

CONGENITAL THUMB HYPOPLASIA IN CHILDREN: TYPE II AND III ACCORDING TO THE BLAUTH CLASSIFICATION – DIFFERENTIATION AND TREATMENT TECHNIQUES

Phan Duc Minh Man^{1,2*}

¹*Pediatric Orthopedics Department, Ho Chi Minh City Hospital of Trauma and Orthopedics -
929 Tran Hung Dao, Cho Quan Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

²*Pham Ngoc Thach University of Medicine - 02 Duong Quang Trung, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 12/02/2026

Revised: 22/04/2026; Accepted: 27/07/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate methods for accurately distinguishing between Type II and Type III thumb hypoplasia according to the Blauth classification based on clinical and radiographic findings, and to assess the outcomes of treatment techniques applied to pediatric patients with congenital thumb hypoplasia treated at the Ho Chi Minh City Hospital of Trauma and Orthopedics.

Materials and Methods: A prospective descriptive case series conducted from 2022 to 2025 at the Pediatric Orthopedics Department of the Ho Chi Minh City Hospital of Trauma and Orthopedics, including pediatric patients with Type II and Type III thumb hypoplasia according to Blauth classification.

Results: A total of 8 cases of Type II and Type III thumb hypoplasia were surgically treated. The mean age at the time of surgery was 5.62 years. Among them, there were 2 cases of Type II and 6 cases of Type III (according to the modified Manske classification: 4 cases of Type IIIA and 2 cases of Type IIIB). Treatment methods included opponensplasty (Huber, Riordan techniques), ulnar collateral ligament reconstruction, and metacarpal bone grafting from the foot. Functional outcomes assessed using the James scoring system showed 4 good, 1 fair, 2 average, and 1 poor result.

Conclusion: Differentiating between Type II and Type IIIA thumb hypoplasia remains challenging in young children due to unclear clinical and imaging features. Careful evaluation of the trapeziometacarpal joint function and the thenar muscle group plays a decisive role in diagnosis and in selecting appropriate treatment methods.

Keywords: Thumb hypoplasia, Blauth, Manske, pediatric hand surgery.

*Corresponding author

Email: phanducman@gmail.com Phone: (+84) 903678698 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6028

DI TẬT THIỂU SẢN NGÓN CÁI TRẺ EM TYPE II VÀ III THEO PHÂN LOẠI BLAUTH – CÁCH PHÂN BIỆT VÀ CÁC KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ

Phan Đức Minh Mẫn^{1,2*}

¹Khoa Chính hình Nhi, Bệnh viện Chấn thương Chính hình TP. Hồ Chí Minh -
929 Trần Hưng Đạo, P. Chợ Quán, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh - 02 Đường Quang Trung, P. Hòa Hưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 12/02/2026

Ngày sửa: 22/04/2026; Ngày đăng: 27/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét cách đánh giá để phân biệt chính xác trên lâm sàng và x quang thiếu sản ngón cái type II và III theo phân loại Blauth, cũng như đánh giá kết quả các kỹ thuật điều trị đã dùng cho các nhóm dị tật bẩm sinh thiếu sản ngón cái ở trẻ em đã thực hiện tại BV.CTCH TP.HCM.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu mô tả hàng loạt ca trong thời gian 2022-2025 tại khoa Chính Hình Nhi BV.CTCH cho các trường hợp thiếu sản ngón cái trên trẻ em của type II và III theo Blauth.

Kết quả: Có 8 trường hợp thiếu sản ngón cái type II và III theo Blauth được phẫu thuật. Tuổi trung bình tại thời điểm mổ là 5,62 tuổi. Trong đó có 2 trường hợp type II, 6 trường hợp type III là 6 (theo phân loại Manske bổ sung có type IIIA là 4 trường hợp và type IIIB có 2 trường hợp). Các phương pháp điều trị bao gồm chuyển gân làm đối ngón (Huber, Riordan), tạo hình dây chằng bên trụ và ghép xương bàn ngón từ xương bàn chân. Kết quả chức năng theo thang điểm James ghi nhận 4 trường hợp tốt, 1 khá, 2 trung bình và 1 kém.

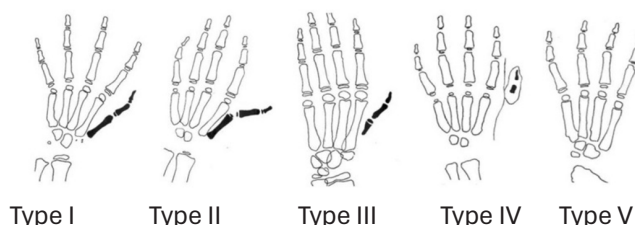
Kết luận: Phân biệt thiếu sản ngón cái type II và IIIA còn nhiều khó khăn ở trẻ nhỏ do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học chưa rõ ràng. Việc đánh giá kỹ chức năng khớp thang-bàn và nhóm cơ ô mô cái có vai trò quyết định trong chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Từ khóa: Thiếu sản ngón cái, Blauth, Manske, phẫu thuật bàn tay trẻ em.

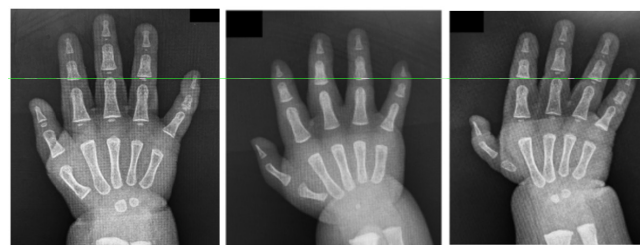
1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay là một cơ quan vận động chi cực kỳ quan trọng cho hoạt động con người và là một bộ phận tinh tế, cũng như chia phối nhiều vai trò trong sinh hoạt, lao động và tiếp xúc tương tác với hoạt động khác trong môi trường xã hội và thiên nhiên xung quanh. Trong đó ngón cái chiếm 40% chức năng. Dị tật bàn tay mang tính thiếu sản bẩm sinh của ngón cái là một bệnh lý ít gặp trong thực tế lâm sàng, các tình huống thiếu sản nhẹ không mất hoàn toàn ngón tay (type II và III) thường ít được gia đình quan tâm và khó thuyết phục phẫu thuật sớm mặc dù cần phải điều trị và tác động sớm để giúp phát triển hoàn thiện hơn trước khi trẻ lớn lên. Đánh giá thiếu sản ngón cái đã có bảng phân loại Blauth đề xuất từ năm 1967 bao gồm 5 nhóm chính (H.1) dựa trên thiếu sản cơ nội ô mô cái và xương ngón tay (type II và III) thường ít được gia đình quan tâm và khó thuyết phục phẫu thuật sớm mặc dù cần phải điều trị và tác động sớm để giúp phát triển hoàn thiện hơn trước khi trẻ lớn lên. Đánh giá thiếu sản ngón cái đã có bảng phân loại Blauth đề xuất từ năm 1967 bao gồm 5 nhóm chính (H.1) dựa trên thiếu sản cơ nội ô mô cái và xương ngón tay (type II và III) thường ít được gia đình quan tâm và khó thuyết phục phẫu thuật sớm mặc dù cần phải điều trị và tác động sớm để giúp phát triển hoàn thiện hơn trước khi trẻ lớn lên. Đánh giá thiếu sản ngón cái đã có bảng phân loại Blauth đề xuất từ năm 1967 bao gồm 5 nhóm chính (H.1) dựa trên thiếu sản cơ nội ô mô cái và xương ngón tay (type II và III) thường ít được gia đình quan tâm và khó thuyết phục phẫu thuật sớm mặc dù cần phải điều trị và tác động sớm để giúp phát triển hoàn thiện hơn trước khi trẻ lớn lên.

[3] đề nghị thêm phân nhóm IIIC khi thiếu sản xương trên bàn ngón chỉ còn lại 1/3 dưới của xương này trên x quang.



Hình 1 (nguồn Tonkin [3]). Các dạng thiếu sản ngón cái từ nhẹ đến nặng theo phân loại Blauth gồm 5 nhóm chính.



Hình 2 (nguồn Tagaki [4]).

*Tác giả liên hệ

Email: phanducman@gmail.com Điện thoại: (+84) 903678698 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6028

Riêng phân loại của Manske sẽ tách nhóm III thành phân nhóm A và B tùy theo hình thức thiếu sản xương bàn ngón cái. Nếu thiếu sản làm ảnh hưởng mất vững khớp thang bàn (CMC) sẽ xem như nhóm III và x quang sẽ thấy xương bàn ngón nhỏ hơn bình thường và dù còn khớp thang bàn nhưng chức năng kém sẽ là IIIA, nếu mất hẳn khớp CMC hay mất một phần xương bàn ngón sẽ xem là IIIB. Do đó, nếu type II của Blauth có kèm thiếu sản xương bàn ngón nhỏ hơn bình thường trên x quang cần xem là IIIA (theo phân loại Manske) nếu trên lâm sàng kiểm tra khớp CMC mất vững cả bên trụ và quay. Riêng IIIB theo phân loại Manske giống như type III của phân loại Blauth.

Điều quan trọng của các tác giả nổi tiếng về dị tật bàn tay trẻ em đều đưa ra một nhận xét chung: cần phải đánh giá chính xác trên lâm sàng và kết hợp các bảng phân loại như Blauth hay Manske đã đề nghị trên để chọn một phương pháp điều trị cá thể hóa từ nhỏ. Điều trị thiếu sản ngón cái sẽ tùy mức độ dị tật sẽ chọn lựa những kỹ thuật khác nhau như nhóm 1 sẽ không làm gì. Nhóm 2 sẽ có thể làm giải phóng gân dính gấp dài và duỗi dài ngón cái, làm rộng kẻ ngón, làm vững khớp bàn ngón nếu có bằng tái tạo dây chằng hoặc chuyển gân kèm tăng cường đối ngón. Nhóm 3 tập trung chuyển gân làm đối ngón phối hợp tái tạo khớp thang bàn nếu thiếu sản và không có khớp này khi thám sát mổ, chỉnh trục xương, tái tạo vững khớp bàn ngón thông qua chuyển gân. Nhóm 4 và 5 sẽ tập trung làm cái hóa ngón cái từ ngón 2. Phân loại Blauth chủ yếu nêu hình thức điều trị giữa nhóm 2 và 3 rất cụ thể dựa trên tồn tại khớp thang bàn (CMC) để quyết định chuyển gân hay cái hóa ngón cái. Phân loại Manske đề xuất loại IIIA gần như tương đương loại II của phân loại Blauth nhưng sẽ có những đặc điểm riêng và dẫn đến hướng điều trị cũng có phần khác biệt. Sự giống nhau của cả hai loại này là đều có thiếu sản mô mềm nội tại và ngoại ô mô cái, hẹp kẻ ngón 1 và 2, mất vững khớp bàn ngón do cấu trúc dây chằng bên trụ lỏng lẻo hoặc diện khớp thiếu sản (khớp thang bàn vẫn tồn tại trừ IIIB)[3], xương có thể nhỏ hơn bình thường nhưng sự khác biệt chính là nhóm cơ ngoại ô mô cái (bao gồm gấp dài ngón cái và duỗi dài ngón cái) có thể bị thiếu sản nặng làm mất vững khớp thang bàn và bàn ngón cái rất trầm trọng trong nhóm IIIA và dẫn đến chiến lược điều trị cũng bị thay đổi để bảo đảm lực bàn tay hoạt động tối ưu. Đối với nhóm IIIB của phân loại Manske hoàn toàn như III của phân loại Blauth, thiếu sản ảnh hưởng nặng lên khớp thang bàn nên việc điều trị hầu như sẽ là chuyển ngón hai thành cái hóa để đảm bảo cấu trúc vững hoàn hảo hơn là chỉ ghép xương giữ trục ngón cổ định tư thế đối hoặc chuyển khớp có cuống mạch máu thay thế cho khớp thang bàn [6]. Riêng việc làm vững thêm khớp bàn ngón có thể tái tạo lại dây chằng bên trụ và làm đối ngón sẽ có những cách chuyển gân như Huber (chuyển dạng ngón 5) hoặc chuyển gân gấp nông ngón 4 cho dạng và đối ngón cái [3] đồng thời tăng cường dây chằng bên trụ của khớp bàn ngón. Đối với nhóm IIIA và IIIB, sự khác biệt điều trị chủ yếu dựa trên mức độ vững của khớp CMC là chính, nếu còn tồn tại khớp CMC nhưng kém vững sẽ được xem là nhóm IIIA, điều trị sẽ là chuyển gân phục vụ tăng lực đối ngón cái và có thể qua đó tăng cường vững thêm khớp MP, thường các tác giả thích chọn sử dụng gân gấp nông ngón 4 hoặc ngón 3 để làm mạnh thêm lực chức năng này so với các kỹ thuật khác sẽ không bằng. Đối với nhóm IIIB, theo nhiều tác giả khuyến nên thực hiện cái hóa ngón cái từ ngón 2 và chấp nhận hy sinh bỏ ngón cái để tăng cường lực hoạt động bàn tay. Nếu gia đình không muốn hy sinh ngón 2 để thực hiện cái hóa ngón cái, nhiều phẫu thuật viên đề nghị thay thế sự thiếu xương và khớp với nhiều kỹ thuật khác nhau như ghép xương đốt chân [9], bàn ngón có khớp nối ghép cho xương bàn không có cuống mạch máu (chỉ làm được cho trẻ em nhỏ dưới 3 tuổi)[4,6] hoặc ghép có cuống mạch máu nếu trẻ em lớn[3].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Khảo sát các trường hợp đã mổ tại khoa Nhi BV.CTCH từ 2022-2025, chúng tôi ghi nhận có 8 ca thiếu sản ngón cái type II và III theo Blauth. Thời điểm này chúng tôi đã được triển khai kỹ thuật mổ từ GS. Gilbert, GS. Terry Light và GS. Takagi cho nhóm này. Việc thực hiện sẽ tùy theo thăm khám lâm sàng và dựa trên hội chẩn với các chuyên gia nước ngoài để thực hiện. Do bản chất thiếu sản type II và III là tổn thương mức độ hạn chế hình dạng và chức năng không hoàn toàn khi so sánh với bàn tay lành hoặc khó thuyết phục chức năng suy giảm trong tương lai của bàn tay thiếu sản, làm cho tham vấn đồng thuận phẫu thuật sớm của gia đình cho trẻ sẽ khó khăn. Chủ yếu trẻ lớn khi có nhiều thay đổi thẩm mỹ và ảnh hưởng chức năng nhiều, gia đình mới chấp thuận cho phẫu thuật.

Đánh giá chức năng sau mổ cho ngón cái được chỉnh sửa hay tái tạo, thường các tác giả yêu cầu phải có số đo lực kẹp, lực nắm, tầm vận động liên quan ngón cái cũng như các hoạt động khéo léo tinh tế khi phối hợp ngón cái với các ngón khác trong bàn tay. Nhưng do đặc điểm đối tượng nghiên cứu là trẻ nhỏ chưa ý thức hành vi theo yêu cầu của người khám, và thời gian theo dõi chưa thể đến tuổi trưởng thành nên việc xác định lực và tầm vận động rất khó thực hiện khi đó là trẻ nhỏ, chúng tôi chọn cách đánh giá theo tiêu chuẩn dựa trên tính chất hoạt động khéo léo của bảng T-GAP [8] chủ yếu quan sát hoạt động bàn tay trẻ nhỏ khi thực hiện sử dụng đồ chơi, hoạt sử dụng cho cầm nắm đồ vật nhỏ mà có ngón cái tham gia. Đánh giá chủ yếu dựa trên quan sát khi khám và nhận xét gia đình lúc trẻ sinh hoạt và chơi đồ chơi. Do đó, để đánh giá trước và sau mổ khi theo dõi lần cuối chúng tôi chọn cách đánh giá phối hợp mức độ sử dụng sự khéo léo của ngón cái theo bảng T-GAP dùng cho mọi lứa tuổi trẻ em và cách đánh giá chức năng của bàn tay trẻ nhỏ trong bệnh lý cơ bàn tay do James W. House đưa ra và tạm gọi tắt là phân loại James gồm 4 nhóm mức độ:

- Tốt (Mức 1): Ngón cái có khả năng đối ngón hoàn hảo, kẹp được các vật nhỏ bằng đầu ngón (pulp-to-pulp pinch) và có lực cầm nắm mạnh mẽ.
- Khá (Mức 2): Ngón cái có thể đối ngón nhưng tầm vận động hơi hạn chế, hoặc lực kẹp yếu hơn so với bình thường nhưng vẫn đảm bảo được chức năng sinh hoạt cơ bản.
- Trung bình (Mức 3): Khả năng đối ngón kém, chủ yếu chỉ thực hiện được các động tác kẹp thô hoặc giữ vật bằng cách ép ngón cái vào cạnh các ngón khác (lateral pinch), chức năng vận động tinh bị hạn chế.
- Kém (Mức 4): Ngón cái gần như không có chức năng đối ngón, không thể thực hiện các động tác cầm nắm hiệu quả, thường gặp ở các ca ghép xương làm cứng khớp hoặc trục ngón không thuận lợi.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 2022-2025, khoa Chỉnh Hình Nhi BV.CTCH đã ghi nhận có 8 trường hợp thiếu sản ngón cái ở mức độ II và III theo phân loại Blauth đã được mổ tạo hình về gân và xương. Danh sách và kết quả ghi nhận qua bảng 1 dưới đây:

Tổng cộng có 2 trường hợp loại II và 6 trường hợp loại III, trong đó IIIA có 4 ca và IIIB có 2 ca (theo phân loại Manske), có 2 trường hợp bị thiếu sản 2 tay nhưng tất cả bệnh nhân đều chỉ mới mổ thiếu sản ngón cái một bên. Một trường hợp thiếu sản ngón cái 2 bên và liên quan hội chứng AMC (trường hợp số 6). Có 5 trường hợp dưới 6 tuổi và 3 trường hợp từ 6 tuổi đến 10 tuổi, tuổi trung bình 5,62. Tất cả đều là trẻ nam và 5 trường hợp được mổ tay bên phải và chỉ có 3 trường hợp mổ tay bên trái. Trong đó các trường hợp được điều trị tùy theo hạn chế đối ngón và

mất vững khớp bàn ngón sẽ chuyển cơ dạng ngón 5 hay gấp nông ngón 4 (3 ca làm phẫu thuật Huber trong đó có 1 ca làm thì 2 bổ sung sau ghép xương và 2 ca chuyển gân gấp nông ngón 4). Hai trường hợp tạo hình dây chằng bên trụ và 2 trường hợp ghép xương bàn ngón từ xương bàn chân lên. Nếu như trước đây các trường hợp thiếu sản độ II và IIIA ít được quan tâm vì chúng tôi chưa kinh nghiệm và chưa thuyết phục gia đình tham gia điều trị khi trẻ còn nhỏ, chủ yếu điều trị chuyển ngón 2 làm cái hóa cho thiếu sản type IV và V. Hiện nay, chúng tôi mạnh dạn xử trí ghép xương và chuyển gân sớm cho trẻ nhỏ có thiếu sản nhẹ chứng thiếu chức năng theo những kiến thức cập nhật từ các hội thảo với chuyên gia thế giới. Điều này góp phần nâng cao chất lượng điều trị cũng như tạo điều kiện trẻ thích nghi hoạt động bàn tay với những thay đổi trong chuyển gân và trong tự chỉnh khi trẻ lớn.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân (n=8)

Phân nhóm	n	%	Ghi chú
Type II	2	25,0	CMC tương đối vững
Type IIIA	4	50,0	CMC bắt đầu mất vững, thiếu gân/cơ
Type IIIB	2	25,0	CMC mất vững rõ, thiếu sản nặng
Tuổi <6	5	62,5	
Tuổi 6–10	3	37,5	Đến viện muộn

Các kỹ thuật được sử dụng theo nhóm:

- Type II: tái tạo dây chằng bên trụ tại chỗ hoặc Huber.
- Type IIIA: giải phóng gân dính, tái tạo/ chuyển gân đối ngón (FDS ngón 4 – Riordan) hoặc Huber.
- Type IIIB: ghép xương có kèm tạo hình khớp thang-bàn; ưu tiên ghép có kèm khớp theo Takagi khi điều kiện cho phép.

Kết quả theo dõi lâu dài trên 6 tháng đến khi trẻ sử dụng được hoàn toàn tay sau mổ, sau đó tái khám mỗi 6 tháng tiếp theo hoặc 1 năm và đối với bệnh nhân ở xa sẽ trao đổi qua hình ảnh video của điện thoại để bác sĩ quan sát đánh giá hoạt động của bàn tay em bé cũng như hướng dẫn cách tập qua các hoạt động sinh hoạt của trẻ. Ngoài ra, dựa trên bảng nhận xét VAS của bảng T-GAP sẽ thăm dò ý kiến gia đình để nhận xét và quan sát các hoạt động của trẻ khi trao đổi qua điện thoại, từ đó dựa trên phân loại của James, chúng tôi ghi nhận kết quả sau:

Bảng 2. Kỹ thuật và kết quả theo từng ca

STT /tuổi/ giới	Type /tay	Kỹ thuật chính	KQ theo James	Hài long theo VAS
1 /1/nam	IIIB /P	Ghép xương đốt ngón chân	Kém	Chưa hài lòng
2 /10/nam	IIIA /T	Huber + giải phóng gân gấp	Khá	Chấp nhận
3 /5/nam	II /P	Huber	Trung bình	Chưa hài lòng
4 /5/nam	II /T	Tái tạo dây chằng bên trụ	Tốt	Chấp nhận

STT /tuổi/ giới	Type /tay	Kỹ thuật chính	KQ theo James	Hài long theo VAS
5 /3/nam	IIIB /P	Takagi (ghép xương bàn ngón chân kèm khớp)+Huber thì 2	Tốt	Hài lòng
6 /4/nam	IIIA /T	Riordan (FDS N4)	Trung bình	Chưa hài lòng
7 /6/nam	IIIA /P	Riordan (FDS N4)	Tốt	Hài lòng
8 /10/nam	IIIA /P	Giải phóng gân + tái tạo dây chằng	Tốt	Hài lòng

Kết quả chung: theo phân loại James đạt tốt 50%; khá 12,5%; trung bình 25,0%; kém 12,5%. Mức độ hài lòng của gia đình qua câu hỏi của VAS theo T-GAP : hài lòng 37,5%; chấp nhận 25,0%; chưa hài lòng 37,5%.



Hình 3. Ca số 7

Bệnh nhân Phan Ng. M. Th. 6 tuổi (hồ sơ 25/11461 mổ 12/5/2025) thiếu sản độ IIIA (Blauth) , mổ chuyển gân gấp nông ngón 4 làm đối ngón cái và tăng cường dây chằng bên trụ.



Hình 4. Ca số 4

Bệnh nhân Lê Q. Kh 5 tuổi (hồ sơ 23/36367 mổ 2/1/2024) thiếu sản 2 tay, tay trái thiếu sản độ II và tay phải thiếu sản độ V (H. 4c), tay trái đã mổ chỉnh dây chằng bên trụ chống lệch ngón và tăng cường chức năng sử dụng ngón (H. 4a, 4b). Hình theo dõi sau 1 năm khi đang sử dụng tháo ráp đồ chơi tình vi.

4. BÀN LUẬN

4.1. Điểm mấu chốt khi phân biệt type II và IIIA

Trong thực hành, dấu hiệu có giá trị nhất là độ vững khớp CMC. Type II thường ngón cái chỉ hơi nhỏ hơn đối bên và khám còn nền xương bàn I tương đối tốt và CMC vững, quan sát hoạt động tay có thể thấy hạn chế tầm vận động ngón cái do hẹp khe ngón, khó nhấc vật nhỏ bằng ngón cái; do đó điều trị thường tạo hình phần mềm, giải phóng phần mềm dính gân... có thể đạt kết quả chấp nhận được với tái

tạo mô mềm, diễn tiến tương lai sẽ mở bổ sung chuyển gân nếu vẫn chưa đạt đối ngón hoàn toàn. Ngược lại, type IIIA có mất vững CMC mức độ vừa và thiếu hụt gân/cơ ngoại ô mô cái, làm giảm lực kẹp và gây biến dạng tiến triển nếu không tái tạo gân sớm [1,3,4]. Trên x quang, bàn tay trẻ nhỏ sẽ có thấy rõ hình ảnh toàn bộ nhân sinh xương hoặc thân xương tiếp cận sát hàng xương cổ tay giống như bên đối diện nhưng kích thước xương sẽ nhỏ hơn (nếu bị một tay- xem hình 2).

4.2. Lựa chọn opponensplasty

Trong nhóm IIIA, có 2 ca chuyển gân FDS ngón 4 (Riordan) cho thấy nhiều ưu thế về hướng lực và biên độ đối ngón, lực cầm nắm chắc hơn so với 1 ca Huber thực hiện cho nhóm IIIA [1,3]. Nhận xét chung chuyển gân đều đạt mục đích làm vững khớp bàn ngón, nhất là những trường hợp có lệch trục khớp, nhưng trong chuyển gân gấp nông ngón 4 có ưu thế về độ vững khớp bàn ngón, cung vận động cũng nhiều hơn và có lực cầm nắm tốt hơn mạnh hơn. Nhận định chuyển gân gấp nông là quan điểm của nhiều phẫu thuật viên mỹ đồng thuận vì cho chức năng cầm nắm với lực mạnh hơn và phát triển tốt hơn. Tuy nhiên, Huber vẫn hữu ích khi điều kiện gân/giải phẫu không thuận lợi như thiếu sản type IIIB (trường hợp số 5). Ngoài ra, nếu trẻ có liên quan tổn thương đi kèm như AMC thì chức năng sẽ kém dù là phẫu thuật và nên làm sớm để có điều kiện tập về sau này [6].

4.3. Điều trị type IIIB

Type IIIB về bản chất là mất vững CMC rõ và thiếu sản nặng nền xương. Kỹ thuật ghép xương có kèm khớp và dây chằng (Takagi) [4] cho kết quả chức năng đối ngón tốt hơn so với ghép xương đốt ngón chân đơn thuần không có khớp (trường hợp số 5). Một số tác giả thích chọn chuyển ngón 2 sang ngón cái để tăng cường chức năng mạnh hơn là thẩm mỹ và nên làm sớm khi trẻ 1 tuổi [5,7].

4.4. Hình thức thẩm mỹ

Hầu như các trường hợp đến điều trị ở tuổi khá lớn và đều có biến dạng trục và mất chức năng gấp duỗi, do đó khả năng tự chỉnh rất kém và do điều kiện bệnh nhân sinh sống ở xa nên khả năng tập luyện và săn sóc sau đó rất ít thực hiện để duy trì và nâng cao chất lượng điều trị. Trong nhóm II và IIIA về hình thức rất tương tự nhau và chỉ có thể nhận biết khi quan sát và khám cẩn thận chức năng mất gấp duỗi đốt ngón xa, hoặc không có rãnh gấp liên đốt, hoặc nhỏ hơn bên đối diện một ít [4]. Chính vì đặc điểm này làm cho các bác sĩ tầm soát ban đầu rất khó xác định có nên mổ sớm hay chờ theo dõi lớn sẽ quyết định.

5. KẾT LUẬN

Phân biệt giữa 2 nhóm thiếu sản ngón cái thuộc type II và III (trong đó type IIIA) hay gặp khó khăn về hình thức và đòi hỏi khám đánh giá cẩn thận sự khác biệt của 2 type này dựa trên vai trò chức năng gân ngoại ô mô cái ở mức độ thiếu sản nặng hay nhẹ cũng như mức độ vững khớp bàn ngón và thang bàn. Phương pháp điều trị cũng có phần phức tạp hơn trong nhóm III nhất là IIIB khi phải ghép xương và luôn phải cần chuyển gân để tăng cường mức độ gấp và đối ngón.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Light T.R. Congenital deformities of the hand: An atlas of their surgical treatment. Orthopedics 1982 Feb 1;5(2):235 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24822519/>
- [2] Manske PR, McCarroll Jr HR. James M. Type III-A hypoplastic thumb. J Hand Surg Am. 1995;20(2):246–253. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(05\)80018-8](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(05)80018-8)
- [3] Tonkin MA. On the classification of congenital thumb hypoplasia. J Hand Surg Eur Vol. 2014;39(9):948–955. <https://doi.org/10.1177/1753193413516246>
- [4] Takagi T. Blauth and Manske classifications for thumb hypoplasia, Journal of Hand and Microsurgery, Volume 17, Issue 5, September 2025, 10032 <https://doi.org/10.1016/j.jham.2025.100323>
- [5] Foucher G, Medina J, Navarro R. Microsurgical reconstruction of the hypoplastic thumb, type IIIB. J Reconstr Microsurg 2001;17:9-15. <https://doi.org/10.1055/s-2001-12683>
- [6] Shibata M, Yoshizu T, Seki T, Goto M, Saito H, Tajima T. Reconstruction of a congenital hypoplastic thumb with use of a free vascularized metatarsophalangeal joint. J Bone Joint Surg Am 1998;80:1469-76. <https://doi.org/10.2106/0004623-199810000-00008>
- [7] Guéro S. Surgical management of the Blauth 1 to 3A thumb hypoplasia, Chir Main 2008 Dec;27 Suppl 1:S62-70.doi: 10.1016/j.main.2008.07.025. Epub 2008 Aug 22.
- [8] Kollitz K.M., Tomhave W.A., Van Heest A.E., Moran S.L., A New, Direct Measure of Thumb Use in Children After Index Pollicization for Congenital Thumb Hypoplasia, Volume 43, Issue 11 P978-986.E1 November 2018 doi: 10.1016/j.jhsa.2018.02.025.
- [9] Alain Gilbert , Bran Sivakumar, Traitement conservateur des hypoplasies sévères du pouce -Toe Phalanx Transfer for Blauth Types III B-C and IV Thumb Hypoplasia, E-Mem Acad Natle Chir. 2019;18(1):009 DOI : 10.26299/x0p8-3f25/emem.2019.1.009