức độ nhẹ (dưới 20%). Về mặt thẩm mỹ, có 26,6% kẽ ngón dãn cao sau phẫu thuật 3 tháng, tương đương với tỉ lệ ở các nghiên cứu so sánh. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật tách dính ngón thành công về chức năng và thẩm mỹ (Hình 3). Nghiên cứu

có hạn chế ở cỡ mẫu nhỏ (15 kẽ ngón phẫu thuật), thời gian theo dõi ngắn (3 tháng), cần thiết có những nghiên cứu rộng hơn, với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi kéo dài nhằm đánh giá khách quan hơn và hoàn thiện kĩ thuật phẫu thuật tách dính ngón tay ở trẻ em.



Hình 3. Bàn tay phải bệnh nhân số 11 sau mổ tách dính ngón IV-V 3 tháng

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Upton J. Congenital anomalies of the hand and forearm. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990. 5218-398 p.
- [2] Hynes SL, Harvey I, Thomas K, Copeland J, Borschel GH. CT angiography-guided single-stage release of adjacent webspaces in non-Apert syndactyly. *J Hand Surg Eur Vol.* 2015;40(6):625-32 10.1177/1753193414541222.
- [3] Al-Qattan MM. Formation of normal interdigital web spaces in the hand revisited: implications for the pathogenesis of syndactyly in humans and experimental animals. *J Hand Surg Eur Vol.* 2014;39(5):491-8 10.1177/1753193413491931.
- [4] Slaney SF, Oldridge M, Hurst JA, Moriss-Kay GM, Hall CM, Poole MD, et al. Differential effects of FGFR2 mutations on syndactyly and cleft palate in Apert syndrome. *Am J Hum Genet.* 1996;58(5):923-32
- [5] Oda T, Pushman AG, Chung KC. Treatment of common congenital hand conditions. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(3):121e-33e 10.1097/PRS.0b013e3181e605be.
- [6] Kozin SH. Syndactyly. *Journal of the American Society for Surgery of the Hand.* 2001;1(1):14
- [7] Mei H, Zhu G, He R, Liu K, Wu J, Tang J. The preliminary outcome of syndactyly management in children with a new external separation device. *J Pediatr Orthop B.* 2015;24(1):56-62 10.1097/BPB.000000000000116.
- [8] Moss AL, Foucher G. Syndactyly: can web creep be avoided? *J Hand Surg Br.* 1990;15(2):193-200 10.1016/0266-7681_90_90124-m.
- [9] Buck-Gramcko D. Congenital malformations: Thieme; 1988. 7 p.