

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

độ sâu của nẹp để phù hợp với cấu trúc giải phẫu của những bệnh nhân khác nhau. Từ đó, cho phép nắn chỉnh tốt về mặt giải phẫu, đảm bảo vững chắc ở vị trí cố định sau nắn, giúp bệnh nhân có thể tập vận động sớm, nhanh chóng trở lại hoạt động hàng ngày và công việc. Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 là một trong những cơ sở đã áp dụng phương pháp điều trị nắn chỉnh khớp cùng đòn bằng nẹp móc đầu tiên cho đến nay, tuy nhiên chưa có nhiều công bố khoa học đánh giá về kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc. Đây được xem là phương pháp điều trị có nhiều ưu thế đối với TKCĐ cấp tính. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 Bệnh nhân (BN) bị TKCĐ được phẫu thuật 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.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Trật khớp cùng đòn độ III, IV, V, VI <6 tuần.

- >18 tuổi

Tiêu chuẩn loại trừ: - TKCĐ kèm gãy gai vai, gãy đầu trên xương cánh tay cùng bên.

- Đối tượng có bệnh lý về thần kinh, cơ, xương, khớp ảnh hưởng đến vận động khớp vai.

- Nhiễm trùng tại vùng tổn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, phân độ Xquang trước phẫu thuật.

+ Kết quả gần: Diễn biến tại vết mổ.

+ Kết quả xa (sau 3 tháng phẫu thuật): Biên độ vận động của khớp vai; Kết quả Xquang của khớp vai; Đánh giá kết quả chung sau mổ theo thang điểm Constant; Biến chứng của phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính ở dạng số lượng (n) và tần số (%). Sử dụng test so sánh test X², các so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Đạo đức nghiên cứu: Chúng tôi cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào trong nghiên cứu của chúng tôi. Các đối tượng tham gia được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu là

nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thông tin bệnh nhân nghiên cứu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung (N=45)

Đặc điểm	Phân loại	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tuổi	18-40	21	46,7
	41-60	21	46,7
	>60	3	6,7
Giới	Nam	34	75,6
	Nữ	11	24,4
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	33	73,3
	Tai nạn sinh hoạt	6	13,3
	Tai nạn thể thao	6	13,4
Phân độ	Độ III	25	55,6
	Độ IV	8	17,8
	Độ V	12	26,6

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 41,56 ± 15,53 tuổi, độ tuổi >60 là chiếm tỉ lệ thấp nhất 6,7%. Tỷ lệ nam:nữ khoảng 3:1. Nguyên nhân chính TKCĐ là tai nạn giao thông (TNGT) chiếm 73,3%. Phân độ theo Rockwood TKCĐ độ III và độ V chiếm 82,2%.

3.2. Kết quả gần

Bảng 3.2. Diễn biến tại vết mổ

Diễn biến tại vết mổ	Số bệnh nhân (n=45)	Tỷ lệ (%)
Liên vết mổ kỳ đầu	43	95,6
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	2,2
Bật nẹp sau mổ	1	2,2
Tổng	45	100,0

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân liên vết mổ kỳ đầu (95,6%), có 1 trường hợp bị nhiễm khuẩn vết mổ (2,2%), 1 trường hợp bị bật nẹp sau mổ (2,2%).

Bảng 3.3. Biên độ vận động khớp vai

Biên độ vận động khớp vai	Tần số (n=35)	Tỷ lệ (%)
> 160°	10	28,6
120 - 160°	25	71,6
<120°	0	0
Tổng	35	100

Nhận xét: Không ghi nhận trường hợp nào hạn chế rõ vận động khớp vai sau mổ, 71,6% bệnh nhân có biên độ vận động từ 120-160 độ.

Bảng 3.4. Kết quả Xquang của khớp vai theo thời gian theo dõi

Xquang khớp cùng đòn	Tần số (n=35)	Tỷ lệ (%)
Không trật	33	94,3
Bán trật	2	5,7
Trật hoàn toàn	0	0
Tổng	35	100,0

Nhận xét: Sau 3 tháng phẫu thuật có 2 bệnh nhân bị bán trật khớp vai chiếm 5,7%, không có bệnh nhân nào bị trật khớp vai hoàn toàn.

3.3 Kết quả xa

Bảng 3.5. Đánh giá kết quả xa theo Constant

Đánh giá kết quả xa	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	12	34,3
Tốt	14	40,0
Khá	7	20,0
Kém	2	5,7
Tổng	35	100,0

Nhận xét: Đa số phẫu thuật thành công với điểm Constant rất tốt, tốt và khá, chiếm 94,3%, có 2 bệnh nhân thất bại chiếm tỉ lệ 5,7%. Điểm Constant trung bình là $86,06 \pm 9,45$ cao nhất là 98 điểm và thấp nhất là 64 điểm.

Bảng 3.6. Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Tần số	Tỉ lệ
Không	22	62,9%
Hẹp khoang dưới móm cùng vai	1	2,9%
Thoái hóa khớp cùng đòn	5	14,3%
Tiêu đầu ngoài xương đòn	2	5,7%
Thoái hóa khớp cùng đòn và tiêu đầu ngoài xương đòn	5	14,3%
Tổng	35	100%

Nhận xét: Biến chứng thoái hóa khớp cùng đòn 14,3%, tiêu đầu ngoài xương 5,7%, hẹp khoang dưới móm cùng vai 2,9% thoái hóa khớp cùng đòn và tiêu đầu ngoài xương đòn 14,3%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $41,56 \pm 15,53$ tuổi, độ tuổi >60 là chiếm tỉ lệ thấp nhất 6,7%. Tỷ lệ nam:nữ khoảng 3:1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác. Theo Nguyễn Ngọc Hân[2] độ tuổi trung bình 32,7 tuổi; Vũ Xuân Thành[1] là 39 tuổi; Theo Gowd và cộng sự là 37,1 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 3/1.

Nguyên nhân chính TKCĐ là TNGT chiếm 73,3% điều này phản ứng thực tế tại Việt Nam, phương tiện đi lại chủ yếu của người dân là xe gắn máy. Ý thức chấp hành luật lệ giao thông của người dân chưa cao, nên tỷ lệ TNGT vẫn còn rất cao.

Chúng tôi chủ yếu gặp TKCĐ độ III và độ V chiếm 82,2%. TKCĐ độ IV ít gặp và không gặp trường hợp nào TKCĐ độ VI. Kết quả ngày cũng tương tự Philipp Hemmann[5] và Vũ Xuân Thành[1].

Diễn biến tại vết mổ. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi luôn đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, bệnh nhân được đặt dẫn lưu để tránh

ứ đọng dịch, máu tại vết mổ, sau mổ được vệ sinh và thay băng vết mổ hàng ngày theo đúng quy trình, được sử dụng kháng sinh dự phòng toàn thân.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết các bệnh nhân đều liền vết mổ kì đầu, chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 2,2%) nhiễm khuẩn vết mổ.

Có 1 trường hợp BN có biến chứng về nẹp vít, bật dụng cụ - trật lại khớp cùng đòn sau mổ 2 tuần. Trường hợp này do BN trong quá trình sinh hoạt bị ngã, tay bên tổn thương giờ cao cộng với trọng lực của cơ thể làm bật nẹp vít cố định tại vị trí dưới móm cùng vai. BN sau đó được nhập viện, phẫu thuật đặt lại dụng cụ với nẹp dài hơn, chiều dài phần móc nẹp dài hơn và số lượng vít nhiều hơn trước đó (5 vít so với 3 vít trước đó). Sau mổ, BN được theo dõi và tập vận động như trường hợp TKCĐ bình thường.

Biên độ vận động khớp vai. Đa số bệnh nhân có biên độ vận động khớp vai bình thường (>160°: 10 bệnh nhân chiếm 28,6%, từ 120-160°: 25 bệnh nhân chiếm 71,6%). Không có trường hợp nào có biên độ vận động khớp vai <120°.

Kết quả Xquang của khớp vai theo thời gian theo dõi. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được theo dõi ít nhất 4 tháng sau phẫu thuật. Khi tái khám đều được thăm khám lâm sàng kĩ càng, làm các xét nghiệm cần thiết và chụp X quang vai để đánh giá. Có 02 trường hợp bán trật khớp trên Xquang do sau phẫu thuật bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Chúng tôi đã khám, đánh giá tình trạng chấn thương của bệnh nhân và quyết định cho bệnh nhân đeo áo cố 8 thêm 04 tuần. Sau kiểm tra lại kết quả không thấy khớp cùng đòn trật. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Văn Ngọc[4] đưa ra năm 2014 về điều trị trật khớp vai bằng nẹp khóa móc với 20/21 bệnh nhân không có hình ảnh trật khớp hay bán trật, chỉ có 1 bệnh nhân có hình ảnh bán trật khi chụp X quang kiểm tra sau tháo nẹp 1 tháng. Trong một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn của Kienast. B[8] và cộng sự năm 2011 đã báo cáo 313 bệnh nhân TKCĐ độ III – V trong 6 năm được điều trị bằng nẹp móc chỉ có 7 bệnh nhân trật lại khớp.

Kết quả xa theo thang điểm Constant.

Đa số phẫu thuật thành công với điểm Constant rất tốt, tốt và khá với 33 bệnh nhân chiếm 94,3%, có 02 bệnh nhân chiếm 5,7% với kết quả kém. Điểm trung bình là $86,06 \pm 9,45$ điểm. Điểm Constant tăng dần qua những lần tái khám do bệnh nhân hết đau, tầm vận động khớp trở lại bình thường.

So sánh với các nghiên cứu trong nước về điều trị TKCĐ bằng nẹp khóa móc hay bằng các phương pháp khác, chúng tôi thấy rằng các nghiên cứu khác đều cho kết quả tương tự. Phan Văn Ngọc[4] năm 2014 báo cáo kết quả điều trị cho 21 ca TKCĐ cấp tính cấp tính độ III bằng nẹp móc, có 85,7% đạt kết quả tốt và rất tốt. Hay nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hân[2] năm 2018 báo cáo 37 ca độ III, IV điều trị phẫu thuật bằng xuyên đinh cột chỉ thép néo ép cùng đòn, nẹp móc và bắt vít quạ đòn (vít Bosworth) kết quả 100% tốt và rất tốt, điểm Constant trung bình đạt 96,5 điểm ở nhóm rất tốt và 82 điểm ở nhóm tốt. Gần đây nhất là trong luận văn Tiến sĩ của Vũ Xuân Thành[1] (2020) nghiên cứu về điều trị TKCĐ bằng tái tạo dây chằng quạ đòn 100% đều đạt kết quả tốt và rất tốt.

Với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài kết quả cũng không có nhiều sự khác biệt. Năm 2011, Kienast. B[8] và cộng sự đã báo cáo 313 BN TKCĐ độ III – V trong 6 năm được điều trị bằng nẹp móc, đạt kết quả theo thang điểm Constant là 92.4 điểm với kết quả tốt và rất tốt là 89%.

Biến chứng của phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy 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%).

So sánh với các tác giả trong nước Năm 2024, Nguyễn Văn Giỏi, Nguyễn Văn Lượng[3] đã thực hiện nghiên cứu kết quả và biến chứng phẫu thuật cố định sai khớp cùng đòn cấp tính bằng nẹp móc cho kết quả 14/42 BN có hình ảnh tiêu xương dưới mỏm cùng vai, 10/42 BN có hình ảnh thoái hóa khớp cùng đòn.

Với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đã báo cáo rằng thời gian giữ nẹp móc kéo dài hơn 5 tháng sẽ gây tăng nguy cơ huỷ xương dưới mỏm cùng và giảm điểm chức năng khớp vai [6],[9]. Ngoài ra, do móc của nẹp được đặt dưới gai vai cho nên việc uốn cong móc của nẹp giúp giảm áp lực lên xương tại vị trí của móc từ đó làm giảm biến chứng huỷ xương dưới mỏm cùng (huỷ xương gai vai), hẹp khoang dưới mỏm cùng hay tình trạng đau sau mổ của BN mặc dù độ sâu của nẹp thích hợp với KCQĐ bên lành.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 45 bệnh nhân phẫu thuật điều trị trật khớp cùng đòn độ III, IV, V chúng tôi có kết quả như sau: Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $41,56 \pm 15,53$ tuổi, tỷ lệ nam:nữ khoảng 3:1. Nguyên nhân chính TKCĐ là TNGT chiếm 73,3%. Hầu hết các bệnh nhân đều

liền vết mổ kì đầu, chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 2,2%) nhiễm khuẩn vết mổ và có 01 bệnh nhân có biến chứng về nẹp vít, bật dụng cụ - trật lại khớp cùng đòn sau mổ 2 tuần. Đa số bệnh nhân có biên độ vận động khớp vai bình thường (>160°: 10 bệnh nhân chiếm 28,6%, từ 120-160°: 25 bệnh nhân chiếm 71,6%.) Không có trường hợp nào có biên độ vận động khớp vai <120°. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được theo dõi ít nhất 4 tháng sau phẫu thuật. Khi tái khám đều được thăm khám lâm sàng kĩ càng, làm các xét nghiệm cần thiết và chụp Xquang vai để đánh giá. Có 02 trường hợp bán trật khớp trên Xquang do sau phẫu thuật bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Điểm Constant trung bình là $86,06 \pm 9,45$ điểm. Điểm Constant tăng dần qua những lần tái khám do bệnh nhân hết đau, tầm vận động khớp trở lại bình thường. Chúng tôi thấy 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%).

Phẫu thuật điều trị TKCĐ bằng nẹp móc là một phương pháp để thực hiện 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Xuân Thành** (2020), "Nghiên cứu kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng tái tạo dây chằng quạ đòn", Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Ngọc Hân và Nguyễn Tiên Thành** (2018), "Nhận xét kết quả phẫu thuật sai khớp cùng đòn", Tạp chí Y - Dược học quân sự, tr. 57-62.
3. **Nguyễn Văn Lượng và Nguyễn Năng Giỏi** (2024), "Kết quả và biến chứng phẫu thuật cố định sai khớp cùng đòn cấp tính bằng nẹp móc.", Y Học Việt Nam. 536(2)tr. 66-69.
4. **Phan Văn Ngọc và các cộng sự.** (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật trật khớp cùng đòn bằng nẹp móc tại bệnh viện Saigon ITO", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam.Số đặc biệt, tr.201-206.
5. **P. Hemmann và các cộng sự.** (2020), "Acromioclavicular joint separation treated with clavicular hook plate: a study of radiological and functional outcomes", Arch Orthop Trauma Surg. 141(4), tr. 603-610.
6. **D. Jafary và các cộng sự.** (2014), "Clinical and radiological results of fixation of acromioclavicular joint dislocation by hook plates retained for more than five months", Trauma monthly(19(2)), tr. 7464-7472.
7. **N. Kumar và V. Sharma** (2015), "Hook plate fixation for acute acromioclavicular dislocations without coracoclavicular ligament reconstruction: a functional outcome study in military personnel",

- Strategies Trauma Limb Reconstr.10(2), tr. 79-85.
8. **Thietje R. Kienast B., Queitsch C., et al.** (2011), "Mid-term results after operative treatment of rockwood grade III-V acromioclavicular joint dislocations with an AC-hook-plate", Eur J Med Res(16), tr. 52-56.
9. **G. Li và các cộng sự.** (2018), "Fifteen-degree clavicular hook plate achieves better clinical outcomes in the treatment of acromioclavicular joint dislocation", J Int Med Res.46(11), tr.4547-4559.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ NƠ VI HẮC TỔ BẨM SINH VÙNG MŨI

Võ Tùng¹, Phạm Thị Việt Dung¹

TÓM TẮT⁸

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mũi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, tiến cứu kết hợp hồi cứu thực hiện trên 28 bệnh nhân mắc nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mũi được điều trị bằng phẫu thuật. **Kết quả:** Sau 10 ngày phẫu thuật: không xuất hiện biến chứng chảy máu và nhiễm trùng vết mổ. Phần lớn bệnh nhân không có hoại tử vết mổ (89,3%) và liền sẹo tốt (89,3%), có 3 trường hợp chậm liền vết mổ và có 9/28 trường hợp có sẹo kéo ít các hốc tự nhiên. Sau 3 tháng phẫu thuật đa phần sẹo vết mổ có màu khác với màu da lân cận (67,9%), hình mờ (67,9%), phẳng so với da lân cận (53,6%) và không có tình trạng biến dạng (71,4%), hầu hết các đối tượng không có tình trạng co kéo hốc tự nhiên (89,3%) và cảm thấy hài lòng về quá trình phẫu thuật (92,8%). **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mũi đem lại hiệu quả khả quan về thẩm mỹ và hài lòng cao cho bệnh nhân.

Từ khóa: Nơ vi hắc tố bẩm sinh, mũi, phẫu thuật, da tự nhiên, ghép da

SUMMARY

SURGICAL RECONSTRUCTION OUTCOMES IN THE TREATMENT OF CONGENITAL MELANOCYTIC NEVUS OF THE NASAL REGION

Objective: To evaluate the outcomes of reconstructive surgery for the treatment of congenital melanocytic nevus in the nasal region. **Methods:** This study employed a descriptive case series design, combining both prospective and retrospective analysis, conducted on 28 patients with congenital melanocytic nevus of the nose who underwent surgical treatment. **Results:** Ten days post-surgery, there were no complications related to bleeding or wound infection. The majority of patients showed no wound necrosis (89.3%) and exhibited good wound healing (89.3%). There were 3 cases of delayed wound healing, and 9 out of 28 patients experienced mild contracture of natural cavities. After three months, most surgical scars were a different color from the surrounding skin

(67.9%), had a blurred appearance (67.9%), were level with the adjacent skin (53.6%), and showed no signs of deformation (71.4%). Furthermore, the majority of patients experienced no contracture of natural cavities (89.3%) and expressed satisfaction with the surgical process (92.8%). **Conclusion:** Surgical treatment of congenital melanocytic nevus in the nasal region demonstrates promising aesthetic outcomes and high patient satisfaction.

Keywords: Congenital melanocytic nevus, nose, surgery, natural skin expansion, skin grafting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nơ vi hắc tố bẩm sinh (Congenital melanocyte nevi) là sự tăng sinh lành tính của các tế bào hắc tố xuất hiện ngay sau khi sinh hoặc phát triển trong tuần đầu tiên sau sinh, được cho là xảy ra ở 1 - 6% trẻ sơ sinh.¹ Hiện nay, ngoài nguy cơ ác tính hoá nói chung, nơ vi còn có ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ, tâm lý của bệnh nhân và gia đình đặc biệt là các nơ vi vùng mặt. Theo số liệu thống kê, các chỉ định điều trị nơ vi có xu hướng chuyển từ phòng ngừa ác tính sang lý do thẩm mỹ và tâm lý xã hội. Phương pháp điều trị nơ vi được chia thành 2 nhóm chính là phẫu thuật và không phẫu thuật. Các phương pháp không phẫu thuật gồm mài da, nạo da, laser, đốt điện, các phương pháp này chỉ loại bỏ được một phần các tế bào trên bề mặt nông của nơ vi nên ít làm thay đổi nguy cơ ung thư hóa. Phẫu thuật giúp loại bỏ được hoàn toàn các tế bào nơ vi và che phủ khuyết da bằng các kỹ thuật tạo hình.²

Trên thế giới các phương pháp điều trị phẫu thuật nơ vi vùng mũi đã được thực hiện nghiên cứu và cho kết quả tốt như của tác giả Nader Elmelegy và cộng sự (2020) trên bệnh nhân nơ vi vùng mũi cho thấy có 24% bệnh nhân có kết quả điều trị xa đạt mức rất tốt và 76% đạt mức độ tốt.³ Báo cáo của tác giả Gu và cộng sự (2021) sau khi thực hiện phẫu thuật tái tạo da ở cánh mũi sau khi cắt bỏ nốt hắc tố cho thấy hầu hết các mảnh ghép da và vạt đều phát triển tốt và những bệnh nhân sau quá trình điều trị đều cảm thấy hài lòng với đường viền của cánh mũi.⁴ Tại Việt Nam, các nghiên cứu về phương pháp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tùng

Email: drtungvo188@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024