

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH SẸO CO KÉO BÀN NGÓN TAY DI CHỨNG BÔNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Ông Thanh Tùng, Nguyễn Vũ Hoàng, Nguyễn Trần Thành,  
Đỗ Quang Hưng, Đặng Văn Thành, Lê Xuân Ngọc  
Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn, Hà Nội

### TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sẹo co kéo bàn ngón tay di chứng bông ở trẻ em dưới 6 tuổi. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh được thực hiện trên 17 bệnh nhân dưới 6 tuổi với 36 ngón tay bị sẹo co kéo tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ năm 2020 đến năm 2022.

22/36 ngón tay được điều trị bằng vạt tại chỗ, 11/36 ngón tay được ghép da dày toàn bộ, 3/36 ngón tay được sử dụng vạt tại chỗ phối hợp với ghép da. Trong đó nhóm sẹo dạng dải 17/18 ngón tay sử dụng vạt tại chỗ. Trong nhóm sẹo co dạng dính 13/18 ngón tay cần tới phẫu thuật ghép da dày toàn bộ. Thời điểm ra viện, tất cả các vạt tại chỗ và da ghép đều sống tốt, 1/36 ngón chàm liền được chăm sóc liền thương sau ra viện 02 tuần, mức tăng góc TAM 75,2 độ (98% mức thiếu hụt). Thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng mức tăng góc TAM trung bình 69,7 độ (90%). Sẹo phẳng nhỏ mờ ở 34/36 ngón, 2 ngón tay trên 1 bệnh nhân có sẹo co kéo trở lại. Kết quả nghiên cứu cho thấy, vạt tại chỗ hữu dụng với sẹo co dạng dải, sẹo co dạng sẹo dính, mảng cần phối hợp ghép da dày. Kết quả sau 03 tháng góc TAM của nhóm da ghép cải thiện ít hơn nhóm sử dụng vạt tại chỗ.

**Từ khóa:** Sẹo co kéo bàn ngón tay, trẻ em, sẹo di chứng bông

### SUMMARY

This study is to evaluate the treatment results of scar contracture of the fingers in children under 6ys. This study describes a case series performed on 17 patients with 36 scars contracture of hand and finger at Saint Paul Hospital from 2020 to 2022.

The local flap was performed on 22/36 fingers, FTSG (full thickness skin graft) was performed on 11/36 fingers, and combined local flap and FTSG on 3/36 fingers. In the linear band scar-contracture group, 17/18 fingers were undergone the local flap. In the broad-band contracture group, 13/18 fingers required FTSG. At discharge time, all local flaps and skin grafts were alive, 1/36 finger was infected and completely healed in 2

<sup>1</sup>Chịu trách nhiệm: Ông Thanh Tùng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội

Email: uongthanh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2023; Ngày nhận xét: 12/10/2023; Ngày duyệt bài: 29/10/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.5.2023.261>

weeks without surgery. The total active range of motion (TAM angle) increased by 75.2 degrees (98% of the deficit). 3 months after surgery, the average increase in TAM angle was 69.7 degrees (90%). Small flat scars appeared in 34/36 fingers, 2 fingers have hypertrophic and contracture scars. The study showed that the local flap is useful with linear band type, and FTSG should be an indication for broadband type. The results after 3 months of the TAM angle of the skin graft group improved less than the group using local flaps.

**Keywords:** Hand-finger scar contracture, children, scar burn

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay là cơ quan hoạt động nhiều nhất ở trên cơ thể, là cơ quan cầm nắm mọi vật, vì vậy rất dễ bị tổn thương. Sẹo co kéo bàn tay do nhiều nguyên nhân, trong đó bỏng là nguyên nhân thường gặp. Theo số liệu của Viện Bỏng Quốc gia, mỗi năm có gần 6000 bệnh nhân khám và điều trị, trong đó có 1200 bệnh nhân điều trị di chứng bỏng, trong số đó có 300 bệnh nhân bị bỏng vùng bàn ngón tay chiếm tỷ lệ lớn, sau đó đến bỏng vùng cằm, cổ mặt và thân [1].

Trong số hơn 1700 trường hợp bỏng được Tradget báo cáo: Với những trường hợp bỏng trên 15% diện tích bề mặt cơ thể có 54% trường hợp bỏng ở bàn tay, chi trên và có đến 75% trường hợp bỏng bàn tay được ghi nhận trong nhóm bỏng dưới 20% phần trăm diện tích bề mặt cơ thể [2]. Sẹo co kéo ngón tay di chứng bỏng do quá trình hình thành sẹo xơ dính và sự thiếu hụt da giữa các nếp bàn ngón, nếp liên đốt ngón làm hạn chế góc vận động ngón. Điều trị không thích hợp lâu ngày dẫn đến co kéo các cấu trúc sâu như màng gân, dây chằng bên, dây chằng gan tay, bó mạch thần kinh. Việc giải phóng sớm sẹo co kéo và tạo hình che phủ là rất cần thiết đặc biệt trên nhóm bệnh nhân trẻ em bàn ngón tay vẫn đang phát triển [3].

Nhiều phương pháp tạo hình sử dụng trong điều trị sẹo co kéo bàn ngón tay đã được chứng minh có hiệu quả. Ghép da là phương pháp thường được sử dụng với ưu điểm kĩ thuật đơn giản, khối lượng chất liệu lớn có thể điều trị các sẹo co kéo rộng, nhưng nhược điểm chính là không thể sử dụng phương pháp này với các tổn khuyết lộ gân, mạch máu, thần kinh sau giải phóng sẹo, hơn nữa các mảnh ghép thường co lại đặc biệt trên nhóm trẻ em sau một thời gian dẫn tới co kéo tái phát và thường biến đổi không tương đồng màu sắc [4]. Vật tại chỗ huy động mô liền kề, phân bố lại mô lành sẵn có với kĩ thuật đơn giản, hiệu quả cao, ít tái phát thường được ưu tiên sử dụng trên bệnh nhân trẻ em. Một số chất liệu khác như vật lân cận và vật tự do có thể được sử dụng nhưng đòi hỏi kĩ thuật phức tạp, chỉ phù hợp với các khuyết tổn lớn vùng bàn tay [5].

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sẹo co bàn ngón bằng tay di chứng bỏng trên trẻ em. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "**Đánh giá kết quả tạo hình sẹo co kéo bàn ngón tay di chứng bỏng ở trẻ em tại bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn**" với 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng sẹo co kéo di chứng bỏng ở trẻ em và Đánh giá kết quả điều trị sẹo co kéo di chứng bỏng ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 17 bệnh nhi dưới 6 tuổi với 36 ngón tay được chẩn đoán sẹo co kéo bàn ngón tay di chứng bỏng được điều trị bằng các kỹ thuật ghép da, sử dụng vật tại chỗ hoặc kết hợp các phương pháp tại Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn thời gian từ 1/2020 đến tháng 12/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Mẫu nghiên cứu thuận tiện, tất cả bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, gồm 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán sẹo co kéo ngón tay, được điều trị bằng kỹ thuật vật tại chỗ, ghép da dày toàn bộ, hoặc kết hợp 2 phương pháp, hồ sơ của bệnh nhân ghi chép đầy đủ các triệu chứng lâm sàng, ảnh chụp trước, sau phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên

cứu, hoặc không theo dõi, không được đánh giá kết quả sau phẫu thuật. Khám lâm sàng để xác định vị trí, hình thái, tính chất của thương tổn, mức độ co ngón. Các tổn thương phối hợp đi kèm, so sánh với ngón tay bên lành để phát hiện các dấu hiệu teo ngón, ngắn ngón hay lệch trục ngón..., can thiệp trước đó bệnh nhân được khám, xác định nguyên nhân, vị trí, tuổi sẹo (thời gian từ khi tổn thương tới khi phẫu thuật); hình thái sẹo, mức độ co kéo. Theo chiều ngang (bề rộng) tổn thương của sẹo co ngón, chúng tôi phân loại sẹo co ngón thành 2 dạng: Sẹo dạng dải và sẹo dạng dính.

Sẹo co dạng dải: Bề rộng của tổn thương nhỏ, tổn thương tập trung thành dải mảnh, dọc theo trục ngón.

Sẹo co dạng dính: Bề rộng tổn thương thường lớn, hai mép của tổn thương dính chặt với nhau.

Theo mức độ sẹo co kéo chúng tôi phân loại thành 3 mức độ co kéo: dưới 1 đốt, từ 1 - 2 đốt, trên 2 đốt theo phân loại Mc. Cauley.

Mức độ	Xuất hiện các biểu hiện
I	Triệu chứng nhẹ, nhưng không giới hạn cử động, cấu trúc giải phẫu ít thay đổi.
II	Giảm nhẹ khoảng vận động nhưng không có biểu hiện ảnh hưởng các hoạt động thường ngày, biến dạng của cấu trúc giải phẫu nhẹ.
III	Chức năng bị ảnh hưởng, với sự thay đổi rõ về cấu trúc giải phẫu.
IV	Mất chức năng bàn tay với dấu hiệu biến dạng nặng các cấu trúc giải phẫu.

Chụp X - quang bàn tay để phát hiện các tổn thương lệch trục, cứng khớp kèm theo. Lựa chọn phương pháp tạo hình dựa trên đặc điểm hình thái và mức độ sẹo co kéo. Sẹo co kéo dạng dải hẹp chạy theo trục ngón; vật chữ Z, vật zumping man nếu co kéo tại kẽ ngón. Sẹo co kéo dạng sẹo

dính thành mảng nếu mức độ co kéo dưới 1 đốt và da bên ngón không tổn thương sử dụng vật IC, nếu sẹo co kéo dạng mảng từ trên 1 đốt ưu tiên sử dụng ghép da dày toàn bộ hoặc kết hợp vật tại chỗ và ghép da dày toàn bộ.



**Hình 2.1. Hình thái và mức độ sẹo co kéo**

A: Sẹo co kéo dạng dài dưới 1 đốt; B: Sẹo co kéo dạng dài 1 đốt  
C: Sẹo co kéo dạng sẹo dính 1 - 2 đốt; D: Sẹo co dạng dính trên 2 đốt

Đánh giá kết quả gần của phẫu thuật tại thời điểm ra viện (sau mổ 10 - 14 ngày) dựa trên sức sống của vật tạo hình và da ghép (sống, hoại tử một phần, hoại tử toàn bộ), liền thương vật và da ghép (liền thương thì đầu, chậm liền thương, nhiễm trùng...), mức tăng góc TAM. Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật 3 tháng dựa trên mức tăng góc TAM và tình trạng sẹo sau mổ (phẳng nhỏ mờ, phì đại, lồi, sẹo co kéo trở lại).

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các thông tin thu thập tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, đã được thông qua bởi Hội đồng Nghiên cứu khoa học của bệnh viện. Thông tin chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ bất kỳ mục tiêu nào khác, tất cả thông tin của các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được giữ bí mật. Số liệu thu thập đầy đủ, trung thực, khách quan, đảm bảo kết quả có tính khoa học, chính xác và tin cậy.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Tất cả 17 bệnh nhân (BN) trong nhóm nghiên cứu đều thuộc nhóm tuổi  $\leq 6$  tuổi, trung bình  $3,1 \pm 1,3$  tuổi, nhỏ nhất 1 tuổi và lớn nhất 6 tuổi.

Nguyên nhân thường gặp là bỏng nhiệt ướt là 15/17 BN chiếm 82,2%, chỉ có 2 trường hợp bỏng nhiệt khô chiếm 11,8%.

Trong 17 bệnh nhân có 2 bệnh nhân tổn thương 1 ngón, 11 bệnh nhân tổn thương 2 ngón và 4 bệnh nhân tổn thương 3 ngón, tổng số 17 bệnh nhân có 36 ngón tổn thương.

Phân độ sẹo co kéo theo MC. Cauley: Sẹo co kéo mức độ III: Chức năng bị ảnh hưởng, với sự thay đổi về cấu trúc giải phẫu chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong nghiên cứu 24/36 ngón (66,7%). Sẹo co kéo độ IV: Mức độ nặng mất chức năng bàn tay với dấu hiệu biến dạng nặng các cấu trúc giải phẫu chỉ chếm 5/36 ngón (13,6%). Mức độ sẹo co kéo và đặc điểm hình thái sẹo co kéo: Trong 36 ngón tổn thương, mức độ thiếu chiều dài ngón chiếm nhiều nhất là  $< 1$  đốt, Tất cả các tổn thương thiếu  $\geq 2$  đốt chiều dài đều là sẹo dạng dính.

**Bảng 3.1. Hình thái sẹo và mức độ co kéo**

Thiếu chiều dài ngón	$\leq 1$ đốt	1 - 2 đốt	$\geq 2$ đốt	Tổng
Sẹo dạng dài	14	4	0	18
Sẹo dạng dính	8	5	5	18
<b>Tổng</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>36</b>

**Bảng 3.2. Phân độ sẹo co ngón theo MC. Cauley**

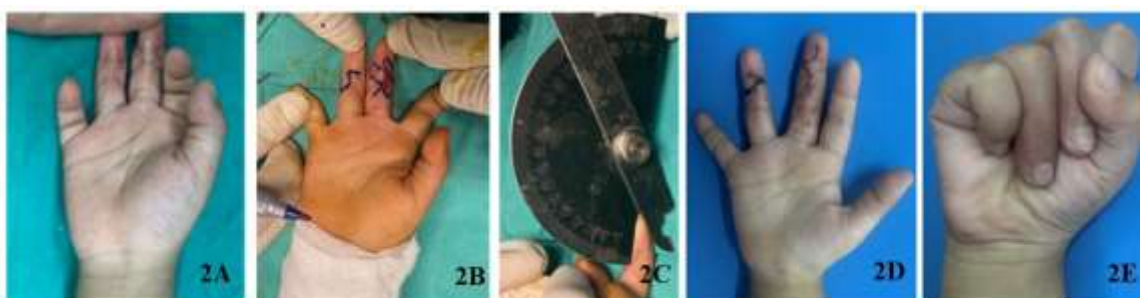
Mức độ co ngón	Số ngón tổn thương	Tỷ lệ %
Độ I	0	0
Độ II	7	19,4
Độ III	24	66,7
Độ IV	5	13,9
Tổng	36	100

**3.2. Đặc điểm phẫu thuật**

Phẫu thuật sử dụng vạt tại chỗ được sử dụng nhiều nhất với 22 ngón (61,1%) tổn thương, tiếp đến là ghép da dày 11 ngón (30,6%). Có 3 ngón (8,3%) phối hợp cả 2 phương pháp ghép da dày và vạt tại chỗ. Hầu hết các tổn thương sẹo dạng dài 17/18 ngón được phẫu thuật theo phương pháp vạt tại chỗ đơn thuần. Phần lớn sẹo dạng dính cần đến ghép da (ghép da dày đơn thuần hoặc phối hợp ghép da dày và vạt tại chỗ).

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa phương pháp điều trị và dạng sẹo co kéo**

Dạng sẹo	Thiếu chiều dài ngón	Phương pháp phẫu thuật			Tổng
		Vạt tại chỗ	Ghép da dày	Phối hợp	
Sẹo dạng dài	< 1 đốt	14	0	0	14
	1 - 2 đốt	3	0	1	4
	≥ 2 đốt	0	0	0	0
Sẹo dạng dính	< 1 đốt	4	4	0	8
	1 - 2 đốt	1	4	0	5
	≥ 2 đốt	0	3	2	5
Tổng		21	11	3	36



**Hình 3.1. Phương pháp phẫu thuật - BN Kiều Mạnh H., 4 tuổi,**  
**2A:** Sẹo co kéo dạng dài ngón III tay phải; **2B.** Lựa chọn vạt chữ Z tạo hình;  
**2C:** Đo góc TAM trước mổ; **2D, 2E:** Kết quả gàn góc TAM cải thiện sau mổ.



**Hình 3.2. Phương pháp phẫu thuật - BN Dương Tuệ M.,**  
3A, 3B, 3C: Kết quả sau 3 tháng sẹo co kéo ngón III bằng ghép da kết hợp vật tại chỗ



**Hình 3.3. Phương pháp phẫu thuật - BN Đặng Gia H.,**  
3D, 3E, 3F: Kết quả sau 3 tháng sẹo co kéo ngón III bằng ghép da kết hợp vật tại chỗ



**Hình 3.4. BN Phạm Hoàng Tiểu B., góc TAM cải thiện ngay sau phẫu thuật**

### 3.3. Kết quả phẫu thuật

Các biến chứng sớm sau phẫu thuật ở thời điểm ra viện rất hiếm gặp, 35/36 ngón tay (97,2%) cho kết quả sớm tốt, vật sống tốt, liền thương sau 2 tuần, chỉ có 1 trường hợp chậm liền vết mổ sau 2 tuần, sau đó đã được chăm sóc liền thương. Góc TAM

sau phẫu thuật tăng 75,2 độ đạt 98% mức thiếu hụt ban đầu. Tỷ lệ mức tăng góc TAM trung bình đạt lớn nhất với sẹo co kéo độ IV với 99,5% độ II, và độ III thấp hơn lần lượt là 97,1% và 97,2%. Sẹo dạng dính cũng có tỷ lệ tăng góc TAM cao hơn sẹo dạng dải (98,7% so với 96,8%).

**Bảng 3.4. Mức độ cải thiện góc TAM sau phẫu thuật theo hình thái sẹo và mức độ co kéo**

	Số lượng ngón	TAM TB trước PT (độ)	Mức độ thiếu hụt TAM TB (độ)	TAM TB sau PT (độ)	Mức tăng TAM TB (độ)	Tỷ lệ mức tăng/ mức độ thiếu hụt TAM TB (%)
Mức độ cải thiện TAM theo mức độ co kéo MC						
Độ II	7	222,4	37,6	258,9	36,5	97,1
Độ III	24	198,5	61,5	258,3	59,8	97,2
Độ IV	5	55	205	259	204	99,5
Mức độ cải thiện TAM theo hình thái sẹo						
Sẹo dạng dải	18	204,1	55,9	258,2	54,1	96,8
Sẹo dạng dính	18	162,4	97,6	258,7	96,3	98,7
Mức độ cải thiện chung 36 ngón						
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>183,3</b>	<b>76,7</b>	<b>258,5</b>	<b>75,2</b>	<b>98,0</b>

Tất cả 17 bệnh nhân với 36 ngón tổn thương đều được theo dõi đánh giá sau 3 tháng, phần lớn các trường hợp có sẹo mảnh, phẳng (34/36 ngón tay), 2 ngón có tình trạng sẹo nhìn rõ. Góc TAM giảm so

với thời điểm ra viện ở nhóm bệnh nhân có mức độ co kéo ban đầu nặng, sẹo dạng dính nhiều hơn nhóm khác. Phẫu thuật ghép da giảm góc TAM ở thời điểm 3 tháng nhiều hơn vật tại chỗ đơn thuần.

**Bảng 3.5. Đánh giá kết quả chức năng vận động theo góc TAM sau phẫu thuật 3 tháng**

Đặc điểm	Số lượng ngón	TAM TB trước PT (độ)	Mức độ thiếu hụt TAM TB (độ)	Tam TB sau PT (độ)	Mức tăng TAM TB (độ)	Tỷ lệ mức tăng/ mức độ thiếu hụt TAM TB (%)
Mức độ cải thiện TAM theo mức độ co kéo MC						
Độ II	7	222,4	37,6	256,4	34	90,4
Độ III	24	198,5	61,5	253,5	55	89,4
Độ IV	5	55	205	245,6	190,6	93
Mức độ cải thiện TAM theo dạng sẹo						
Sẹo dạng dải	18	204,1	55,9	255,3	51,2	91,6
Sẹo dạng dính	18	162,4	97,6	250,7	83,3	85,3
Mức độ cải thiện chung 36 ngón						
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>183,3</b>	<b>76,7</b>	<b>253</b>	<b>69,7</b>	<b>90,1</b>

#### 4. BÀN LUẬN

Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn dựa vào đặc điểm lâm sàng của sẹo. Khi lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho tổn sẹo co ngón tay, chúng tôi dựa trên các yếu tố sau: Thứ nhất là hình thái sẹo co kéo. Thứ 2 là mức độ thiếu hụt chiều dài ngón. Thứ ba là chất lượng da lành xung quanh. Các vạt tại chỗ đơn thuần chỉ sử dụng khi mức độ thiếu hụt ngón từ nhẹ đến trung bình, khi sẹo co kéo gây thiếu hụt chiều dài ngón từ 2 đốt trở lên chúng tôi sử dụng ghép da hoặc phối hợp ghép da và vạt tại chỗ. Cố định bàn ngón tay sau phẫu thuật rất quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả phẫu thuật.

Do đó chúng tôi tiến hành cố định tất cả 36 ngón tay được phẫu thuật. Hầu hết chúng tôi chỉ cần sử dụng nẹp để cố định bàn ngón tay (nẹp bột hoặc nẹp nhựa). Có 3 ngón tay chúng tôi cần cố định sau phẫu thuật bằng đinh kirschner, 3 ngón này cùng trên 1 bệnh nhân và có tổn thương nặng độ IV theo Mc. Cauley, ảnh hưởng đến các khớp nên cần cố định chắc chắn. Không phát hiện các trường hợp nhiễm trùng hay chảy máu sau mổ trong 36 ngón tay được phẫu thuật. Có 35/36 trường hợp (97,2%) có tình trạng vết mổ tốt, liền thương tốt thì đầu, vạt, da ghép sống hoàn toàn. Chỉ có 1 trường hợp tình trạng vết mổ đạt trung bình, thiếu dưỡng mép vạt, chậm liền sau 2 tuần. Đây là trường hợp bệnh nhân tổn thương co kéo 3 ngón kèm theo 2 dính 2 kẽ ngón, 1 ngón co kéo gây thiếu hụt hơn 1 đốt chiều dài, chúng tôi cố gắng sử dụng các vạt tại chỗ để không phải ghép da, có thể đây là nguyên nhân làm vết mổ chậm liền và thiếu

dưỡng mép vạt. Sau khi được chăm sóc, vết mổ đã liền sau đó. So sánh kết quả này với một số phương pháp điều trị khác như trong nghiên cứu sử dụng vạt IC điều trị sẹo co ngón tay của tác giả Vũ Thế Hùng có 9 vạt thuộc 9/110 ngón thiếu dưỡng (chiếm tỷ lệ 8%), 7 vạt thuộc 7/110 ngón thiếu dưỡng, hoại tử 1 phần vạt, chiếm 6% [6].

Nghiên cứu của Muhammad Ahmad tất cả các vạt tạo hình chữ Z đều sống tốt, trong khi đó có 8,9% da ghép hoại tử, 5,4% nhiễm trùng da ghép [7].

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Linh [8] sử dụng vạt chữ Z điều trị sẹo co ngón tay cho kết quả góc TAM tăng 93,1% mức độ thiếu hụt ban đầu, góc TAM tăng lên khi có ghép da phối hợp trong các trường hợp co kéo nhiều. Kết quả xa sau 3 tháng: 2 ngón xuất hiện sẹo rõ, gồ và co kéo nhẹ trở lại. 2 ngón này cùng trên 1 bệnh nhân không tuân thủ hướng dẫn chăm sóc và tập luyện sau mổ cho thấy mức độ quan trọng của việc chăm sóc vết thương, tập vận động, nẹp tư thế duỗi ngón khi ngủ.

Theo tác giả Vũ Thế Hùng nghiên cứu điều trị sẹo co bằng vạt IC có 22/94 ngón xuất hiện tình trạng sẹo xấu, sẹo lồi, phì đại. Sẹo co kéo thứ phát xuất hiện ở 7/94 ngón có liên quan tới biến chứng sớm như nhiễm trùng, hoại tử một phần đỉnh vạt [6]. Góc TAM cũng giảm trong nhóm sẹo co kéo dạng dính nhiều hơn so sẹo co kép dạng dải. Sự giảm góc TAM ở nhóm sẹo dạng dải và độ co kéo nhẹ ít hơn so với các nhóm khác có thể liên quan đến phương pháp phẫu thuật được chỉ định ở nhóm này chủ yếu là vạt tại chỗ đơn thuần, còn các nhóm khác nhiều trường hợp phải sử dụng ghép da.



## 5. KẾT LUẬN

Điều trị sẹo co kéo bàn ngón tay di chứng bỏng của trẻ em cần lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp dựa trên đặc điểm hình thái và mức độ của tổn thương. Chăm sóc sau phẫu thuật ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Các phương pháp sử dụng vật tại chỗ, ghép da dày toàn bộ mang lại hiệu quả điều trị cho các tổn thương sẹo co kéo bàn ngón tay trẻ em, tuy nhiên nguy cơ co kéo trở lại cao, đặc biệt trên nhóm có sử dụng phương pháp ghép da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Bình, N.V.H., (2004). Tạo hình che phủ khuyết phần mềm trong vết thương ngón tay qua nhận xét 78 trường hợp lâm sàng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số đặc biệt, 67-75.
2. GoogleScholar.<[https://scholar.google.com/scholar?hl=vi&as\\_sdt=0%2C5&q=Tredget+E.+Management+of+the+acutely+burned+upper+extremity.+Hand+Clin+2000%3B16%3A187%E2%80%93202.&btnG=>](https://scholar.google.com/scholar?hl=vi&as_sdt=0%2C5&q=Tredget+E.+Management+of+the+acutely+burned+upper+extremity.+Hand+Clin+2000%3B16%3A187%E2%80%93202.&btnG=>), accessed: 29/03/2022.
3. Sorkin M., Cholok D., Levi B., Scar Management of the Burned Hand. *Hand Clin.* 2017; 33 (2): 305-315.
4. Iwuagwu FC, Wilson D, Bailie F. The use of skin grafts in postburn contracture release: A 10-year review: *Plast Reconstr Surg.* 1999;103 (4): 1198-1204.
5. Liodaki E., Kisch T., Mauss K.L., et. al (2015). Management of pediatric hand burns. *Pediatr Surg Int*, 31(4), 397-401.
6. Vũ Thế Hùng (2014). *Đánh Giá Kết Quả Sử Dụng Vật Bền Ngón IC Trong Điều Trị Sẹo Co Ngón Bàn Tay*. Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Ahmad M., (2014). Management of digital flexion contractures in hand. *Isra Medical Journal*, 3, 18-23.
8. Nguyễn Ngọc Linh (2022). *Đánh giá kết quả điều trị sẹo co kéo ngón tay bằng kỹ thuật tạo hình chữ Z*. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.