

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ
VẾT THƯƠNG BÀN TAY CÓ TỔN THƯƠNG GÂN GẤP
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Lâm Thanh Tuấn^{1*}, Huỳnh Thống Em², Dương Khải²

Nguyễn Phú Toàn², Nguyễn Minh Luân²

1. Trung tâm Y tế Tân Hưng

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

*Email: lamtuanth1983@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/3/2026

Ngày phản biện: 01/7/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay rất thường gặp. Gân gấp các ngón tay được chia làm 5 vùng theo giải phẫu, mỗi vùng có thể có những cách phẫu thuật khâu nối gân khác nhau. Điều trị tối ưu tổn thương gân gấp ở bàn tay vẫn luôn là một thách thức trong phẫu thuật bàn tay. Nhằm nâng cao hiệu quả điều trị nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá kết quả điều trị vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 34 bệnh nhân có tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay được phẫu thuật khâu nối gân tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5 năm 2025 đến tháng 3 năm 2026. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân (gồm 51 ngón tay), có 70,6% bệnh nhân bị chấn thương cả gân gấp nông và gân gấp sâu, vùng II có tần suất bị thương cao nhất (chiếm 52,9%). Tỷ lệ lành vết thương thì đầu là 97,1% và tỷ lệ đứt lại gân là 2,9%. Đánh giá theo tiêu chí Strickland sau 3 tháng cho thấy kết quả rất tốt là 23,5%, tốt là 52,9%, trung bình là 17,7% và kém là 5,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật khâu nối gân sớm trong vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp được coi là an toàn, tạo điều kiện tập vận động gấp chủ động sớm và mang lại kết quả tương đối tốt.

Từ khóa: Tổn thương gân gấp, phẫu thuật bàn tay, kỹ thuật khâu gân 4 sợi trục.

ABSTRACT

**EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF
HAND WOUNDS WITH FLEXOR TENDON INJURIES
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL**

Lam Thanh Tuan^{1*}, Huynh Thong Em², Duong Khai²

Nguyen Phu Toan², Nguyen Minh Luan²

1. Tan Hung Health Center

2. Can Tho Central General Hospital

Background: Flexor tendon injuries in hand wounds are common. The flexor tendons in the hand are anatomically divided into 5 zones, each requiring different surgical approaches for tendon repair. Optimal management of flexor tendon injuries in the hand remains a challenge in hand surgery, aiming to enhance treatment efficacy, our research team conducted this study to evaluate the outcomes of managing hand wounds associated with flexor tendon injuries. **Objectives:** To investigate the characteristics and evaluate the treatment outcomes of hand wounds with flexor tendon injuries. **Materials and methods:** A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 34 patients with flexor tendon injuries in hand wounds who underwent tendon repair

at Can Tho Central General Hospital from May 2025 to March 2026. **Results:** The study on 34 patients (comprising 51 fingers), showed that 70.6% of patients had combined injuries of the Flexor Digitorum Superficialis (FDS) and Flexor Digitorum Profundus (FDP). Zone II had the highest frequency of injury (accounting for 52.9%). The rate of primary wound healing was 97.1% and tendon re-rupture rate was 2.9%. Assessment according to Strickland criteria after 3 months revealed: 23.5% excellent, 52.9% good, 17.7% fair, and 5.9% poor outcomes. **Conclusions:** Early tendon repair in hand wounds with flexor tendon injuries is considered safe, facilitates early active mobilization and yields relatively favorable outcomes.

Keywords: Flexor tendon injury, hand surgery, core suture technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay rất phổ biến trong cấp cứu chấn thương chỉnh hình, ít ảnh hưởng đến tính mạng của bệnh nhân nhưng nếu xử trí không tốt sẽ gây nên mất khả năng lao động, ảnh hưởng tâm lý người bệnh [1]. Gân gấp các ngón tay được chia làm 5 vùng theo giải phẫu, mỗi vùng có thể có những cách phẫu thuật khâu nối gân khác nhau, trong đó vùng II là quan trọng và điều trị khó khăn nhất. Tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay gây nhiều biến chứng sau mổ như dây cung, đứt lại và thường gặp nhất là dính gân. Các biến chứng này rất thường gặp và có thể phải phẫu thuật lại lên tới 25% trường hợp [2].

Điều trị tổn thương gân gấp ở bàn tay đa dạng các kỹ thuật khâu nối, loại chỉ khâu và các chương trình phục hồi sau phẫu thuật. Các phương pháp và quy trình điều trị đứt gân gấp đã được cải thiện trong vài thập kỷ qua, các kỹ thuật khâu nối gân và phương pháp phục hồi chức năng không ngừng phát triển. Tuy nhiên, bất chấp những tiến bộ, nguy cơ biến chứng vẫn ở mức cao do sự phức tạp về giải phẫu của vùng này nên còn nhiều tranh luận xoay quanh phương pháp tiếp cận tối ưu [3].

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã tiếp nhận và điều trị cho nhiều bệnh nhân có tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay. Điều trị tối ưu luôn là một thách thức lớn, đòi hỏi khâu nối hồi phục giải phẫu và chương trình tập vật lý trị liệu thích hợp để hồi phục chức năng bàn ngón tay đạt kết quả tốt. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu mới về kết quả lâu dài sau phẫu thuật của phương pháp này. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát trên 34 bệnh nhân bị tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5 năm 2025 đến tháng 3 năm 2026.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.
- + Bệnh nhân có tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay.
- + Bệnh nhân được phẫu thuật khâu nối gân trong vòng 24 giờ sau chấn thương.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân có kèm tổn thương: đứt gân duỗi, khuyết da hoặc gãy xương.
- + Bệnh nhân liệt, dị tật, biến dạng ở bàn tay bị tổn thương.

- + Bệnh nhân có các tổn thương khác ảnh hưởng đến phục hồi chức năng bàn tay: tổn thương tủy, rễ thần kinh cột sống cổ.
- + Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật hoặc tổn thương vùng gân bị tổn thương trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu.
- **Cỡ mẫu:** N = 34 bệnh nhân.
- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm tổn thương: tay tổn thương, số ngón tay tổn thương, vùng gân tổn thương, loại gân tổn thương.

+ Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật khâu gân được thực hiện trong vòng 24 giờ đầu sau chấn thương. Gân gấp được khâu bằng kỹ thuật Kessler cải biên 4 sợi trục. Khâu tăng cường bằng mũi khâu vắt dựa theo kỹ thuật khâu vắt cơ bản của Tajima, diện khâu luôn cách mép đứt khoảng 1mm. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được bất động bằng nẹp mu tay.

+ Phục hồi chức năng: Sau phẫu thuật, bệnh nhân được tập luyện dựa theo quy trình tập vận động thụ động một phần sớm từ ngày thứ 2 sau mổ với sự giám sát của kỹ thuật viên, tập vận động gấp chủ động pha sớm trong 3 tuần đầu tiên sau mổ.

+ Kết quả điều trị: Các biến chứng sau phẫu thuật, kết quả phục hồi tầm vận động tại thời điểm 3 tháng được đánh giá theo tiêu chuẩn Strickland cổ điển: $K(\%) = [(biên\ độ\ vận\ động\ chủ\ động\ của\ khớp\ liên\ đốt\ gần + khớp\ liên\ đốt\ xa) - (biên\ độ\ thiếu\ duỗi\ của\ khớp\ liên\ đốt\ gần + khớp\ liên\ đốt\ xa)] / 175^\circ \times 100\%$.

- Biên độ hoạt động thực của ngón: Đối với các ngón dài: tổng phạm vi chuyển động chủ động của khớp liên đốt gần và liên đốt xa so với tay bên lành hoặc 175° . Đối với ngón cái: tổng phạm vi chuyển động của khớp liên đốt và khớp bàn ngón so với tay bên lành hoặc 140° .

- Tầm vận động được phân loại thành bốn mức độ: Rất tốt (85-100% hoặc $>150^\circ$), Tốt (70-84% hoặc $125^\circ - 149^\circ$), Trung bình (50-69% hoặc $90^\circ - 124^\circ$), Kém ($<50\%$ hoặc $<90^\circ$).

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập theo bảng thu thập số liệu và được xử lý qua phần mềm SPSS 26.0. Biến định lượng mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 25.343.HV/PCT-HĐĐĐ. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y học, được sự đồng ý và hỗ trợ của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu 34 bệnh nhân, với 51 ngón tay bị tổn thương gân gấp. Trong đó, bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ lớn (30 nam, chiếm 88,2%). Độ tuổi chủ yếu trong độ tuổi lao động với tuổi trung bình là $30,17 \pm 8,52$ tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn sinh hoạt với 20 trường hợp (58,8%). Đa số bệnh nhân (29 trường hợp, chiếm 85,29%) được phẫu thuật trong vòng 12 giờ sau chấn thương.

3.2. Đặc điểm tổn thương

Bảng 1. Đặc điểm tay và ngón tay tổn thương

Đặc điểm tổn thương		Số lượng	Tỷ lệ
Bên tay tổn thương	Tay trái	20	58,8%
	Tay phải	14	41,2%

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 101/2026

Đặc điểm tổn thương		Số lượng	Tỷ lệ
Số ngón tay tổn thương	1	22	64,8%
	2	8	23,5%
	3	3	8,8%
	4	1	2,9%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tổn thương bàn tay trái thường gặp hơn với 58,8% bệnh nhân (20 trường hợp). Số ngón tay bị tổn thương dao động từ tối thiểu 1 ngón đến tối đa 4 ngón, không có trường hợp tổn thương cả 5 ngón. Bệnh nhân tổn thương đơn độc một ngón chiếm phần lớn (22 trường hợp, chiếm 64,8%), 8 bệnh nhân bị tổn thương hai ngón, 3 bệnh nhân bị tổn thương ba ngón và 1 bệnh nhân bị tổn thương bốn ngón.

Bảng 3. Đặc điểm vùng gân gấp tổn thương

	Vùng gân gấp tổn thương					Tổng
	Vùng I	Vùng II	Vùng III	Vùng IV	Vùng V	
Số lượng	5	27	7	4	8	51
Tỷ lệ	9,8%	52,9%	13,7%	7,8%	15,7%	100%

Nhận xét: Trong 34 bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương gân gấp ở vùng II có tần suất bị thương cao nhất với 16 trường hợp (47,1%), còn các vùng khác ít gặp bị tổn thương hơn.

Bảng 4. Đặc điểm loại gân gấp tổn thương

Loại gân tổn thương	Số lượng (ngón tay)	Tỷ lệ
Gân gấp ngón I	5	9,8%
Gân gấp nông đơn thuần	7	13,7%
Gân gấp sâu đơn thuần	3	5,9%
Gân gấp nông + sâu	36	70,6%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tổn thương cả gân gấp nông và sâu chiếm đa số, gặp ở 36 ngón tay (70,6%). Tổn thương gân gấp ngón I ở 5 ngón tay (9,8%).

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật		Số lượng	Tỷ lệ
Biến chứng sớm	Nhiễm trùng	1	2%
	Chảy máu vết thương	0	0%
Biến chứng muộn	Đứt lại gân	1	2%
	Đính gân	3	5,9%

Nhận xét: Trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật, 50 ngón tay (98,1%) không có dấu hiệu nhiễm trùng, chảy máu vết thương và liền vết thương kỳ đầu. Có 1 trường hợp (2%) biểu hiện nhiễm trùng, được tiến hành cắt mô chỉ khâu và phối hợp kháng sinh. Trong giai đoạn sau 3 tháng phẫu thuật, có 1 trường hợp (2%) đứt lại gân và 3 trường hợp (5,9%) bị dính gân.

Bảng 6. Kết quả điều trị

Kết quả	Số lượng (ngón tay)	Tỷ lệ
Rất tốt	12	23,5%
Tốt	27	52,9%
Trung bình	9	17,7%
Kém	3	5,9%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, phần lớn các ngón tay đạt kết quả tốt hoặc rất tốt, với 12 ngón (23,5%) đạt kết quả rất tốt và 27 ngón (52,9%) đạt kết quả tốt. Kết quả trung bình ghi nhận ở 9 ngón (17,7%), kết quả kém chỉ có 3 ngón (5,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy hầu hết bệnh nhân thuận tay phải (85,3%), tuy nhiên tổn thương tay trái lại chiếm ưu thế với 58,8%, trong khi tay phải chiếm 41,2%. Như vậy, tay không thuận bị tổn thương nhiều hơn, tương đồng với kết quả của Nguyễn Mạnh Bảo (2024) và Markus Renberg (2023) [4], [5]. Có thể giải thích bởi việc tay thuận thường được sử dụng để cầm nắm dụng cụ trong các hoạt động hằng ngày nên tay thuận ít bị tổn thương hơn trong các tai nạn lao động.

Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có vết thương đứt gân duy nhất 1 ngón tay (22 trường hợp, chiếm 64,8%), kết quả tương đồng Markus Renberg và cộng sự (2023) với 88% trường hợp tổn thương đơn thuần 1 ngón tay [5]. Điều này được giải thích bởi cơ chế chấn thương trong các tai nạn sinh hoạt, khi bệnh nhân thường có phản xạ rút tay lại, do đó chỉ một ngón tay bị tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vùng II có tần suất bị thương cao nhất với 27/51 ngón tay (chiếm 52,9%), kết quả tương đồng với tác giả Nguyễn Minh Dương (2016) [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Vikrant Ranjan và cộng sự (2023) cho thấy đa số xảy ra ở vùng V (60%), tiếp theo là vùng II với 24,4% [7]. Nguyên nhân có thể do sự khác biệt tỷ lệ nguyên nhân chính gây chấn thương.

Phần lớn các ngón tay bị tổn thương (70,6%, tương đương 36 ngón) có tổn thương phối hợp cả gân gấp sâu và gân gấp nông, Tương tự kết quả của chúng tôi, Nguyễn Minh Dương và cộng sự nghiên cứu trên 39 bệnh nhân cho thấy rằng tổn thương phối hợp chiếm ưu thế với 26 trường hợp (66,7%) [6]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Markus Renberg và cộng sự, ghi nhận trong nghiên cứu trên 244 ngón tay (215 bệnh nhân) rằng tổn thương phối hợp cả gân gấp sâu và gân gấp nông chỉ có 120 ngón tay (49%) [5]. Nguyên nhân có thể giải thích bởi cấu trúc giải phẫu từng vùng gân gấp ở bàn tay. Trong nghiên cứu, trường hợp bệnh nhân tổn thương cả hai gân gấp nông và sâu, chúng tôi khâu nối cả hai gân.

4.2. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 33 bệnh nhân (97,1%) không có dấu hiệu nhiễm trùng, chảy máu vết thương và liền vết thương kỳ đầu, duy nhất 1 ngón tay (2,9%) ở 1 bệnh nhân vết mổ bị nhiễm khuẩn, cần phẫu thuật cắt lọc lại. Bệnh nhân này bị tổn thương mô mềm nghiêm trọng, kèm theo nhiễm bẩn từ bề mặt máy móc không đảm bảo vệ sinh. Kết quả của chúng tôi tương đương với báo cáo của Võ Thanh Toàn (2019) với tỷ lệ nhiễm trùng sau khâu gân gấp chỉ khoảng 3,8% và Nguyễn Mạnh Bảo (2024) báo cáo không có trường hợp nhiễm trùng nào [4], [8]. Một số nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ cao hơn như của Vikrant Ranjan và cộng sự (2023) cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 13,3%. Các yếu tố nguy cơ gồm vết thương nhiễm bẩn do chấn thương ban đầu gây ra, tổn thương dập nát hoặc gãy xương hở, trì hoãn mổ, rửa vết thương và cắt lọc không đầy đủ. Nhận biết sớm nhiễm trùng và tránh trì hoãn điều trị sẽ giúp rút ngắn thời gian hồi phục [9], [10]. Chúng tôi cho rằng cách tiếp cận với vết thương bàn tay rất quan trọng để hạn chế tối đa nguy cơ nhiễm trùng,

bao gồm dùng kháng sinh sớm, rửa vết thương bằng dung dịch sát khuẩn và nhiều nước muối sinh lý, cắt lọc tổ chức dập nát, loại bỏ dị vật tại vết thương.

Dính gân và đứt lại gân là biến chứng phổ biến, là nguyên nhân thất bại của hầu hết phẫu thuật khâu nối gân gấp ở bàn tay. Chúng tôi ghi nhận đứt lại gân ở 1 trường hợp (2,9%) và dính gân gấp ở 3 trường hợp (8,8%), cả 4 bệnh nhân đều được mổ lại, tuân thủ tập PHCN và đạt kết quả tốt. Kết quả của một số nghiên cứu: Võ Thanh Toàn (2019) báo cáo 7/49 trường hợp (14,9%) dính gân và không có trường hợp nào đứt lại gân, Nguyễn Mạnh Bảo (2024) ghi nhận có 1 bệnh nhân bị đứt lại gân ở 1 ngón tay sau mổ (chiếm 1,6% số bệnh nhân và 0,8% số ngón), Vikrant Ranjan (2023) báo cáo tỷ lệ dính gân là 4,4% và 11,11% bệnh nhân gặp khó khăn trong quá trình phục hồi chức năng [4], [7], [8]. Chúng tôi cho rằng việc không tuân thủ chế độ tập luyện là nguyên nhân quan trọng dẫn đến biến chứng đứt lại gân. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoài kỹ thuật khâu nối gân 4 sợi trực kết hợp tăng cường mũi khâu vắt, bệnh nhân cần phải được giải thích về tầm quan trọng của việc tập phục hồi chức năng nghiêm ngặt sau mổ và hướng dẫn cẩn thận trước khi về nhà.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá theo tiêu chí Strickland sau 3 tháng cho thấy kết quả rất tốt là 23,5%, tốt là 52,9%, trung bình là 17,7% và kém là 5,9%. Kết quả kém ở 1 bệnh nhân (1 ngón tay) do biến chứng nhiễm trùng, dính gân, 1 bệnh nhân (1 ngón tay) do dính gân và 1 bệnh nhân (2 ngón tay) tập PHCN kém dẫn đến biến chứng đứt lại gân. Kết quả chúng tôi tương đương với kết quả Nguyễn Mạnh Bảo (2024) ghi nhận tỷ lệ ngón tay đạt kết quả rất tốt, tốt là 74,6%, chỉ có 5,1% là kém. Có nhiều nghiên cứu cũng trình bày kết quả khả quan: Võ Thanh Toàn (2019) báo cáo kết quả tỷ lệ ngón tay đạt kết quả rất tốt, tốt sau 3 tuần là 82,2% và sau 9 tuần là 88,7%; Vikrant Ranjan (2023) ghi nhận kết quả tỷ lệ ngón tay đạt kết quả rất tốt và là 77,8% [4], [7], [8]. Như vậy, với kỹ thuật khâu gân gấp sâu 4 sợi trực, kết hợp phác đồ vận động chủ động sớm sau mổ đã giúp giảm nhiều tỷ lệ dính gân, cho thấy hiệu quả của việc kết hợp kỹ thuật mổ và phương pháp phục hồi chức năng sau mổ một cách hợp lý.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn nhiều hạn chế như: cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu đơn trung tâm, thời gian theo dõi 3 tháng còn ngắn để đánh giá đầy đủ chức năng lâu dài.

IV. KẾT LUẬN

Tổn thương gân gấp trong vết thương bàn tay vẫn là một thách thức do nhiều yếu tố tiên lượng khác nhau. Tổn thương gân gấp cần được khâu phục hồi sớm với mục tiêu không chỉ khôi phục tầm vận động mà còn phục hồi sức mạnh. Để đạt kết quả tối ưu, nên kết hợp kỹ thuật khâu nối gân gấp tốt và bắt đầu phác đồ vận động chủ động toàn bộ ngay sau phẫu thuật. Tuy nhiên, có thể cần vật lý trị liệu kéo dài để đạt được lợi ích mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Thanh Hiền, Nguyễn Vũ Hoàng, Nguyễn Thanh Tùng. Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối kỳ đầu gân gấp vùng II trong điều trị vết thương bàn tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 508(2), 201-204, <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i2.1630>.
2. Güntürk Ö.B. KM, Kaplan İ., Uludağ A., Özaksar K., Keleşoğlu B. Results of 4-strand modified Kessler core suture and epitendinous interlocking suture followed by modified Kleinert protocol for flexor tendon repairs in Zone 2. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2018. 52(5), 382-386, <https://doi.org/10.1016/j.aott.2018.06.003>.

3. Gadallah A, Etman A, Abelhalm M. Flexor Digitorum Superficialis Tendon Injuries in Zone II: To Repair or Not. *The Egyptian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*. 2023. 47319-325, <https://doi.org/10.21608/ejprs.2023.319998>.
 4. Nguyễn Mạnh Bảo, Trần Chiến, Nguyễn Việt Nam. Kết quả khâu nối gân gấp ngón tay thì đầu trong điều trị vết thương bàn tay tại bệnh viện trung ương quân đội 108. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 544(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v544i2.11851>.
 5. Renberg M, Svingen J, Arner M, Farnebo S. Patient-reported outcome measures and their association to the original Strickland classification after flexor tendon repair. *J Hand Surg Eur Vol*. 2023. 48(7), 661-667, <https://doi.org/10.1177/17531934231161453>.
 6. Nguyễn Minh Dương, Đào Thị Mỹ Hiền, Nguyễn Thị Tâm. Kết quả bước đầu phẫu thuật nối gân gấp bàn tay tại bệnh viện thống nhất từ 2013-2015. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2016. 20(6), 61-65.
 7. Ranjan V, Mehta MA, Mehta M, Mishra P, Joshi T, Kumar T. The Outcomes of Flexor Tendon Injury Repair of the Hand: A Clinico-Epidemiological Study. *Cureus*. 2023. 15(1), e33912, <https://doi.org/10.7759/cureus.33912>.
 8. Võ Thành Toàn, Nguyễn Minh Dương. Kết quả phẫu thuật nối gân gấp bàn tay. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019. 484(1), 82-85, <https://doi.org/10.51298/vmj.v557i2.16727>.
 9. Cholok D, Burgess J, Fox PM, Chang J. Tenolysis and Salvage Procedures. *Hand Clin*. 2023. 39(2), 203-214, <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2022.08.021>.
 10. Jia Q, Chen D, Guo J, Luo X, Alimujiang A, Zhang J, Hu N, Liu Y, Xie Z, Ma C. Risk factors associated with tendon adhesions after hand tendon repair. *Front Surg*. 2023. 101121892, <https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1121892>.
-