

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY MỠM KHUYU BẰNG NẸP VÍT KHÓA

Võ Thành Toàn*, Phan Ngọc Thi*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy mỏm khuỷu bằng nẹp vít khóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu 65 bệnh nhân (BN) bị gãy mỏm khuỷu tít IIB, IIIA, IIIB theo phân loại Mayo tại Bệnh viện Thống Nhất từ 1/2016 – 1/2023. Thời gian theo dõi ít nhất 1 năm sau mổ. **Kết quả:** Có 36 BN nam và 29 BN nữ. Tuổi trung bình $43,3 \pm 17,2$ (từ 22 đến 81). Tất cả đều liền xương sau 1 năm theo dõi. Đánh giá kết quả theo thang điểm chức năng khớp Mayo cho thấy tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao 95,3%. BN rất hài lòng và hài lòng với phương pháp điều trị 87,7%. Biến chứng sau mổ có 5 BN (7,7%) nhiễm trùng vết mổ phải liền da thì hai, 1 BN (1,54%) chậm liền xương, 7 BN (10,8%) bị cắn nẹp khi duỗi khuỷu, 1 BN (1,54%) bị thoái hóa khớp. **Kết luận:** phẫu thuật nẹp vít khóa trong gãy mỏm khuỷu cho kết quả lành xương tốt và chức năng khớp khuỷu tốt và BN thỏa mãn với kết quả điều trị.

Từ khóa: gãy mỏm khuỷu, nẹp vít khóa.

SUMMARY

OUTCOME ANALYSIS OF LOCKING COMPRESSION PLATE FIXATION FOR OCCLERANON FRACTURES

Objective: The study was designed to assess the effectiveness of locking compression plate for ocleranon fractures. **Subject and methods:** a prospective research. 65 patients with ocleranon fractures Mayo type IIB, IIIA, IIIB at Thong Nhat Hospital from January 2016 to January 2023. Follow up for 1 year. **Results:** there are 36 males and 29 females. The mean age was 43.3 ± 17.2 (from 22 to 84). All patients had fracture union after 1 year. According to the Mayo Elbow Performance Score – MEPS, 93.5% patients had a good or excellent outcome. 87.7% patients were satisfied after surgery. In post-operative complications, 5 cases of infectious surgery incision (7.7%), 1 patient with delayed union (1.54%), 7 case of impingement during elbow extension (10.8%) and 1 case of elbow osteoarthritis (1.54%). **Conclusions:** locking compression plate fixation for ocleranon fractures provides good results in fracture union, elbow function and good clinical outcomes. **Keywords:** Ocleranon fracture, compression locking plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mỏm khuỷu chiếm khoảng 10% trong

gãy xương chi trên, hầu hết là gãy phạm khớp. Nguyên nhân do chấn thương trực tiếp như té ngã từ trên cao xuống, khuỷu đập vào nền cứng. Hoặc chấn thương gián tiếp với té ngã khuỷu gập một phần, mỏm khuỷu bị gãy do lực kéo căng của gân cơ tam đầu [1], [2].

Với mục tiêu phục hồi chức năng của khớp khuỷu mà không bị đau. Điều trị gãy mỏm khuỷu là một thách thức. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cho loại gãy này như nẹp ép chỉ thép, hoặc kim Kirschner, vít nội tủy kết hợp nẹp ép bằng chỉ thép. Tuy nhiên, các kĩ thuật này có tỉ lệ gãy đinh, đứt chỉ thép, làm di lệch ổ gãy, tăng nguy cơ tổn thương cấu trúc mạch máu, thần kinh ở cẳng tay. Hiện nay, phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít dần trở nên phổ biến hơn, mang lại nhiều kết quả khả quan và được báo cáo trong nhiều nghiên cứu, đặc biệt đối với loại gãy nhiều mảnh theo phân độ Mayo IIB, IIIA, IIIB [2], [3], [4].

Tại Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi đã triển khai phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít trong các trường hợp gãy mỏm khuỷu và đạt một số kết quả nhất định. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy mỏm khuỷu bằng nẹp vít khóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 65 bệnh nhân bị gãy mỏm khuỷu được phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2016 – 1/2023

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN gãy mỏm khuỷu phân độ IIB, IIIA, IIIB theo Mayo được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc các BN mất liên lạc trong quá trình nghiên cứu.
- Gãy xương bệnh lý.
- Gãy mỏm khuỷu có kèm tổn thương khác như: gãy đầu dưới xương cánh tay, gãy chỏm quay cùng bên, gãy mỏm vẹt, tổn thương mạch máu thần kinh đi kèm.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả

Phương pháp thu thập số liệu: Tiến cứu mô tả, các BN gãy mỏm khuỷu tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2016 đến tháng 01/2023. Gửi thư mời BN tái khám đối với các BN ở tỉnh; gửi thư mời hoặc đến khám tại nhà đối với BN ở TP. Hồ Chí Minh

BN gãy mỏm khuỷu được phân loại theo

*Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024

Mayo dựa trên X-Quang và CT-scan [5]

- Type I
 - A: Gãy không di lệch, không gãy nát
 - B: Gãy không di lệch, gãy nát
- Type II
 - A: Gãy di lệch, không gãy nát
 - B: Gãy di lệch, gãy nát
- Type III
 - A: Gãy mất vững (trật khớp), không gãy nát
 - B: Gãy mất vững (trật khớp), gãy nát

Các BN được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít khóa. Chụp X-Quang kiểm tra sau mổ hai bình diện trước sau và bên. Tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng sau 2 tuần.

Tái khám sau 2 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm để đánh giá tầm vận động khớp và sự lành xương.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật dựa trên hình ảnh X-Quang

- Lệch trục, không nắn đúng giải phẫu
- Lỏng, tuột vít, cong, gãy dụng cụ
- Tiêu chuẩn lành xương 4 vỏ (hình ảnh từ 2 bình diện): Khe gãy mất dần và mất hoàn toàn trên phim X-Quang. Thời gian lành xương từ 3 - 6 tháng

• Chậm lành xương: quá trình lành xương kéo dài > 6 tháng

• Không lành xương: quá trình lành xương kéo dài > 9 tháng



Hình 2.1. Hình ảnh X-Quang minh họa các loại gãy theo phân loại Mayo (nguồn: tác giả)

Đánh giá phục hồi chức năng theo các chỉ số đánh giá lâm sàng cho khớp khuỷu theo Mayo (Mayo Elbow Performance Score – MEPS) [6].

Bảng 2.1. Chỉ số đánh giá lâm sàng cho khớp khuỷu theo Mayo (MEPS)

Chức năng	Điểm
Đau (45 điểm)	
Không đau	45
Đau nhẹ	30
Đau vừa	15
Đau nặng	0
Cung vận động (20 điểm)	
> 100 độ	20
50 – 100 độ	15
< 50 độ	5
Mức độ ổn định (10 điểm)	
Vững	10
Vững trung bình	5
Mất vững	0
Chức năng hằng ngày (25 điểm)	
Chải tóc	5
Ăn uống	5
Vệ sinh cá nhân	5
Mặc áo sơ mi	5
Mang giày	5

Kết quả:

- Rất tốt: ≥ 90 điểm
- Tốt: 75 – 89 điểm
- Khá: 60 – 74 điểm
- Kém: < 60 điểm

Đánh giá mức độ hài lòng của BN:

- Độ I: Rất hài lòng
- Độ II: Hài lòng
- Độ III: Hài lòng một phần
- Độ IV: Không hài lòng

Đánh giá các biến chứng

• Viêm khớp sau chấn thương. Phân loại theo Broberg và Morrey dựa trên phim X-Quang [7], [8].

- Độ 0: Khớp bình thường
- Độ 1: Khe khớp hẹp nhẹ, hình thành can xương nhỏ ở vị trí bất thường
- Độ 2: Hẹp khe khớp trung bình, hình thành gai xương mức độ vừa
- Độ 3: Thoái hóa nặng, phá hỏng khớp
- Nhiễm trùng vết mổ
- Cấn nẹp dưới da
- Gãy nẹp
- Chậm liền xương
- Nhiễm trùng lộ nẹp
- Viêm xương
- Viêm cơ cốt hóa gân cơ tam đầu

Xử lý thông kê: Nhập liệu bằng Excel 2013, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả: Biến định tính được mô tả theo tỷ lệ

phần trăm, biến định lượng mô tả bằng trung bình, khoảng giá trị, độ lệch chuẩn.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

2.3 Đặc điểm BN tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng BN tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 65)	Tỷ lệ (%)
Giới: Nữ	29	44,6
Nam	36	55,4
Tuổi: 21- 40	33	50,7
41 – 60	14	21,5
> 60	18	27,8
Nguyên nhân		
Tai nạn giao thông	34	52,3
Tai nạn lao động	14	21,5
Tai nạn sinh hoạt	17	26,2

Trong nghiên cứu này, nam giới chiếm đa số với 36 BN (55,4%) so với 29 BN nữ giới (44,6%). Tỷ lệ Nam/Nữ: 1,25/1. Tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Đoàn Xuân Thủy và Đoàn Lê Dân (1998) [9]; Niglis L. (2015) [10]; Điều này có thể do sự tương đồng trong dân số nghiên cứu, đồng thời nam giới là thành phần tham gia giao thông và lao động chính, nên nguy cơ chấn thương cao hơn nữ giới.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 43,3 ± 17,2 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 22, lớn nhất là 81. Trong đó, độ tuổi 21 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất. Cơ chế chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông với 34 BN (52,3%), tai nạn sinh hoạt 17 BN (26,2%), tai nạn lao động 14 BN (21,5%). Kết quả này có sự tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả như Öztürkmen Y. (2020) có độ tuổi trung bình 44 tuổi, Buijze G. (2009) [2] là 56 tuổi. Điều này có thể giải thích do sự tương đồng trong chọn mẫu nghiên cứu, các BN chủ yếu trong độ tuổi lao động, thường xuyên tham gia giao thông, hoạt động thể thao nên các tai nạn dễ xảy ra với tần suất cao hơn.

2.4 Đặc điểm lâm sàng, gãy xương trước mổ

Bảng 3.2. Phân loại kiểu gãy theo Mayo

Phân loại	Số lượng (n = 65)	Tỷ lệ (%)
IIB	35	53,8
IIIA	9	13,8
IIIB	21	32,4

Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ lấy các BN gãy mỏm khuỷu thuộc IIB, IIIA, IIIB theo phân loại Mayo. Trong đó, IIB chiếm tỷ lệ cao nhất (53,8%), tiếp theo là IIIB (32,4%) và IIIA (13,8%). Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu Duckworth A. D. (2012) [12], Niglis L. (2015) [10] với tỉ lệ gãy IIB chiếm đa số. Điều

này có thể giải thích do có sự tương đồng trong tiêu chuẩn chọn mẫu. Các BN tai nạn với lực chấn thương mạnh, nên chủ yếu là gãy mỏm khuỷu có nhiều mảnh (Mayo type IIB, IIIB)

2.5 Kết quả điều trị

Bảng 3.3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian	Số lượng (n = 65)	Tỷ lệ (%)
< 1 giờ	20	30,8
> 1 giờ	45	69,2
Trung bình	65,55 ± 12,95	
Ngắn nhất – dài nhất	50 – 95	

Thời gian phẫu thuật trung bình 65,55 ± 12,95 phút, trong đó thời gian trên 1 giờ chiếm tỉ lệ đa số.

Bảng 3.4. Đặc điểm X-Quang sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n = 65)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	23	35,4
Tốt	36	55,4
Trung bình	5	7,7
Kém	1	1,5

Các BN được chụp X-Quang sau phẫu thuật. Kết quả rất tốt và tốt chiếm tỉ lệ cao với 90,8%. BN có kết quả trung bình và kém chiếm tỷ lệ thấp 9,2%. Theo dõi sau mổ 6 tháng, tất cả BN đều liền xương.

Bảng 3.5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	5	7,7
Cần nẹp dưới da	7	10,8
Gãy nẹp	0	0
Chậm liền xương	1	1,54
Không liền xương	0	0
Nhiễm trùng lộ nẹp	0	0
Viêm xương	0	0
Viêm cơ cốt hóa gân cơ tam đầu	0	0
Thoái hóa khớp	1	1,54

Trong số 65 BN tham gia nghiên cứu có 92,3% BN có tình trạng vết mổ khô sạch, tỉ lệ nhiễm trùng liền phải liền da thì hai thấp với 7,7%. Trong biến chứng muộn, cần nẹp dưới da chiếm tỉ lệ cao nhất 10,8%, có 1 BN chậm liền xương và 1 BN thoái hóa khớp khuỷu. Các BN có cải thiện sau mổ tháo nẹp khi liền xương và tập vật lí trị liệu tích cực.

Bảng 3.6. Chức năng vận động khớp khuỷu theo thang điểm MEPS

Thang điểm MEPS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt: ≥ 90 điểm	48	73,8
Tốt: 75 – 89 điểm	14	21,5
Khá: 60 – 74 điểm	3	4,7
Kém: < 60 điểm	0	0

Đánh giá chức năng khớp khuỷu theo thang điểm MEPS, tỷ lệ BN có kết quả rất tốt và tốt cao 95,3%.

Bảng 3.7. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	32	49,2
Hài lòng	25	38,5
Hài lòng một phần	8	12,3
Không hài lòng	0	0

Đa số BN rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị 87,7%. Có 8 BN hài lòng 1 phần với 12,3%. Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Buijze G. (2009) [2], Niglis L. (2015) [10] cũng cho thấy tỉ lệ BN có chức năng khớp rất tốt và tốt cao 93,75% và 95,45%. Điều này có thể giải thích do BN được kết hợp xương vững chắc khi sử dụng nẹp vít nên được tập vật lý trị liệu sớm, tích cực nên chức năng khớp cải thiện tốt và BN thỏa mãn cao với quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy mỏm khuỷu cho kết quả lành xương tốt và chức năng khớp khuỷu thỏa mãn đối với loại gãy IIB, IIIA, IIIB theo phân độ Mayo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benetton, C. A., Cesa, G., Junior, G. E. K., Ferreira, A. P. B., Vissoci, J. R. N., & Pietrobon, R. (2015). Agreement of olecranon fractures before and after the exposure to four classification systems. *Journal of shoulder and*

- elbow surgerv. 24(3). 358-363.
2. Buijze, G., & Kloen, P. (2009). Clinical evaluation of locking compression plate fixation for comminuted olecranon fractures. *JBJS*, 91(10), 2416-2420.
3. Azar, F. M., Canale, S. T., & Beatv, J. H. (2020). *Campbell's Operative Orthopaedics*, E-Book. Elsevier Health Sciences.
4. Wise, K. L., Peck, S., Smith, L., & Mveroff, C. (2021). Locked plating of acromioclavicular olecranon fractures leads to low fixation failure and acceptable complication rates. *JSES International*. 5(4). 809-815.
5. Morrev, B. F., Sotelo, J. S., & Morrev, M. E. (2017). *Morrev's The Elbow and Its Disorders* E-Book. Elsevier Health Sciences.
6. Morrev, B. F., An, K. N., & Chao, E. Y. S. (2000). Functional evaluation of the elbow. Morrev BF, Sanchez-351 Sotelo J. Morrev ME, ed. *Morrev's the Elbow and its Disorders*. 352. 66-74.
7. Brobera, M. A., & Morrev, B. F. (1987). Results of treatment of fracture-dislocations of the elbow. *Clinical orthopaedics and related research*. (216). 109-119.
8. Sears, B. W., Puskas, G. J., Morrev, M. E., Sanchez-Sotelo, J., & Morrev, B. F. (2012). Posttraumatic elbow arthritis in the young adult: evaluation and management. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 20(11), 704-714.
9. Nguyễn Xuân Thủy, Đoàn Lê Ngân (1998). "Nhân xét điều trị gãy mỏm khuỷu bằng phương pháp néo éo". *Ngoại khoa* (2). tr. 19 - 25.
10. Niglis, L., Bonomet, F., Schenck, B., Brinkert, D., Di Marco, A., Adam, P., & Ehlinger, M. (2015). Critical analysis of olecranon fracture management by pre-contoured locking plates. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 101(2), 201-207.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT LÁCH THÂN ĐUÔI TỤY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn An Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 28 bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 4 năm từ tháng 6 năm 2020 đến hết tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy cho tổng

số 28 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 54,7 ± 12,5. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 67,8%. Triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám chủ yếu là đau bụng thượng vị chiếm 96,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 170 ± 17 phút. Kích thước u trung bình là 5,4 ± 2,1 cm. Tỷ lệ mổ mở chiếm 71,4%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ± 3,4 ngày. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 85,7%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 83,3%, rò tụy độ B chiếm 16,7%. Trong số 28 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Không có trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, không có trường hợp nào tử vong. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ có 10 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến của tụy, 6 trường hợp là u nang nang, 3 trường hợp là u đặc giả nhú, 4 trường hợp là u thần kinh nội tiết, 2 trường hợp là u nang thanh dịch, 1 trường hợp vết thương tụy, 1 trường hợp chấn thương tụy có đứt rời thân tụy, 1 trường hợp nang giả vùng đuôi tụy bội

*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024