

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THẦN KINH TRỤ VÙNG CẰNG TAY

Lương Thanh Bình¹, Nguyễn Văn Trường², Nguyễn Việt Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối thần kinh trụ vùng cẳng tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả trên 41 bệnh nhân có vết thương cẳng tay có tổn thương thần kinh trụ được phẫu thuật tại Khoa chấn thương chi trên và vi phẫu thuật - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Trong 41 bệnh nhân có 38 nam và 03 nữ, độ tuổi trung bình là 38 tuổi với tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi và lớn nhất là 63 tuổi. Kết quả phục hồi vận động M5 là 03 BN (7,3%), M4 là 19 BN (46,3%), M3 là 13 BN (31,8%), M2 là 5 BN (12,2%), M1 là 1 BN (2,4%). Kết quả phục hồi cảm giác S4 là 4 BN (14,6%), S3+ là 23 BN (56,1%), S3 là 8 BN (19,5%), S2+ là 4 BN (9,8%). Kết quả phục hồi chức năng bàn tay phân loại theo Hiệp hội nghiên cứu Y khoa (BMRC) ở Anh mức độ rất tốt là 3/41 BN (7,3%), tốt là 19/41 BN (46,3%), khá là 13/41 BN (31,8%), trung bình là 5/41 BN (12,2%), kém là 1/41 BN (2,4%). **Kết luận:** Khâu nối thần kinh trụ đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp điều trị đem lại kết quả phục hồi tốt về vận động và cảm giác. **Từ khóa:** Vi phẫu, khâu nối thần kinh trụ.

SUMMARY

RESULTS OF ULNANOUS NERVE REPAIR IN THE FOREARM

Objective: Evaluate the results of ulnar nerve repair in the forearm. **Subjects and methods:** Describe 41 patients with forearm injuries with ulnar nerve damage who underwent surgery at the Department of Upper Limb Trauma and Microsurgery - 108 Central Military Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** Of the 41 patients, there were 38 males and 03 females, the average age was 38 years old with the youngest being 13 years old and the oldest being 63 years old. The results of motor recovery at M5 were 03 patients (7.3%), M4 were 19 patients (46.3%), M3 were 13 patients (31.8%), M2 were 5 patients (12.2%), M1 was 1 patient (2.4%). The results of sensory recovery at S4 were 4 patients (14.6%), S3+ were 23 patients (56.1%), S3 was 8 patients (19.5%), S2+ was 4 patients (9.8%). Hand rehabilitation results were classified by the British Medical Research Council (BMRC)⁴ as very good in 3/41 patients (7.3%), good in 19/41 patients (46.3%), fair in 13/41 patients (31.8%), average in 5/41 patients (12.2%), and poor in 1/41 patients (2.4%). **Conclusion:** Microsurgical repair of severed ulnar nerve is a treatment method that provides good recovery of motor and sensory function.

¹Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thanh Bình

Email: luongbinh97422@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 15.10.2024

Keywords: Microsurgery, ulnar nerve repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay là bộ phận thường bị tổn thương nhất trên cơ thể con người, khiến cho bệnh nhân phải nhập viện điều trị tại khoa cấp cứu chấn thương của bệnh viện.

Trong 30-40% các trường hợp chấn thương chi trên thì tổn thương dây thần kinh trụ có thể gây ra tê bì, rối loạn cảm giác và yếu liệt cơ nội tại bàn tay bị thương¹. Tổn thương dây thần kinh trụ là tổn thương dây thần kinh ngoại biên thường gặp nhất so với tổn thương dây thần kinh giữa và quay tại cẳng tay².

Dây thần kinh trụ là dây hỗn hợp có sự kết hợp giữa các bó vận động và cảm giác, điều này khiến cho việc khâu nối khó khăn, cũng như phục hồi chức năng kém hơn so với sửa chữa dây thần kinh cảm giác đơn thuần khác. Phẫu thuật khâu nối thần kinh trụ bằng vi phẫu là một kỹ thuật khó đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm. Trên thế giới đã áp dụng kỹ thuật vi phẫu khâu nối thần kinh ngoại biên từ đầu thế kỷ XVII, điều này đã nâng cao sự chính xác của ca phẫu thuật, tuy nhiên các báo cáo của các tác giả về chức năng vận động và cảm giác vẫn còn hạn chế³. Ở Việt Nam, Nguyễn Huy Phan cũng đã áp dụng kỹ thuật vi phẫu vào khâu nối thần kinh ngoại biên từ những năm 1978, sau đó kỹ thuật này được phổ biến tại nhiều cơ sở y tế tuyến trung ương. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nhiều báo cáo hay nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối thần kinh trụ vùng cẳng tay bằng kỹ thuật vi phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 41 bệnh nhân bị đứt thần kinh trụ ở vùng cẳng tay trong phạm vi từ nếp gấp khuỷu tay đến nếp gấp cổ tay được phẫu thuật khâu nối bằng kỹ thuật vi phẫu tại Khoa chấn thương chi trên và vi phẫu thuật - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật

- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, gây tê đám rối cánh tay, sát khuẩn và trải toan phẫu thuật, garo 1/3 giữa cánh tay.

- Đường mổ theo đường vết thương hoặc theo đường đi của thần kinh trụ.
- Bộc lộ thần kinh trụ và xử lý các tổn thương phối hợp trước khi khâu nối thần kinh.
- Kỹ thuật khâu nối:
 - + Chuẩn bị hai đầu cụt của dây thần kinh bằng cách cắt gọn hai đầu tổn thương đến đoạn lành. Đánh giá sự mất đoạn thần kinh trụ, nếu mất đoạn <2,5cm có thể nối trực tiếp. Bóc tách bao ngoài dây thần kinh một đoạn ngắn ở hai đầu cụt, phẫu tích bộc lộ các bó sợi của dây thần kinh. Xác định các bó sợi khi khâu nối dựa vào sự tương ứng về vị trí giải phẫu, tương đương về kích thước của các bó và nhóm bó để khâu nối với nhau.

+ Kiểm tra néo thử hai đầu mỗi không căng thì thực hiện khâu nối các bó trung tâm bằng mỗi khâu bao bó sợi bằng chỉ 9.0-10.0 với 01-02 mũi khâu, các mũi ngoại vi thì khâu bằng mỗi khâu bao ngoài-bao bó sợi với 01 mũi khâu. Nếu néo thử hai đầu mỗi thấy căng thì khâu mỗi chỉ Vicryl 5.0-6.0 vào bao ngoài dây thần kinh ở gần hai đầu cụt để chống căng và gấp khuỷu khoảng 120 độ và cổ bàn tay khoảng 30 độ rồi kiểm tra hết căng thì tiến hành khâu nối như kỹ thuật trên.

- Bất động sau mổ: Tất cả bệnh nhân sau mổ đều được đặt nẹp bột cánh cẳng bàn tay theo tư thế chùng thần kinh ngay tại phòng mổ với cổ bàn tay gấp khoảng 30°, khuỷu gấp khoảng 120° để trong vòng 03 tuần.

- Sau mổ bệnh nhân được chăm sóc hậu phẫu, hướng dẫn tập phục hồi chức năng, đánh giá kết quả phục hồi vận động và cảm giác vào các thời điểm 06 tháng, 09 tháng, 12 tháng và sau 12 tháng.

2.2.3. Đánh giá và phân loại kết quả theo lâm sàng. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng bàn tay dựa theo hệ thống đánh giá và phân loại kết quả phục hồi chức năng bàn tay sau phẫu thuật nối – ghép thần kinh ngoại vi của Hội nghiên cứu Y khoa (BMRC) của Anh năm 1986⁴, với vận động đánh giá từ M0-M5 và cảm giác từ S0-S4.



Hình 1. Đánh giá kết quả phục hồi vận động



Hình 2. Đánh giá kết quả phục hồi cảm giác

Kết quả như sau:

- Rất tốt: M5 và S4.
- Tốt: M4 và S4 hoặc S3.
- Khá: M3 và S3 hoặc cao hơn.
- Trung bình: M2 và S2 hoặc cao hơn.
- Kém: M0, M1 và S0, S1 hoặc cao hơn.

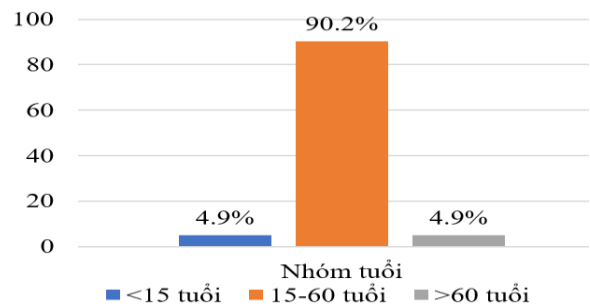
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Gồm 41 bệnh nhân trong đó có 38 nam chiếm 92,7% và 03 nữ chiếm 7,3% (biểu đồ 2). Độ tuổi trung bình là 38 tuổi với tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi và lớn nhất là 63 tuổi.

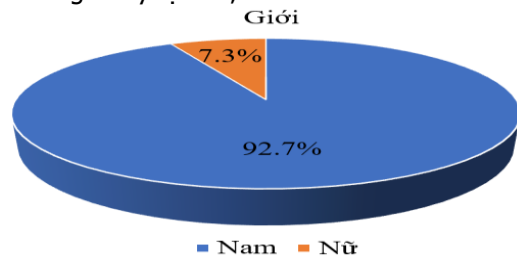
Bảng 1: Tỷ lệ phần trăm theo nhóm tuổi

Giới	Nhóm tuổi			Tỷ lệ (%)
	<15 tuổi	15-60 tuổi	>60 tuổi	
Nam	2	34	2	92,7%
Nữ		3		7,3%
Tỷ lệ (%)	4,9%	90,2%	4,9%	



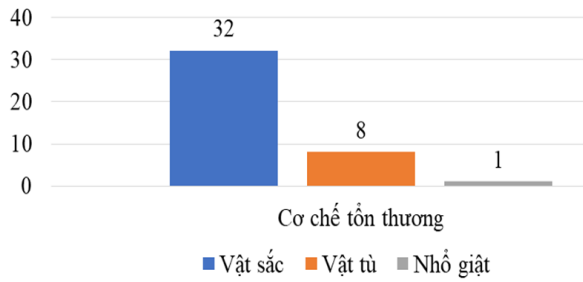
Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi trong độ tuổi lao động từ 15-60 tuổi chiếm đa số với 90,2%, còn nhóm <15 tuổi và nhóm >60 tuổi cùng có tỷ lệ là 4,9%.



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Cơ chế do vật sắc chiếm phần lớn 32/41 BN (78,04%), do vật tù 8/41 BN (19,52%) và nhỏ giật 1/41 BN (2,44%) (biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Cơ chế tổn thương

3.2. Kết quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 41 bệnh nhân bị tổn thương dây thần kinh trụ vùng cẳng tay đã phục hồi dần dần vận động theo hệ thống phân loại BRMC (M0-M5) được mô tả ở (Bảng 2). Kết quả phục hồi vận động M5 là 03 BN (7,3%), M4 là 19 BN (46,3%), M3 là 13 BN (31,8%), M2 là 5 BN (12,2%), M1 là 1 BN (2,4%).

Bảng 2. Kết quả phục hồi vận động⁴

Vận động	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
M5	3	7,3
M4	19	46,3
M3	13	31,8
M2	5	12,2
M1	1	2,4
M0	0	0
Tổng	41	100

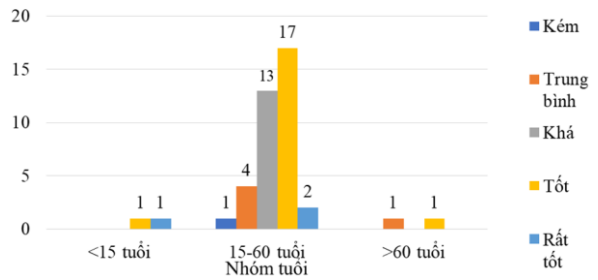
Mặt khác, phục hồi về cảm giác được phân loại từ S0-S4. Phẫu thuật cấp cứu khâu nối thần kinh trụ thì đầu đã mang lại kết quả tích cực (Bảng 3). Kết quả phục hồi cảm giác S4 là 4 BN (14,6%), S3+ là 23 BN (56,1%), S3 là 8 BN (19,5%), S2+ là 4 BN (9,8%).

Bảng 3. Kết quả phục hồi cảm giác⁴

Cảm giác	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
S4	4	14,6
S3+	23	56,1
S3	8	19,5
S2+	4	9,8
S2	0	0
S1	0	0
S0	0	0
Tổng	41	100

Bảng 4. Phân loại kết quả phục hồi chức năng bàn tay được phân loại theo Hiệp hội nghiên cứu Y khoa (BMRC) ở Anh⁴

Kết quả chức năng bàn tay	BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	3	7,3
Tốt	19	46,3
Khá	13	31,8
Trung bình	5	12,2
Kém	1	2,4
Tổng số	41	100



Biểu đồ 3. Biểu đồ kết quả phục hồi chức năng theo nhóm tuổi

Kết quả phục hồi chức năng bàn tay rất tốt là 3/41 BN (7,3%), tốt là 19/41 BN (46,3%), khá là 13/41 BN (31,8%), trung bình là 5/41 BN (12,2%), kém là 1/41 BN (2,4%) (Bảng 4). Trong đó, với những bệnh nhân <15 tuổi kết quả phục hồi tốt là 100% (Biểu đồ 4).

IV. BÀN LUẬN

Cẳng tay là vùng tiếp xúc với các công cụ lao động cũng như thực hiện các phản xạ tự vệ bản thân. Trong nghiên cứu của chúng tôi cơ chế vật sắc cắt là 32/41 BN (78,04%). Trong nghiên cứu của Vastamaki M và cs có 57,3% do vật sắc cắt, do vật tù chiếm 37,3% còn lại là do đạn bắn và cửa cắt². Theo Kokkalis nghiên cứu trên 32 bệnh nhân tỷ lệ vết thương do kính cắt vào tay 56,25%, do bị chém là 18,75%, do cửa máy là 18,75% và do tổn thương hỏa khí là 6,25%⁵. Nguyên nhân tổn thương thần kinh trụ chủ yếu do tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt với cơ chế do vật sắc cắt do vùng cẳng tay là vùng tiếp xúc với các công cụ lao động cũng như thực hiện các động tác tự vệ bản thân khi cơ thể gặp nguy hiểm.

Tuổi bệnh nhân càng trẻ thì kết quả phục hồi chức năng bàn tay càng tốt do khả năng tái sinh và phục hồi phân bố thần kinh tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/41 BN 13 tuổi, cả 02 bệnh nhân đều đạt được phục hồi cảm giác S4, phục hồi vận động là M5 có 01 bệnh nhân và M4 là 01 bệnh nhân. Nghiên cứu của Lijftoqt và CS báo cáo với 62 BN tổn thương đứt hoàn toàn thần kinh trụ hoặc thần kinh giữa vùng cẳng tay được phẫu thuật và 44 BN được đánh giá kết quả và thấy rằng trong tất cả các bệnh nhân trẻ hơn 20 tuổi đều phục hồi chức năng tốt hoặc trung bình⁶. Trong nghiên cứu 20 BN sau khâu nối ghép thần kinh ở chi trên của Koller R. Và CS thông báo kết quả tất cả BN nhỏ hơn 10 tuổi đều đạt được biên độ vận động của bàn tay và các ngón tay bình thường⁷. Từ đó nhận thấy rằng kết quả phục hồi chức năng phụ thuộc vào tuổi, bệnh nhân trẻ kết quả phục hồi tốt hơn ở bệnh nhân cao tuổi.

Bởi vì quá trình tái tạo dây thần kinh xảy ra

sau tổn thương với tốc độ ~1mm mỗi ngày, do vậy việc sửa chữa càng sớm ngay thì đầu thì kết quả phục hồi sẽ tốt hơn. Theo lý thuyết của nhiều tác giả cho rằng kỹ thuật khâu bao bó sợi đem lại kết quả tốt hơn so với kỹ thuật khâu bao ngoài bao bó sợi vì ưu điểm của kỹ thuật này là định hướng tốt các bó sợi tạo điều kiện thuận lợi cho sự tái tạo và phục hồi thần kinh. Tuy nhiên hạn chế của kỹ thuật này là nguy cơ làm tổn thương hệ thống mạch máu nuôi dưỡng, ngoài ra do bóc tách từng bó sợi và khâu nhiều mũi nên có nguy cơ xơ hóa, do vậy kết quả lâm sàng của hai kỹ thuật là tương đương nhau. Ở vùng cẳng tay đây là nơi dây thần kinh chứa nhiều nhóm bó nên được khuyến cáo khâu nối theo kỹ thuật bao ngoài bao bó sợi. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 33/41 BN được khâu theo kỹ thuật bao ngoài bao bó sợi và còn lại là 08 BN được khâu theo kỹ thuật bao bó sợi, điều này dựa trên kinh nghiệm và kỹ thuật lâm sàng của từng phẫu thuật viên. Tỷ lệ thành công của hai kỹ thuật này là tương đương nhau.

So sánh kết quả phục hồi chức năng vận động và cảm giác trong nghiên cứu với các kết quả của các tác giả trong nước và ngoài nước thấy rằng.

Kết quả (M3 và S3, S3+, S4)

Kato và CS⁸: 78 %

Lijftogt và CS⁶: 90%

Leclercq DC và CS⁹: 73%

Chúng tôi: 85,37%

Nhìn chung kết quả khâu nối trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả khâu nối của các nghiên cứu đã công bố với kết quả phục hồi chức năng bàn tay rất tốt là 3/41 BN (7,3%), tốt là 19/41 BN (46,3%), khá là 13/41 BN (31,8%). Nguyên nhân chủ yếu theo tôi là với sự phát triển mạnh của kỹ thuật vi phẫu tại nước ta cùng với tiến bộ về trang thiết bị y máy móc cũng như kinh nghiệm phẫu thuật hiện nay đem đến kết quả điều trị tốt cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của tôi có tổng 02 trường hợp bệnh nhân đứt bán phần thần kinh trụ, trong đó có 01 bệnh nhân 60 tuổi kết quả phục hồi cảm giác tốt hơn là vận động ở mức M2/S2+. Theo tôi mức độ phục hồi cảm giác cũng như vận động ở mức trung bình là do bệnh nhân cao tuổi nên khả năng phục hồi kém hơn. Mặc dù có nghiên cứu thể hiện mức độ tổn thương bán phần thường phục hồi tốt hơn toàn phần.

Có 01 trường hợp tiến cứu bệnh nhân có tổn thương phức hợp phức tạp bao gồm: đứt thần kinh trụ, thần kinh giữa, động mạch trụ và toàn bộ gân cơ khu trước cẳng tay. Kết quả phục hồi chức năng ở mức kém với M1/S2+ mặc dù bệnh

nhân ở độ tuổi trung niên 44 tuổi và theo chúng tôi quan sát và đánh giá thì khả năng phục hồi ở bệnh nhân này là do có tổn thương phối hợp nặng nề và có hiện tượng dính gân sau mổ do bệnh nhân sợ đau nên không tuân thủ hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ. Do vậy bệnh nhân có thể sẽ phải thực hiện thêm một cuộc phẫu thuật thứ hai nhằm gỡ dính gân để cải thiện chức năng bàn tay tốt hơn.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả khâu nối thần kinh ngoại vi nên việc tiên lượng kết quả còn gặp nhiều khó khăn. Các tác giả đưa ra nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả như độ tuổi, mức độ tổn thương, chiều dài khuyết đoạn thần kinh, các tổn thương phối hợp, thời điểm phẫu thuật, kỹ thuật khâu nối và tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật. Kết quả phục hồi tốt đối với những bệnh nhân trẻ tuổi, tổn thương sắc gọn, ít tổn thương phối hợp, được phẫu thuật cấp cứu khâu nối thì đầu và tập phục hồi chức năng tốt sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 41 bệnh nhân kết quả phục hồi chức năng bàn tay tốt trở lên là 53,6%. Khâu nối thần kinh trụ đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu là phương pháp điều trị đem lại kết quả phục hồi tốt về vận động và cảm giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tapp M, Wenzinger E, Tarabishy S, et al.** The Epidemiology of Upper Extremity Nerve Injuries and Associated Cost in the US Emergency Departments. *Ann Plast Surg* 2019;83:676-80.
2. **Vastamaki M, Kallio PK, Solonen KA** (1993) The results of secondary microsurgical repair of ulnar nerve injury. *J Hand Surg Br* 18: 323-326.
3. **Pfaeffle HJ, Waitayawinyu T, Trumble TE.** Ulnar nerve laceration and repair. *Hand clinics.* 2007;23(3):291-299, v.
4. **Kasra Rowshan MD, Neil F. Jones MD and Ranjan Gupta MD** (2004), "Current Surgical Techniques of Peripheral Nerve Repair", *Operative Techniques in Orthopaedics*, Elsevier Inc. Vol 14, Pp. 163-170.
5. **Kokkalis ZT, Efstathopoulos DG, Papanastassiou ID, Sarlikiotis T, Papagelopoulos PJ.** Ulnar nerve injuries in guyon canal: A report of 32 cases: Ulnar Nerve Repair in Guyon Canal. *Microsurgery.* 2012; 32(4):296-302.
6. **Lijftogt H.J, Dijkstra R., Storm van leeuwen J.B.** (1987), "Results of microsurgical of nerve injuries of the wrist", *Neth J Surg*, Vol 38(6), Pp. 170-174.
7. **Koller R., Rath T., Benditte-Klepetchko H., Eberhard D., Millesi H.** (1998), "Results of restoration of continuity in peripheral nerve in childhood and adolescence", *Handchir Mikrochir Plast Chir*, Vol 30(2), Pp. 109-115.
8. **Kato H, Minami A, Kobayashi M, Takahara**

M, Ogino T. Functional results of low median and ulnar nerve repair with intraneural fascicular dissection and electrical fascicular orientation. *J Hand Surg.* 1998;23(3):471-482.

9. Leclercq DC, Carlier AJ, Khuc T, Depierreux

L, Lejeune GN. Improvement in the results in sixty-four ulnar nerve sections associated with arterial repair. *J Hand Surg Am.* 1985 Nov;10(6 Pt 2):997-9. doi: 10.1016/s0363-5023(85)80023-x. PMID: 3908550.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG NẸP MÓC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Đàm Thái Sơn¹, Nguyễn Việt Nam², Trần Chiến¹,
Hoàng Văn Dung¹, Vũ Hồng Ái¹, Ngô Thái Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 45 bệnh nhân bị trật khớp cùng đòn được phẫu thuật cố định khớp cùng đòn bằng nẹp móc tại khoa chấn thương chi trên và vi phẫu thuật – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2021-06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 41,56 ± 12,53 tuổi, >60 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 6,7% và 75,6% là bệnh nhân nam giới. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 73,3%. Theo phân độ Rockwood độ III và độ V thường gặp nhất chiếm 82,2%. Đa số bệnh nhân liên vết mổ kì đầu, có 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 2,2% và 01 bệnh nhân bị bật nẹp sau mổ chiếm 2,2%. Biên độ vận động khớp vai >160° chiếm 28,6%, 120-160° chiếm 71,6%, không có bệnh nhân nào vận động <120°. Kết quả xa theo thang điểm Constant điểm trung bình là 86,06 ± 9,45. Biến chứng thoái hóa khớp cùng đòn 5/35 BN (14,3%), tiêu đầu ngoài xương đòn 2/35 BN (5,7%), hẹp khoang dưới mỏm cùng vai 1/35 BN (2,9%) thoái hóa khớp cùng đòn và tiêu đầu ngoài xương đòn 5/35 BN (14,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc cho phép vận động sớm, phục hồi chức năng tốt. Tuy nhiên cần lựa chọn loại nẹp phù hợp với giải phẫu và thời gian tháo nẹp sớm để hạn chế các biến chứng có thể xảy ra.

Từ khóa: Trật khớp cùng đòn, nẹp móc.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF ACROMIOCLAVICULAR JOINT DISLOCATION WITH A HOOK PLATE AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

Objectives: Evaluating surgical results in treating acromioclavicular joint dislocation with a hook plate.

Subjects and Methods: 45 patients with acromioclavicular joint dislocation underwent acromioclavicular joint fixation surgery with hook

splints at the Department of Microsurgery and Upper Extremity, 108 Central Military Hospital, from January 2021 to June 2024. Results: The average age is 41.56 ± 12.53 degrees; age > 60 is the lowest proportion of 6.7% and 75.6% are male patients. The main cause is traffic accidents, which account for 73.3%. According to the Rockwood classification, levels III and V are the most common, accounting for 82.2%. The majority of patients healed in the first stage of surgery; one patient had surgical wound infection, accounting for 2.2% and one patient had splint dislodgment after surgery, accounting for 2.2%. Shoulder joint range of motion >160° accounts for 28.6%, 120-160° accounts for 71.6%, and no patient has movement <120°. The average Constant score was 86.06 ± 9.45. Complications of acromioclavicular joint degeneration in 5/35 patients (14.3%), resorption of the lateral clavicle in 2/35 patients (5.7%), subacromial space narrowing in 1/35 patients (2.9%), acromioclavicular joint degeneration, and lateral clavicle resorption in 5/35 patients (14.3%). **Conclusion:** Surgical treatment of acromioclavicular joint dislocation with a hook-lock splint allows early mobilization and good functional recovery. However, it is necessary to choose the type of splint appropriate to the anatomy and remove the splint early to limit possible complications. **Keywords:** Acromioclavicular joint dislocation, hook plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cùng đòn (TKCĐ) là một chấn thương thường gặp do tai nạn giao thông, chấn thương thể thao, tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động... Khớp cùng đòn có chức năng liên kết khớp vai với xương đòn và nâng đỡ trọng lượng của chi trên vì vậy khi xảy ra trật khớp cùng đòn sự vững của khớp vai sẽ bị ảnh hưởng. TKCĐ là một trong những tổn thương phổ biến sau chấn thương chi trên, chiếm khoảng 9 - 12% [7] các tổn thương vùng đai vai.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật trong điều trị trật khớp như cố định khớp cùng đòn, tái tạo dây chằng quạ đòn, nắn chỉnh cố định bằng nẹp móc... Mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng tùy theo mức độ của tổn thương và tính chất tổn thương của trật khớp cũ hay cấp tính.

Nẹp móc được thiết kế với nhiều kích cỡ và

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thái Hưng

Email: ngohung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024