

4. **Huixing Wang, Zhaochoan Liu, Yadi Li, Lihua Song** (2022), Modified conjoint fascial sheath for the correction of severe unilateral congenital blepharoptosis in pediatric patients at different ages, *Frontiers in Pediatrics* 10, October 2022. Doi: 10.3389/fped.2202.954365
5. **Jing Li, Xinyue Yu, Kerui Wang, Rongxi**

Chen (2024), Modified conjoint fascial sheath and Levator Muscle Complex Suspension for the correction of simple severe congenital blepharoptosis in pediatric patients and the Effect on Refractive status, *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, January 2024. Doi: 10.1097/IOP.0000000000002589

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG NẸP VÍT KHÓA TRONG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY QUA ĐƯỜNG MỒ TỐI THIỂU ÍT XÂM LẤN

Vũ Văn Vinh¹, Đỗ Việt Sơn¹,
Nguyễn Thái Sơn¹, Nguyễn Anh Đức¹

TÓM TẮT

Gãy đầu dưới xương chày có nhiều phương pháp điều trị như: mổ hở đặt nẹp hoặc đóng đinh nội tủy có chốt, cố định ngoài, nắn chỉnh bó bột... Ứng dụng kỹ thuật đặt nẹp luồn dưới da với đường mổ tối thiểu trong điều trị loại gãy này giúp bảo vệ mạch máu nuôi xương, bất động vững chắc, tập vận động sớm, hạn chế nhiễm trùng và giúp lành xương. Từ 01/2021 đến 4/2024, tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh Viện 19-8 BCA đã thực hiện được 30 ca theo phương pháp này. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Larson và Bostman (n=30) Tỷ lệ nắn chỉnh ổ gãy theo giải phẫu rất tốt và tốt là 29/30 BN (96,6%). 1/30BN (3,4%) nắn chỉnh kết quả trung bình và không có trường hợp nào không nắn chỉnh được. Kết quả phục hồi chức năng theo phân loại của Johner và Wruhs (n=30): 25/30 (83,3%) rất tốt, 4/30 (13,4%) tốt. 1/30 (3,3%) trung bình. **Từ khóa:** Đầu dưới xương chày, đường mổ nhỏ, nẹp khóa

SUMMARY

STUDY ON THE APPLICATION OF LOCKING SCREW PLATE IN SURGICAL TREATMENT OF FRACTURES OF THE LOWER HEAD OF TIBILE THROUGH MINIMALLY INVASIVE INSECTION

Fracture distal tibia can be treated by open reduction and internal fixation, external fixation, conservation... The treatment of this fracture using minimally invasive plate osteosynthesis (MIPO) minimizes vascular damage, stable fixation, early motion post-operation so it helps decrease infection and non-union. From January /2021 to April /2024, there were 30 patients were performed by the method in Trauma Department of the 19-8 Hospital. The results of correction of fractures according to Larson and Bostman's criteria (n=30) The rate of anatomical fracture correction was very good and good was 29/30 patients (96.6%). 1/30 patients (3.4%) corrected the

average result and there were no cases that could not be corrected. Rehabilitation results according to the classification of Johner and Wruhs (n=30): 25/30(83.3%) very good, 4/30 (13.4%) good. 1/30 (3.3%) have average rehabilitation results

Keywords: Distal tibial fracture, MIPO, locking compression plate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay TNGT và TNLD gây ra những gãy xương rất nặng nề và phức tạp trong đó có gãy đầu dưới 2 xương cẳng chân. Đây là vị trí gãy xương gần khớp chày sên, da sát xương chày, ít mô mềm xung quanh và có nguồn máu nuôi kém, nên dễ có các biến chứng như gãy hở, nhiễm trùng, viêm xương, chậm liền xương cứng khớp...

Các phương pháp điều trị dạng gãy này thường là điều trị bảo tồn, mổ hở kết hợp xương nẹp vít hoặc đặt cố định ngoài... Điều trị bó bột bảo tồn bệnh nhân sẽ bị các biến chứng như teo cơ, cứng khớp...Phẫu thuật mổ mở Kết hợp xương bằng nẹp vít vùng đầu dưới xương chày: Tàn phá nhiều mô mềm, chậm liền xương, nguy cơ nhiễm khuẩn, lộ xương, lộ nẹp vít không phải là thấp...

Nhằm hạn chế tối đa các tổn thương mô mềm xung quanh, đảm bảo nguồn máu nuôi ít bị tổn thương, kỹ thuật kết xương bằng nẹp khóa luồn dưới da, nắn chỉnh ổ gãy kín với đường mổ nhỏ. Phương pháp này cho phép cố định ổ gãy vững chắc, bệnh nhân tập phục hồi chức năng cổ chân sớm tránh cứng khớp, hạn chế tổn thương các mô mềm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn BN. BN trên 18 tuổi, có gãy đầu dưới xương chày phân loại theo AO/OTA: A1, A2, A3, B, C1 (dựa trên phim X-Quang) có gãy kín hoặc hở độ I theo Gustilo nhập bệnh viện 19-8 BCA từ tháng 1/2021 đến

¹Bệnh viện 19.8 – Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Vinh

Email: vuvanvinh198@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

tháng 4/2024

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy hở độ II,III theo Gustilo
- Những BN có điều kiện toàn thân không cho phép,
- BN có biến dạng xương chày

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Hồi cứu và tiền cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng

2.3. Phương pháp phẫu thuật

- Chuẩn bị máy C-arm và bàn mổ chỉnh hình
- Chuẩn bị nẹp khóa đầu dưới xương chày tương ứng chiều dài của ổ gãy
- Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ chỉnh hình, gây tê tủy sống hoặc gây mê
- Định vị nẹp trên da sao cho nẹp luồn dưới da

thuận lợi khi bắt vít ở đầu gần và đầu xa của nẹp.

- Garo đùi, rạch da vị trí đầu ngoại vi theo đường trước trong xương chày vị trí mắt cá trong, đường rạch khoảng 2-3cm, dùng dụng cụ luồn dưới da để lóc tổ chức dưới da tạo đường hầm và luồn nẹp, cố định đầu ngoại vi với nẹp bằng 1 đinh kirschner kiểm tra của C-arm đảm bảo đúng vị trí, bắt 1 vít đầu ngoại vi
- Nắn các di lệch sang bên, trước sau dưới C-arm và bắt 1 vít đầu trung tâm, sau đó bắt các vít còn lại qua da, đóng vết mổ 2 lớp.
- Kiểm tra X-quang sau mổ
- Cho tập vận động khớp cổ chân ngay sau 1 ngày phẫu thuật
- Đánh giá kết quả xa theo Johner và Wruhs[1]

	Rất tốt	Tốt	Vừa	Xấu
Khớp giả,viêm xương, cấy phần mềm	không	không	không	có
Rối loạn về mạch máu thần kinh	Không	ít	Trung bình	Nặng
Biến dạng mặt phẳng trước-sau	0 ⁰ -5 ⁰	6 ⁰ -10 ⁰	11 ⁰ -20 ⁰	>20 ⁰
Biến dạng mặt phẳng trong ngoài	không	2-5	6-10	>10 ⁰
Biến dạng xoay	0-5	6-10	11-20	>20 ⁰
Ngắn chân	0-5 mm	6-10 mm	11-20 mm	>20 mm
Vận động khớp gối	Bình thường	>80%	>75%	<75%
Vận động cổ chân	Bình thường	>75%	>50%	<50%
Vận động dưới sên	>75%	>50%	<50%	
Đau	Không có	Đôi khi	Đau vừa	Nặng
Đi bộ	Bình thường	Bình thường	Khập khiễng ít	Khập khiễng nhiều
Chịu sức nặng	Được	Giới hạn	Đủ nhưng giới hạn	Không thể

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Tuổi và giới.

Số lượng bệnh nhân nam là 22/30 chiếm 73,3%, số lượng bệnh nhân nữ là 8/30 chiếm 26,7%,

Tuổi trung bình (n = 30): 42,76 ± 12,33. Tuổi thấp nhất là 18 và cao nhất là 70 tuổi

3.1.2. Nguyên nhân và cơ chế gãy xương

Nguyên nhân	Trực tiếp	Gián tiếp	Tổng	Tỷ lệ %
TNGT	12	10	22	73,3
TNSH	2	3	5	16,7
TNLD	1	2	3	10,0
Tổng	15(50,0%)	15 (50,0%)	30	100%

3.1.3. Phân độ gãy xương theo AO/ASIF (n=30)

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
A1	10	33,3
A2	14	46,7
A3	2	6,7
C1	4	13,3
Tổng	30	100%

3.1.4. Tình trạng phần mềm trước phẫu thuật. Sung nề ít: 67,7%, sung nề vừa: 20%, có nốt loạn dưỡng: 13,3%

3.1.5. Thời điểm mổ kết xương

Thời điểm mổ kết xương	Số BN	Tỷ lệ %
Trước 12 giờ sau chấn thương	5	16,7
Sau 12 giờ, trong ngày đầu sau chấn thương	3	10,0
Từ ngày thứ hai, trong tuần đầu sau chấn thương	18	60,0
Tuần thứ 2 sau chấn thương	4	13,3
Tổng	30	100%

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gần.

Thời gian nằm viện: trung bình 7,66 ± 2,56 (n=30), ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 19 ngày. Trường hợp này BN phần mềm nề nhiều, có nốt loạn dưỡng, điều trị trước mổ kháng sinh, kéo liên tục

Tình trạng vết mổ: 96,7% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, bệnh nhân có nhiễm khuẩn nông là 1/30(3,3%)

3.2.2. Kết quả xa.

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân chúng tôi nhận thấy kết quả liền xương thẳng trục có 29/30 bệnh nhân chiếm 96,7%, liền xương lệch trục ít có 1 bệnh nhân chiếm 3,3%, Thời gian liền xương trung bình là 20,9 tuần

- Kết quả phục hồi chức năng theo phân loại

của Johner và Wruhs (n=30): 25/30 (83,3%) rất tốt, 4/30 (13,4%) tốt. 1/30 (3,3%) trung bình, không có kết quả kém. Các bệnh nhân đều đi lại bình thường, có 1 BN đau cổ chân khi đi lại nhiều. Các bệnh nhân đều hồi phục khả năng lao động sau 6 tháng phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Ưu điểm của phương pháp

- Dựa trên đặc điểm giải phẫu vùng đầu xa xương chày, tỉ lệ biến chứng lộ nẹp vít và biến chứng nhiễm trùng sẽ cao khi mổ mở kết hợp xương. Đinh chốt[2][3] vẫn là lựa chọn tốt trong gãy đầu dưới xương chày, tuy nhiên sẽ khó khăn trong những trường hợp gãy nhiều mảnh hoặc không đủ chiều dài xương cho việc bắt 2 chốt xa.

- Phương pháp đường mổ tối thiểu, luôn nẹp dưới da và không tách màng xương có ưu điểm làm tổn thương mạch máu nuôi xương và màng xương tối thiểu tạo điều kiện thuận lợi cho sự liền xương. Bên cạnh đó, phương pháp luôn nẹp dưới da hạn chế được biến chứng của mổ mở đặt nẹp, biến chứng gập góc, biến chứng không liền vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, không liền xương.

4.2. Kết quả điều trị

- Theo Cheng W.[9] kết xương 19 BN gãy đầu dưới xương chày bằng nẹp khóa với đường mổ tối thiểu không gặp trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ, có 1 trường hợp (gãy xương loại B2) chậm liền xương, 1 BN bị gãy vít khóa. Trong 19BN gãy đầu dưới xương chày được mổ mở kết hợp xương nẹp vít có 1BN (gãy loại C1) bị viêm xương tủy xương và không liền xương, 1BN (gãy loại B3) chậm liền xương. Thời gian liền xương ở nhóm kết xương với đường mổ nhỏ là $16,8 \pm 10,4$ tuần và ở nhóm kết xương chính mở ổ gãy là $19,2 \pm 23,5$ tuần.

- Thời gian liền xương trung bình khi kết hợp xương nẹp khóa với đường mổ nhỏ trong nghiên cứu của Lal[10] là 18,7 tuần (22-44tuần), của Oh CW[5] là 15,2 tuần, của Bahari là 22,4 tuần, của Redfern là 23,4 tuần. Thời gian liền xương trung bình của chúng tôi là 20,9 tuần

- Paluvadi S.V.[10][3] khi kết xương nẹp khóa với đường mổ tối thiểu cho 50 BN gãy đầu dưới xương chày gặp 1BN gãy nẹp và liền lệch, 5BN nhiễm khuẩn nông vết mổ. Phần IV. Khi kết xương cho 26 BN gãy kín đầu dưới xương chày bằng nẹp khóa với đường mổ nhỏ gặp 1 BN bị nhiễm khuẩn nông ổ gãy và khỏi khi dùng kháng sinh đường uống, 1 BN bị gãy vít phải mổ lại, 73% quay trở lại làm việc nhưng vẫn bị ảnh hưởng, 40% trở lại làm việc bình thường sau mổ 24 tuần. Kết quả này tốt hơn so với kết hợp xương nẹp vít thông thường. Nghiên cứu của

chúng tôi cho kết quả khả qua cả về X-quang và chức năng. 25/30 (83,3%) rất tốt, 4/30 (13,4%) tốt. 1/30 (3,3%) trung bình, không có kết quả kém và không gặp biến chứng gãy vít hay gãy nẹp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy đầu dưới xương chày với đường mổ tối thiểu cho kết quả khả quan, 25/30 (83,3%) rất tốt, 4/30 (13,4%) tốt. 1/30 (3,3%) trung bình

Phương pháp mổ kết hợp xương gãy đầu dưới xương chày với đường mổ tối thiểu và không tách màng xương có ưu điểm làm tổn thương mạch máu nuôi xương và màng xương tối thiểu tạo điều kiện thuận lợi cho sự lành xương. Bên cạnh đó, phương pháp còn hạn chế được biến chứng của mổ hở đặt nẹp, biến chứng gập góc ra sau khi dùng phương pháp đinh chốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johner R, Wruhs O**, Classification of tibial shaft fractures and correlation with results after rigid internal fixation. *Cli Orth* 1983; 178:7-25
2. **Helfet DL, Shonnard PY, Levine D, Borrelli J Jr** (1997). "Minimally invasive plate osteosynthesis of distal fractures of the tibia".
3. **J.J.Guo, N.Tang, H.L.Yang, T.S.Tang** (2010). "A prospective, randomised trial comparing closed intramedullary nailing with percutaneous plating in the treatment of distal metaphyseal fractures of the tibia". *J Bone Joint Surg [Br]*, Vol92-B, pp 984-988.
4. **Sakaki MH, Crocci AT, Zumiotti AV** (2007), "Comparative study of the locked intramedullary nail and Ender pins in the treatment of tibial diaphyseal fractures". *CLINICS*;62(4): pp455-464.
5. **Oh CW, Kyung HS, Park IH**, Distal tibia metaphyseal fractures treated by percutaneous plate osteosynthesis. *Clin Orthop* 2003;408:286-295
6. **Rakesh K. Gupta & Rajesh Kumar Rohilla & Kapil Sangwan & Vijendra Singh & Saurav Walia** (2010). "Locking plate fixation in distal metaphyseal tibial fractures: series of 79 patients". *International Orthopaedics (SICOT)* 34:pp 1285-1290.
7. **Mario Ronga, Umile Giuseppe Longo, Nicola Maffulli, MS**, (2010). "Minimally Invasive Locked Plating of Distal Tibia Fractures is Safe and Effective", *Clin OrthopRelatRes*468: pp 975-982
8. **Mario Ronga, Chezhiyan Shanmugam, Umile Giuseppe Longo, Francesco Olive, Nicola Maffulli**, (2009). "Minimally Invasive Osteosynthesis of Distal Tibial Fractures Using Locking Plates". *Orthop Clin NAm*40, pp499-504.
9. **Cheng W, Li, Manyi**, comparison study of two surgical options for distal tibia fracture-minimally invasive plate osteosynthesis vs. open reduction and internal fixation. *Int Orthop*, 2011; May; 35(5):737-42
10. **Paluvadi SV, Lal H, Mittal D, et al.**, Management of fractures of the distal third tibia by minimally invasive plate osteosynthesis. A prospective series of 50 patients. *Journal of clinical Orthopaedics and trauma*. 2014; 5(3)129-136

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CƯƠNG Ở BỆNH NHÂN NAM MẮC BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI

Phan Bá Nghĩa¹, Lê Việt Thắng¹, Phạm Quốc Toàn¹,
Nguyễn Thị Thu Hà¹, Trương Quý Kiên², Nguyễn Văn Đức¹,
Nguyễn Thị Thuỳ Dung¹, Đỗ Mạnh Hà¹, Diêm Thị Vân¹, Đinh Trọng Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng rối loạn cương dương (RLCD) và mối liên quan với 1 số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) nam giới mắc bệnh thận mạn (BTM) giai đoạn cuối. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng thực hiện từ tháng 4/2023 – 10/2023 trên 61 BN nam giới độ tuổi từ 20 - 60, được chẩn đoán BTM giai đoạn cuối và theo dõi điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Đánh giá tình trạng cương dương bằng thang điểm IIEF. **Kết quả:** Tỷ lệ RLCD ở BN BTM giai đoạn cuối là 78,7%; tỷ lệ RLCD nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 52,5%, 19,7%, 6,5%. Ở nhóm BN RLCD có tuổi BN trung bình cao hơn và nồng độ testosterone huyết tương thấp hơn so với nhóm không RLCD (cụ thể là $37,7 \pm 8,8$ so với $31,5 \pm 5,9$ tuổi; $335,9 \pm 96,0$ ng/dL so với $452,0 \pm 187,9$ ng/dL) với p lần lượt là 0,017 và 0,001. **Kết luận:** Tỷ lệ RLCD ở BN BTM giai đoạn cuối khá cao; độ tuổi càng cao và nồng độ testosterone huyết tương càng giảm thì tần suất RLCD càng cao.

Từ khóa: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối; Rối loạn cương dương; IIEF.

SUMMARY

SURVEY ON ERECTILE DYSFUNCTION IN MALES WITH END STAGE KIDNEY DISEASE

Objectives: To assess erectile dysfunction (ED) and its relationship with some clinical and paraclinical characteristics in men patients with end stage kidney disease (ESKD). **Methods:** A cross-sectional descriptive uncontrolled study was conducted from April 2023 to October 2023 on 61 men diagnosed with ESKD, who were examined and treated at Military Hospital 103. Participants were males aged between 20 and 60. Evaluated erectile status using the IIEF scale. **Results:** The rate of ED in patients with ESKD was 78.7%; The rates of mild, moderate, and severe ED were 52.5%, 19.7%, and 6.5%, respectively. In the group of patients with ED, the average patient age was higher and the serum testosterone concentration was lower than the group without ED (specifically, 37.7 ± 8.8 versus 31.5 ± 5.9 years old; 335.9 ± 96.0 ng/dL versus 452.0 ± 187.9 ng/dL) with $p = 0.017$ and 0.001 , respectively. **Conclusion:** The rate of ED in patients with ESKD was quite high. The older the

age and the lower the serum testosterone concentration, the higher the frequency of ED.

Keywords: End stage kidney disease; Erectile dysfunction; IIEF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn được định nghĩa là khi có tổn thương cấu trúc và/ hoặc chức năng thận tồn tại kéo dài hơn 3 tháng, kèm theo hoặc không kèm theo giảm mức lọc cầu thận [1]. Tỷ lệ bệnh nhân mắc BTM ngày càng cao, dao động khoảng 10 – 13% [2]. Rối loạn cương dương (RLCD) ở nam giới mắc BTM là một triệu chứng thường gặp, tỷ lệ khá cao khoảng 70 – 80%, nguyên nhân do nhiều yếu tố như: suy giảm chức năng tinh hoàn, thiếu các vi chất làm giảm tổng hợp và sản xuất hormone sinh dục nam testosterone; các bệnh lý tim mạch, nhiễm trùng kèm theo, tình trạng viêm hệ thống, tâm lý lo âu trầm cảm,... [3]. Rối loạn cương là một tình trạng bệnh lý trong đó người bệnh không đạt được hoặc không duy trì được sự cương cứng của dương vật để thực hiện một cuộc giao hợp trọn vẹn [4]. RLCD là một bệnh mang tính xã hội, tuy không gây tử vong cũng không phải xử trí khẩn cấp nhưng lâu dần sẽ ảnh hưởng tới cuộc sống tinh thần, tăng tỷ lệ trầm cảm, làm giảm chất lượng cuộc sống, càng làm tăng nguy cơ tử vong ở BN BTM. Để đánh giá tình trạng RLCD và phân mức độ rối loạn, năm 1997 Rosen RC. và CS đã đưa ra thang điểm IIEF bao gồm 15 câu hỏi, cho tới nay thang điểm đã được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới [4].

Tới nay đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng RLCD ở các đối tượng khác nhau và ở BN BTM trên thế giới, ở nước ta cũng có một số nghiên cứu về vấn đề này tuy nhiên có nhiều kết quả khác nhau về tỷ lệ RLCD ở BN BTM và BTM giai đoạn cuối, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm: *Khảo sát tình trạng rối loạn cương và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN nam mắc BTM giai đoạn cuối tại BVQY103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 61 BN tuổi từ 20 – 60; được chẩn đoán BTM giai đoạn cuối, theo dõi và điều trị tại Khoa Thận

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phan Bá Nghĩa

Email: phanngiaba@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024