NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT DÍNH NGÓN VÀ CHẺ NGÓN BÀN TAY

Nguyễn Thái Thùy Dương[1], Vũ Hữu Thịnh[1]

TÓM TẮT

Dính ngón và chẻ ngón là một trong những dị tật bẩm sinh ở bàn tay. Dính ngón tay thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 1/2000-1/3000 trẻ; trong khi chẻ ngón tay với các khuyết chẻ hình chữ V và chữ U hiếm gặp hơn, chiếm tỉ lệ lần lượt là 1/90000 và 1/150000. Các dị tật này dù xuất hiện đơn lẻ hoặc kết hợp đều gây ra những khiếm khuyết về mặt chức năng cũng như ảnh hưởng thẩm mỹ bàn tay. Báo cáo ca lâm sàng 1 bệnh nhân nữ, 17 tuổi được chẩn đoán có dị tật bàn tay phải (P) gồm dính ngón I-II và III-IVkết hợp chẻ ngón II-III, được phẫu thuật tách dính ngón tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ bệnh viện Đại học Y Dược tháng 05 năm 2019, bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu 4 tháng. Sau phẫu thuật 4 tháng, các ngón dính I-II, III-IVđược tách ra, thể hiện được hình dáng bàn tay. Sẹo lành tốt, không lồi. Chức năng bàn tay không bị thay đổi sau phẫu thuật. Bệnh nhân hài lòng với hình dáng bàn tay sau mổ. Dị tật dính ngón kết hợp chẻ ngón rất hiếm gặp. Điều trị các dị tật này đòi hỏi việc đánh giá lâm sàng, vận động hiện tại của bàn tay, kết hợp vật lý trị liệu nhằm đảm bảo chức năng và hình dáng bàn tay.

***Từ khoá**: dính ngón, chẻ ngón*

ABSTRACT

TREATMENT OF SYNDACTYLY AND CLEFT HAND: A CASE REPORT

Nguyen Thai Thuy Duong, Vu Huu Thinh

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 74 - 79

Syndactyly and cleft hand are the conginental deformities of the hands. Syndactyly is the most popular type with the incidence is 1/2000-1/3000 births, while cleft hand with "V shape" and "U shape" occurs in 1/90000 births and 1/150000 births, retrospective. These deformities could present alone or in combination could affect also the function and shape of the hand. A case report study a 17 years- old female patient presented syndactyly of thumb – index fingers, long – ring fingers and split hand of index – long fingers on right hand was admitten to Department of Plastic and Cosmetic Surgery- University Medical Center on May 2019. She had a surgery for releasing the syndactyly and had 4 months follow up after procedure. After surgery 4 months, the syndactyly of thumb – index fingers, long – ring fingers were released and her hand get separating five fingers. The scar was healed. The function of hand is maintenance after releasing syndactyly of thumb – index fingers. The frequence of syndactyly and cleft hand combination is rare. The treatment of these deformities include: assessment clinical situation, the motion of fingers and physical exercise to get the function and shape of the hand after surgery.

***Keywords:** syndactyly, cleft hand*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bàn tay là những bất thường bẩm sinh gây ra nhiều ảnh hưởng đến mặt chức năng cũng như hình dáng bàn tay. Có rất nhiều hình thái dị tật khác nhau ở bàn tay: dính ngón, thừa ngón, chẻ ngón, thiếu ngón. Các dị tật này có thể xuất hiện đơn lẻ hoặc kết hợp với các bất thường khác xảy ra trong cùng một hội chứng(1). Trong các dị tật ở bàn tay, tật dính ngón bẩm sinh thường gặp nhất. Dính ngón là tình trạng không có kẽ ngón hoặc có kẽ ngón nhưng nền kẽ ngón nằm ở thấp so với vị trí bình thường, tỷ lệ gặp khoảng 1/2000-1/3000 trẻ em và gặp ở bé trai nhiều gấp hai

[1]Khoa Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BSCKI. Nguyễn Thái Thuỳ Dương *ĐT*: 0908456236 *Email*: duong.ntt02@umc.edu.vn

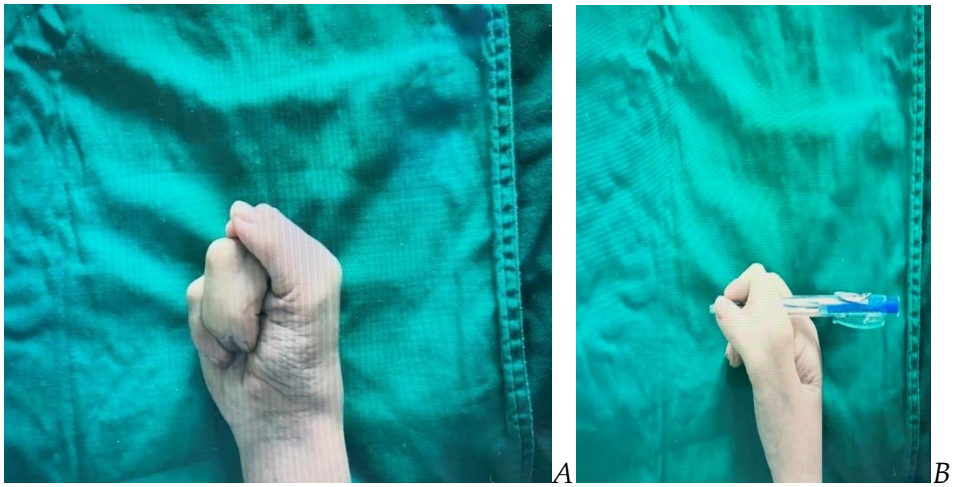
lần bé gái[2,3,4]. Về phân loại, dựa theo mức độ dính, tật dính ngón chia thành dính ngón hoàn toàn (màng gian cốt chiếm toàn bộ chiều dài) và dính ngón không hoàn toàn (màng gian ngón chiếm chiếm một phần của ngón). Dựa theo mức độ phức tạp, tật chia thành: dính ngón đơn giản (chỉ dính phần mềm); dính ngón phức hợp (dính cả xương và móng); dính ngón phức tạp (dính ngón có kèm theo biến dạng phức tạp ở xương, khớp)[5]. Tật chẻ ngón, còn gọi là "bàn tay tôm hùm" được xem như tình trạng khuyết phần mô mềm, xương ở vị trí giữa của bàn tay, tạo ra các chẻ ngón ở bàn tay, có thể gặp khuyết hình chữ V hoặc khuyết hình chữ U. Tần suất của các dị tật chẻ ngón chữ V là 1/90000 trẻ, ở dị tật chẻ ngón chữ U là 1/150000 trẻ mới sinh ra[6].

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Tháng 05 năm 2019 khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ bệnh viện Đại học Y Dược tiếp nhận trường hợp nữ, 17 tuổi, đến thăm khám về dị tật bàn tay (P) bẩm sinh. Bệnh nhân đến khám với mong muốn được tạo hình lại bàn tay để có đủ năm ngón tách biệt.

Chúng tôi khám và ghi nhận bệnh nhân chỉ có di tật ở bàn tay (P). Bàn tay (P) có tình trạng dính ngón I-II, dính ngón III-IV và chẻ ngón ở vị trí ngón II-III *(Hình 1)*.

***Hình 1**. Hình ảnh bàn tay trước phẫu thuật. A: Bàn tay tư thế ngửa, B: Bàn tay tư thế ngửa*



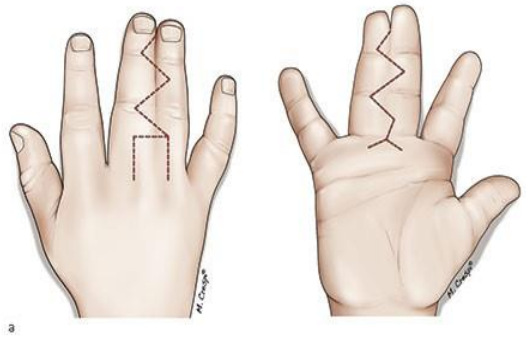
***Hình 2**. Bàn tay thực hiện các động tác đối ngón, cầm, nắm (trước phẫu thuật). A: Bàn tay thực hiện động tác nắm, B: Bàn tay thực hiện động tác đối ngón cái, cầm bút*

***Hình 3**. X-Quang bàn tay (P) tư thế thẳng, nghiêng của bệnh nhân*

Khi đánh giá tình trạng của bàn tay, chúng tôi ghi nhận bênh nhân có thể cầm nắm các vật dụng, sinh hoạt hằng ngày hoàn toàn bằng tay trái (T), bàn tay (P) cũng thực hiện được động tác đối ngón cái, cầm nắm được vật dụng là do bênh nhân đã sử dụng phần dính ngón I-II như vai trò của một ngón cái, và phần chẻ ngón II-III được xem như là màng gian ngón cái *(Hình 2)*. Trên X-Quang bàn tay (P) thẳng và nghiêng cho hình ảnh dính ngón I-II không hoàn toàn đến thân đốt gần, thiểu sản đốt giữa ngón II, dính ngón III-IV hoàn toàn. Xương bàn ngón III ngắn hơn các ngón khác *(Hình 3)*.

Dựa vào lâm sàng và hình ảnh X-Quang bàn tay (P), bệnh nhân được chẩn đoán: dị tật dính ngón I-II, III-IV và chẻ ngón bàn tay (P). Bệnh nhân được tư vấn chi tiết về kế hoạch điều trị và kết quả sau phẫu thuật tách ngón và khép ngón, đặc biệt chức năng của bàn tay (P) có thể bị giới hạn cầm, nắm nếu thực hiện phẫu thuật khép ngón. Giai đoạn đầu, bệnh nhân được phẫu thuật tách dính ngón I-II; III-IV nhằm tạo hình các ngón cho bàn tay (P). Giai đoạn sau, bệnh nhân tiếp tục được tạo hình đóng khép phần chẻ ngón. Trong toàn bộ quá trình điều trị, bệnh nhân cần được theo dõi hậu phẫu về kết quả tưới máu các ngón, sự lành thương, phát triển của sẹo, cũng như đánh giá chức năng cầm nắm của bàn tay phải. Giai đoạn sau chỉ nên thực hiện khi bệnh nhân đồng ý và hiểu rõ về kết quả sau phẫu thuật khép ngón.

Bệnh nhân được chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật tách ngón dính I-II và ngón dính III-IV. Các xét nghiệm tiền phẫu đều trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được gây mê. Ngón I-II dính không hoàn toàn đến vị trí khớp liên đốt gần-xa. Thiết kế đường mổ zig zag dọc theo các ngón ở mặt lưng và mặt gan bàn tay, tránh đường mổ dọc của vùng khớp ở mặt lòng *(Hình 4)*. Ngón III-IV dính nhau hoàn toàn đến chỏm đốt xa các ngón. Việc giải phóng các ngón này cũng được thực hiện với đường mổ zig zag ở mặt lòng và mặt mu ngón III-IV. Kíp mổ cũng đồng thời lấy da dày vùng bẹn (T) để ghép da dày bổ sung ở các vị trí thiếu da kẽ ngón và dọc các ngón tay. Các ngón tách dính được giữ cố định thẳng khi băng cố định.



***Hình 4**. Thiết kế đường mổ của phẫu thuật tách ngón dính*

***Hình 5**. Hình ảnh của bàn tay sau phẫu thuật 1 tuần*

***Hình 6**. Bàn tay thực hiện các động tác cầm, nắm, đôi ngón sau phẫu thuật 4 tháng. A: Bàn tay thực hiện động tác nắm, B: Bàn tay thực hiện động tác đôi ngón cái, C: Bàn tay thực hiện động tác cầm viết*

Sau phẫu thuật 1 tuần, bệnh nhân được thăm khám lại. Đầu các ngón tay hồng ấm, vết mổ khô, cử động gập duỗi có thể thực hiện được *(Hình 5)*. Tái khám sau 4 tháng, vết mổ lành tốt, chưa ghi nhận sẹo lồi, cử động gập duỗi có thể thực hiện được, động tác cầm vật dụng hoặc đối ngón cái vẫn thực hiện như trước phẫu thuật. Bệnh nhân hài lòng với hình dạng năm ngón tách biệt của bàn tay (P). Bệnh nhân có ý muốn thực hiện phẫu thuật tạo hình khép ngón II-III nhưng các xét nghiệm tiền phẫu chưa ổn định nên không thể thực hiện tiếp vào thời điểm tái khám *(Hình 6)*.

BÀN LUẬN

Dị tật bàn tay là những bất thường bẩm sinh gây ra nhiều ảnh hưởng đến mặt chức năng cũng như hình dáng bàn tay. Các hình thái dị tật khác nhau ở bàn tay: dính ngón, thừa ngón, chẻ ngón, thiếu ngón sẽ làm mất hoặc hạn chế các vận động của bàn tay, ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày cũng như tâm lý của bệnh nhân vì tính thẩm mỹ kém.

Xuất độ của dị tật dính ngón là 1/2000-1/3000 trẻ[2] và dị tật chẻ ngón hình chữ V, chữ U lần lượt là 1/90000 trẻ và 1/150000 trẻ[3]. Chúng tôi chưa ghi nhận được tỉ lệ của bàn tay có dị tật dính ngón kết hợp chẻ ngón, cũng như chưa có báo cáo trong nước về điều trị dị tật kết hợp này

Đối với chỉ định tách ngón, mục đích nhằm gỡ bỏ màng gian ngón và tái tạo nền kẽ ngón để

các ngón có thể thực hiện chức năng một cách độc lập. Tuy nhiên với ca lâm sàng, chúng tôi đánh giá bệnh nhân đang sử dụng ngón dính I-II như một ngón cái, dị tật chẻ ngón II-III đóng vai trò như kẽ ngón cái. Các động tác đối ngón hay cầm nắm, đều có thể thực hiện được, nên chúng tôi thiết nghĩ không nhất thiết phải tách ngón để các ngón thực hiện vai trò độc lập. Nếu đánh giá bàn tay dựa vào chức năng của nó thì có thể xem đây là một bàn tay đạt được chức năng cần thiết, bệnh nhân chỉ cần thực hiện tách ngón dính III-IV. Tuy nhiên bệnh nhân của chúng tôi đặt mong muốn về thẩm mỹ bàn tay, có đủ năm ngón tách biệt, dù rằng việc tách ngón dính có thể không giúp bệnh nhân cải thiện hơn về chức năng mà còn hạn chế về vận động của ngón cái, là ngón nắm giữ 40% chức năng vận động của bàn tay. Sau khi được tư vấn, bệnh nhân vẫn đồng ý thực hiện phẫu thuật để tách ngón dính trước, đồng thời sẽ đánh giá lại kết qủa thẩm mỹ và chức năng vận động để quyết định tiếp tục phẫu thuật giai đoạn 2 là khép phần chẻ ngón.

Chúng tôi phẫu thuật giải phóng dính các ngón I-II ngón III-IV. Dính ngón là tình trạng không có kẽ ngón hoặc có kẽ ngón nhưng nền kẽ ngón nằm ở thấp so với vị trí bình thường. Về phân loại, dựa theo mức độ dính, tật dính ngón chia thành dính ngón hoàn toàn (màng gian cốt chiếm toàn bộ chiều dài) và dính ngón không hoàn toàn (màng gian ngón chiếm chiếm một phần của ngón). Dựa theo mức độ phức tạp, tật chia thành: dính ngón đơn giản (chỉ dính phần mềm); dính ngón phức hợp (dính cả xương và móng); dính ngón phức tạp (dính ngón có kèm theo biến dạng phức tạp ở xương, khớp[5]. Dính ngón thường gặp nhất là ở ngón giữa và ngón nhẫn, chiếm 41%; dính ngón nhẫn và ngón út là 27%; dính ngón trỏ và ngón giữa là 23%; dính ngón cái và ngón trỏ là 9%[7]. Dựa theo phân loại trên thì ca lâm sàng của chúng tôi dính ngón cái và trỏ, dính ngón giữa và nhẫn đều ở mức độ đơn giản.

Trong điều trị tách dính ngón, theo thống kê của tác giả Upton J, có 46 kỹ thuật giải phóng dính ngón được liệt kê trong nhiều năm qua[8]. Đa phần các kỹ thuật có các đặc điểm chung: vạt da kẽ ngón tạo từ mặt mu hoặc mặt gan, hoặc kết hợp cả mặt mu và mặt gan; tránh đường xẻ dọc diện khớp ở mặt gan bàn tay, đường mổ đi theo đường zig zag; và kết hợp ghép da bổ sung sau khi tách ngón. Ở trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân được thiết kế đường rạch da zig zag đối xứng ở mặt mu và mặt gan *(Hình 4)*, rạch da bóc tách các phần mô dính, tránh đụng chạm và chúng tôi cũng không chủ động tìm các bó mạch thần kinh ở giữa. Do đó khi tách ngón, sẽ có nguy cơ các ngón bị thiếu đi hệ mạch một bên, khả năng cấp máu của các ngón sẽ tuỳ thuộc vào hệ mạch máu đối bên của ngón. Các ngón dính I-II là ngón dính không hoàn toàn, da dính ngón dư nhiều, không cần ghép da bổ sung. Tuy nhiên các ngón III-IV dính hoàn toàn, không dư da vùng dính nên nguy cơ thiếu da rất lớn, nhất là khi muốn tạo nền kẽ ngón. Kíp phẫu thuật cũng lấy da dày vùng bẹn bên (T) để ghép bổ sung sau khi tách, sẽ có thể giảm được nguy cơ xuất hiện sẹo co rút so với việc ghép da mỏng. Các ngón được khâu bằng chỉ tự tiêu 5-0 và khâu thưa. Vùng ghép da được đắp gạc mỡ. Các bước trong phẫu thuật cũng có những điểm chính tương tự như trong các kỹ thuật được mô tả trong các y văn.

Độ tuổi để phẫu thuật cũng là một trong những yếu tố còn nhiều bàn luận. Theo các y văn, 18-36 tháng[7] là độ tuổi phù hợp để thực hiện phẫu thuật tách ngón. Cũng có tác giả cho rằng các trường hợp nên tách dính ngón sớm khi: dính ngón hai bờ bàn tay (ngón cái và ngón út), dính ngón kèm biến dạng phức tạp ở xương-khớp[7,9]. Bệnh nhân của chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật khi đã lớn, điều này có thể do bệnh nhân đã quen với việc thao tác sinh hoạt hằng ngày bằng bàn tay (T) nhu cầu của bệnh nhân chỉ quan tâm về vấn đề thẩm mỹ hơn là chức năng của bàn tay.

Kết quả sau phẫu thuật, chúng tôi đã có thời gian theo dõi gần sau 1 tuần và thời gian theo dõi xa là 4 tháng về các tiêu chí: khả năng cấp

máu, sự lành thương, tình trạng sẹo, vận động của bàn tay. Sau 1 tuần, các đầu chi hồng ấm, vết mổ và da ghép liền thương. Nếu chia mức độ đánh giá sẹo ở các mốc: tốt (sẹo liền đẹp, màu sắc tương thích, không co rút, không lồi); khá (sẹo liền, có khác biệt màu da, không co rút, không lồi); kém (sẹo co rút/sẹo lồi) thì tình trạng sẹo sau phẫu thuật ở bệnh nhân của chúng tôi đạt được mức khá. Với vận động của bàn tay, so sánh với trước phẫu thuật, bệnh nhân vẫn thực hiện được các động tác đối ngón, cầm, nắm *(Hình 6)*. Bệnh nhân khá hài lòng về mức độ thẩm mỹ do đạt được hình dáng bàn tay có đủ năm ngón tách biệt và mong muốn thực hiện tiếp phẫu thuật khép ngón. Bản thân tác giả nhận thấy việc khép ngón II-III trong trường hợp này phải cân nhắc đến chức năng vận động bàn tay sau mổ, đặc biệt là với bệnh nhân trưởng thành đã quen với việc sử dụng kẽ ngón II-III trong sinh hoạt hằng ngày, việc phẫu thuật khép ngón đôi khi cho kết quả tệ hơn.

KẾT LUẬN

Dị tật dính ngón kết hợp chẻ ngón rất hiếm gặp. Điều trị các dị tật này đòi hỏi việc đánh giá lâm sàng, vận động hiện tại của bàn tay, kết hợp vật lý trị liệu nhằm đảm bảo chức năng và hình dáng bàn tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rayan GM, Upton J, et al (2014). Congenital Hand Anomalies and Associated Syndromes, pp.367-94. *Springer-Verlag*, Berlin.
2. Schwabe GC, Mundlos S (2004). Genetics of congenital hand anomalies. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 36:85-97.
3. Mandal K, Phadke SR, Kalita J (2008). Congenital swan neck deformity of fingers with syndactyly. *Clin Dysmorphol*, 17(2):109-11.
4. Malik S, Afzal M, Gul S, Wahab A, Ahmad M (2010). Autosomal dominant syndrome of camptodactyly, clinodactyly, syndactyly, and bifid toes. Am J Med Genet A, 152A(9):2313-7.
5. Dobyns JH, Green DP (1993). Operative Hand Surgery. *Churchill – Livingstone*, New York.
6. Davis DD, Kane SM (2020). Cleft Hand. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
7. Flatt AE (1994). The care of conginental Hand Anormalies, pp.466. *Quality Medical* Publishing, St Louis.
8. Upton J (1990). Congenital anomalies of the hand and forearm. McCathy J, May JW Jf, Littler JW (eds), 8(128):5213. *Saunders*, Philadelphia.
9. Eaton CJ, Lister GD (1990). Syndactyly. *J Hand Surgery*, 6:555.

Ngày nhận bài báo: *10/02/2021*

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: *06/03/2021*

Ngày bài báo được đăng: *10/04/2021*