

- Patients. Stroke. 1999;30:p.1751-175.
4. NIH (2011), Peripheral Arterial Disease, from <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/pad/>
 5. Rossi M. & Iezzi R. (2014), "Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe Guidelines on Endovascular Treatment in Aortoiliac Arterial
 6. Senti M., Nogues X., Pedro-Botet J., Rubies-Prat J. & Vidal-Barraquer F. (1992), "Lipoprotein profile in men with peripheral vascular disease. Role of intermediate density lipoproteins and apoprotein E phenotypes", Circulation, 85(1), pp. 30-36.
 7. Sixt S., Alawied A. K., Rastan A., Schwarzwald U., Kleim M., Noory E., et al. (2008), "Acute and long-term outcome of Endovascular therapy for Aortoiliac occlusive lesions stratified according to the TASC classification: A single-center experience", Journal of Endovascular Therapy, 15(4), pp. 408-416.
 8. Soga Y., Iida O., Kawasaki D., Yamauchi Y., Suzuki K., Hirano K., et al. (2012), "Contemporary outcomes after endovascular treatment for aorto-iliac artery disease", Circ J., 76(11), pp. 2697-2704.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG NẠP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Hải Nam¹, Lô Quang Nhật¹, Nguyễn Điện Thành Hiệp²,
Trần Việt Hảo², Nguyễn Việt Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay (ĐTXCT) bằng nẹp khoá tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc trên 49 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật mở và cố định bằng nẹp khoá trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. Có 24 nam và 25 nữ với độ tuổi trung bình là 55 tuổi trong đó có 20 BN trên 60 tuổi. **Kết quả:** Phân loại Neer theo nhóm gãy: nhóm III chiếm 20,4%, nhóm IV chiếm 69,4%, nhóm V chiếm 4,1%, nhóm VI chiếm 6,1%. Kết quả chức năng được đánh giá cho từng bệnh nhân bằng cách sử dụng thang điểm Neer. Thời gian theo dõi trung bình là 18 tháng. Kết quả tốt ở 29 bệnh nhân (59,2%), khá ở 19 bệnh nhân (38,8%), trung bình ở 1 bệnh nhân (2%) không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Trong quá trình theo dõi không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ, hoại tử chỏm hay không liền xương. **Từ khóa:** Gãy đầu trên xương cánh tay, nẹp khoá.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED PROXIMAL HUMERUS FRACTURES USING LOCKING PLATES

Objectives: Evaluate the results of treatment of closed proximal humerus fractures using locking plate at 108 Central Military Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study of 49 patients who underwent open reduction and internal fixation with PHILOS plate between January 2021 and December

2023. There were 24 men and 25 women with a mean age of 55 years. There were 20 patients in the age group of > 60 years. **Result:** Neer classification by fracture group: Group III accounted for 20.4%, Group IV for 69.4%, Group V for 4.1% and Group VI for 6.1%. Functional evaluation of the shoulder at final follow-up was done using Neer Shoulder Score. The mean follow-up period was 18 months. The results were good in 29 patients (59.2%), fair in 19 patients (38.8%), average in 1 patient (2%), and no patients had poor results. During the follow-up, no cases of infection, avascular necrosis or nonunion were noted.

Keywords: Proximal humeral fractures, locking plates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay là một gãy xương thường gặp chiếm tỷ lệ 4-5% tất cả các loại gãy xương. Cơ chế thường gặp là do ngã đập vùng vai xuống nền cứng. Gãy ĐTXCT thường gặp ở người cao tuổi do chất lượng xương kém, tuy nhiên bệnh cũng có thể gặp ở người trẻ với lực chấn thương mạnh. Phân loại gãy ĐTXCT theo Neer đang được áp dụng phổ biến. Khoảng 80-85% các trường hợp gãy xương này không di lệch hoặc di lệch ít và có thể điều trị bảo tồn. Đối với các trường hợp di lệch nhiều, không vững thì bệnh nhân cần được phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật được sử dụng: xuyên đinh Kirschner, đinh nội tủy, nẹp vít, thay khớp vai bán phần... Mỗi kỹ thuật đều có ưu nhược điểm khác nhau và được ứng dụng cho từng bệnh nhân trên lâm sàng. Tuy nhiên kết hợp xương bằng nẹp khoá là phương pháp có nhiều ưu điểm và mang lại kết quả điều trị tốt. Nẹp khoá giúp ổ gãy được cố định vững chắc, bảo vệ các mạch máu nuôi dưỡng xương tối đa giúp xương nhanh liền hơn, giữ cố định góc

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

chỏm - thân giúp bệnh nhân có thể tập vận động khớp vai sớm mà không xảy ra tình trạng di lệch thứ phát kể cả với các bệnh nhân có loãng xương. Vì vậy nhóm nghiên cứu lựa chọn phương pháp điều trị này và tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 49 BN gãy kín đầu trên xương cánh tay, trong đó 25 nữ, 24 nam với độ tuổi trung bình là 55 tuổi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Khoa Phẫu thuật chi trên và vi phẫu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay phân loại theo Neer Nhóm III - VI.
- Được mổ kết hợp xương bằng nẹp khóa
- Có phim X-quang, Cắt lớp vi tính (CLVT) trước mổ, phim X-quang theo dõi sau mổ.
- Bệnh án có đầy đủ dữ liệu đáp ứng đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.
- Thời gian tối thiểu theo dõi sau phẫu thuật là 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy xương bệnh lý
- BN không liên lạc được hay không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chấn thương chi trên và Vi phẫu thuật bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các BN có gãy đầu trên xương cánh tay phân loại gãy theo Neer gãy Nhóm III - VI được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Khoa Chấn thương chi trên và Vi phẫu thuật bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Quy trình nghiên cứu: Lựa chọn những BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Khai thác thông tin trước và trong mổ, sau mổ.

- Với BN tiến cứu, khai thác thông tin trực tiếp từ BN và người nhà theo bệnh án nghiên cứu. Thăm khám lâm sàng toàn thân và tại chỗ phát hiện các tổn thương kết hợp. Phân loại gãy đầu trên xương cánh tay theo Neer dựa vào X-quang và CLVT. Tham gia phẫu thuật. BN tư thế nằm ngửa có đệm miếng đệm dưới vai. Phương

pháp vô cảm: mê nội khí quản. Các bước phẫu thuật: rạch da theo đường delta ngực và bộc lộ ổ gãy, đánh giá ổ gãy và nắn chỉnh về giải phẫu, đặt nẹp vít và bắt vít dưới hướng dẫn của C-arm, đóng vết mổ. Theo dõi hậu phẫu tại viện. Hướng dẫn tập phục hồi chức năng.

- Với BN hồi cứu lấy lại hồ sơ bệnh án hồi cứu các thông tin về người bệnh trước mổ, trong mổ và sau mổ theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu. Gọi BN đến khám lại sau mổ, kiểm tra lâm sàng và X-quang tại thời điểm theo dõi. Khám lâm sàng gồm có đánh giá sẹo mổ, đánh giá chức năng vận động khớp vai theo thang điểm Neer [7].

- Đánh giá X-quang gồm có chụp X-quang khớp vai thẳng và nghiêng, đánh giá góc chỏm - thân xương cánh tay, mức độ di lệch trên X-quang, liền xương trên X-quang.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập, xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các thuật toán thống kê y học: tính giá trị trung bình, tính tỷ lệ %, tính trung bình, độ lệch chuẩn, min, max,...

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc của nghiên cứu y học. Toàn bộ thông tin của người bệnh đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $55,29 \pm 15,82$ (trẻ nhất là 13 tuổi, cao nhất là 85 tuổi); độ tuổi > 60 chiếm 40,9%, tỷ lệ nam nữ xấp xỉ 1:1,04.

- Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 61,2%, tai nạn sinh hoạt chiếm 32,7%, tai nạn lao động chiếm 4,1%. Cơ chế chấn thương chủ yếu là cơ chế trực tiếp chiếm 79,6%.

- Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng đau, mất vận động thường gặp nhất với tỉ lệ tương ứng là 100% và 95,9%. Sưng nề và vết bầm Henequin xuất hiện ít hơn với tỉ lệ lần lượt là 83,7% và 65,3%. Triệu chứng về biến dạng chi ít gặp nhất chiếm 26,5%.

- Phân loại Neer theo nhóm gãy: nhóm III chiếm 20,4%, nhóm IV chiếm 69,4%, nhóm V chiếm 4,1%, nhóm VI chiếm 6,1%. Trong đó các trường hợp gãy Nhóm VI trong nghiên cứu của chúng tôi là các trường hợp trật khớp và chỉ gãy mẫu động lớn kèm theo.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gần: - Diễn biến tại vết mổ: có 49/49 BN liền vết mổ kỳ đầu (100%); không có BN bị nhiễm khuẩn vết mổ hoặc toác vết mổ.

Bảng 3.1. Liên quan giữa nhóm gãy và kết quả nắn chỉnh

Kết quả nắn chỉnh	Phân loại gãy xương theo Neer				Số BN	%
	III	IV	V	VI		
Tốt	10	26	1	3	40	81,6
Khá	0	8	1	0	9	18,4
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Kém	0	0	0	0	0	0
Tổng	10	34	0	0	49	100
%	20,4	69,4	4,1	6,1	100	

- Kết quả nắn chỉnh ổ gãy và kết xương (trên phim X-quang qui ước): Hết di lệch (81,6%), di lệch ít (18,4%), không có BN nào kiểm tra X-quang sau mổ có di lệch nhiều.

- Góc cổ thân sau mổ tốt ($120^\circ - 140^\circ$) chiếm tỷ lệ 85,7%, góc cổ thân mức độ khá ($100^\circ - <120^\circ$) chiếm 14,3%, không có trường hợp nào góc cổ thân dưới 100° . Có 91,8% BN có vị trí đặt nẹp vít đúng, có 6,2% BN có vị trí đặt nẹp cao, 2% BN có nẹp đặt thấp.

3.2.2. Kết quả xa. Thời gian theo dõi trung bình của các BN là 18 tháng (khoảng 6-40 tháng). Tỷ lệ BN liền xương sau mổ là 100%, không có trường hợp nào khớp giả hay hoại tử chỏm.

Bảng 3.2. Đánh giá kết quả chung theo Neer

Kết quả chung	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt: 90 - 100 điểm	29	59,2
Khá: 80 - 89 điểm	19	38,8
Trung bình: 70 - 79 điểm	1	2,0
Kém: dưới 70 điểm	0	0
Tổng	49	100

- Kết quả phục hồi chức năng khớp vai đánh giá theo thang điểm Neer C.S 1970: kết quả tốt chiếm 59,2%, khá chiếm 38,8%, trung bình chiếm 2%. Không có BN đạt kết quả kém.

Bảng 3.3. Liên quan giữa nhóm gãy và kết quả chung theo Neer

Phân loại gãy xương theo Neer	Kết quả chung				Số BN	%
	Tốt	Khá	Trung bình	Kém		
III	8	2	0	0	10	20,4
IV	18	15	1	0	34	69,4
V	1	1	0	0	2	4,1
VI	2	1	0	0	3	6,1
Tổng	29	19	1	0	49	100
%	59,2	38,8	2	0	100	

- Gãy Nhóm III có 8/10 trường hợp cho kết quả tốt, 2/8 trường hợp đạt kết quả khá. Gãy Nhóm IV có 18/34 trường hợp đạt kết quả tốt, 15/34 trường hợp đạt khá, 1/34 trường hợp đạt trung bình. Gãy Nhóm V có 1 trường hợp tốt và 1 trường hợp khá. Gãy nhóm VI có 2/3 trường hợp tốt, 1/3 trường hợp khá.

Bảng 3.4. Liên quan giữa kết quả nắn chỉnh và kết quả chung theo Neer

Kết quả nắn chỉnh	Kết quả chung				Số BN	%
	Tốt	Khá	Trung bình	Kém		
Tốt	29	11	0	0	40	81,6
Khá	0	8	1	0	9	18,4
Trung bình	0	0	0	0	0	0
Kém	0	0	0	0	0	0
Tổng	29	19	1	0	49	100
%	59,2	38,8	2	0	100	

- Trong 40 trường hợp nắn chỉnh tốt có 29 trường hợp cho kết quả điều trị tốt, 11 trường hợp cho kết quả khá. Trong 9 trường hợp có kết quả nắn chỉnh khá có 8 trường hợp cho kết quả điều trị khá, 1 trường hợp cho kết quả điều trị trung bình, không có trường hợp nào cho kết quả điều trị tốt.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của các BN nghiên cứu là $55,29 \pm 15,82$. Độ tuổi nhỏ nhất là 13 và lớn nhất là 85. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 18 đến 60 tuổi với tỷ lệ 57,1%. tỷ lệ nam nữ xấp xỉ 1:1,04. Nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 61,2%, tai nạn sinh hoạt cũng chiếm tỉ lệ cao với 32,7%. Cơ chế chấn thương chủ yếu là do cơ chế trực tiếp với 79,6%, cơ chế gián tiếp chiếm 20,4%. So sánh với các nghiên cứu khác như của Phạm Đức Tú (2023) nam chiếm 60,4%, nữ chiếm 39,6% và tuổi trung bình là $50,79 \pm 16,26$ tuổi. Nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 60,4% [3]. Trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) thì nam chiếm 51,5% còn nữ chiếm 48,5% với tuổi trung bình là $59,68 \pm 18,51$. Nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 67,5% [2]. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN nam và nữ không chênh lệch nhiều. Kết quả trên cho thấy gãy ĐTXCT ở hai giới là tương đương nhau. Lâm sàng 100% BN có triệu chứng đau, 95,9% BN mất vận động, 83,7% có sưng nề, 65,3% có vết bầm Hennequin, triệu chứng về biến dạng chi ít gặp nhất chiếm 26,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Sang (2020) thì đau chiếm 100%, hạn chế vận động chiếm 93,5%, sưng nề và bầm tím chiếm 45,7%, ngón chi chiếm 26,1% [4]. Qua kết quả trên cho thấy triệu chứng lâm sàng về gãy xương trong gãy ĐTXCT khá nghèo nàn và các triệu chứng đặc hiệu lại ít gặp, do đó việc chẩn đoán xác định gãy ĐTXCT phụ thuộc rất nhiều vào chẩn đoán hình ảnh.

Về phân loại gãy xương theo NEER Nhóm IV

chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,4%, Nhóm III chiếm 20,4%, Nhóm V tỷ lệ 4,1%, Nhóm VI có tỷ lệ 6,1%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Phạm Đức Tú (2023), Nhóm III chiếm 54,2%, nhóm IV chiếm 35,4% và Nhóm V chiếm 10,4% [3]. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) Nhóm I chiếm tỷ lệ 4,95%, Nhóm II chiếm 0,99%, Nhóm III chiếm 36,64%, Nhóm IV chiếm 46,54%, Nhóm V chiếm 5,93% và Nhóm VI chiếm 4,95% [2]. Tỷ lệ BN gãy Nhóm IV của chúng tôi nhiều hơn so với các nghiên cứu này cho thấy BV TWQĐ 108 thường xuyên tiếp nhận nhiều ca gãy ĐTXCT nặng được chuyển viện từ nhiều cơ sở y tế trên cả nước.

Kết quả nắn chỉnh hết di lệch chiếm tỷ lệ 81,6%, di lệch ít chiếm 18,4%, không có trường hợp nào còn di lệch nhiều. Trong 40 BN có kết quả nắn chỉnh hết di lệch đa phần cho kết quả điều trị đều là tốt (29/40 BN), không có trường hợp nào có kết quả điều trị trung bình hoặc kém. Trong số 9 BN nắn chỉnh còn di lệch ít đều cho kết quả điều trị khá (8 BN) hoặc trung bình (1 BN), không có trường hợp nào đạt tốt. Các trường hợp nắn chỉnh còn di lệch này tập trung chủ yếu ở những BN nhóm IV với 8 BN, nhóm V với 1 BN. Đây là những trường hợp gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay kèm theo gãy mẫu động lớn hoặc mẫu động bé xương cánh tay. Ổ gãy thường gồm 3 hoặc 4 mảnh, các mảnh gãy bị nhóm cơ chóp xoay kéo nên nắn chỉnh gặp khó khăn. Chúng tôi nhận thấy rằng việc nắn chỉnh ổ gãy về giải phẫu là rất quan trọng.

Góc chỏm thân sau mổ chủ yếu là tốt (120° - 140°) chiếm tỷ lệ 85,7%, góc chỏm thân mức độ khá (100°-<120°) chiếm 14,3%, không có trường hợp nào góc chỏm thân dưới 100°. Có 7 BN có góc chỏm thân sau mổ đạt mức độ khá, do 7 BN này gãy Nhóm IV, V và đều là những BN trên 60 tuổi. Đây là những trường hợp gãy phức tạp với 3, 4 mảnh kèm theo BN cao tuổi loãng xương nên việc khôi phục góc cổ thân gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi nhận thấy việc sử dụng C-arm là rất cần thiết để có kết quả nắn chỉnh tốt và khôi phục góc cổ thân tốt. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) kết quả nắn chỉnh hết di lệch đạt 83,3%, di lệch ít đạt 16,7%, góc cổ thân xương cánh tay trung bình sau mổ đạt kết quả tốt với $126,17^{\circ} \pm 7,68^{\circ}$ (110°-140°) [2].

Về vị trí đặt nẹp vít, có 84,1% BN có vị trí đặt nẹp đúng, 15,9% BN có vị trí đặt nẹp cao (cách mẫu động lớn dưới 5mm). Theo AO, đầu trên của nẹp đặt cách đỉnh của mẫu động lớn 5-8mm, bờ trước của nẹp cách rãnh nhị đầu 2-4 mm. Nẹp đặt cao sẽ làm hạn chế động tác dạng

vai, nẹp đặt ra trước sẽ làm hạn chế động tác đưa tay ra trước vì nẹp bị kích vào thành trên của ổ chảo xương bả vai. Trong 3 BN có vị trí đặt nẹp cao cả 3 BN đều có gãy mẫu động lớn. Việc gãy mẫu động lớn thường gây khó khăn cho việc xác định vị trí đặt nẹp. Trong những trường hợp này sử dụng C-arm là rất cần thiết để xác định vị trí đặt nẹp chính xác. So sánh với kết quả nghiên cứu của Đặng Nhật Anh (2018) nghiên cứu 51 BN có 13,73% nẹp đặt cao, 1,96% nẹp đặt ra trước [1].

Đánh giá kết quả chung về phục hồi chức năng theo thang điểm của Neer trên 49 BN với thời gian theo dõi trung bình 18 tháng (khoảng 6-40 tháng), đa số BN đạt kết quả chung tốt chiếm 59,2%, khá chiếm 38,8%, trung bình chiếm 2%, không có BN nào đạt kết quả kém. Kết quả chung theo nhóm gãy: 10 BN gãy nhóm III, 8 BN đạt tốt, 2 BN đạt khá, không có BN đạt trung bình hoặc kém; 34 BN gãy nhóm IV, 18 BN đạt tốt, 15 BN đạt khá, 1 BN đạt trung bình đây là BN cao tuổi, chất lượng xương kém, gãy xương phức tạp cùng với nhu cầu vận động khớp vai không cao nên kết quả còn hạn chế; 2 BN gãy nhóm V có 1 BN đạt tốt, 1 BN đạt khá; 3 BN gãy nhóm VI có 2 BN đạt tốt, 1 BN đạt khá do các trường hợp này có trật khớp kèm theo chỉ gãy mẫu động lớn do đó sau nắn trật khớp việc nắn chỉnh mẫu động lớn là không khó khăn. Theo Kiran Kumar, Gaurav Sharma, Vijay Sharma (2014) nghiên cứu trên 48 BN, kết quả tốt chiếm 52,08%, khá 27,08%, trung bình chiếm 20,82%, kém chiếm 10,42% [5]. Kumar Anshuman, Gourishankar Patnaik (2018) nghiên cứu trên 30 BN kết quả tốt chiếm 60%, khá chiếm 33,33%, trung bình chiếm 6,67%, không có kết quả kém [6]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương 59% BN có kết quả chung tốt, khá chiếm 36,4%, trung bình chiếm 2,3%, kém chiếm 2,3% [2].

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của các BN nghiên cứu là 55, độ tuổi > 60 chiếm 40,9%, tỷ lệ nam nữ xấp xỉ 1:1,04. Nguyên nhân gãy xương hay gặp nhất là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 60,4%. Loại gãy nhóm IV chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,2%. Kết quả nắn chỉnh sau mổ hết di lệch chiếm tỷ lệ cao với 81,6%, gãy nhóm IV, V với 3 hoặc 4 mảnh gây khó khăn trong quá trình nắn chỉnh, việc nắn chỉnh tốt giúp BN phục hồi chức năng sau mổ tốt hơn. Góc cổ thân xương cánh tay sau mổ đạt kết quả tốt chiếm 85,7%. Tỷ lệ BN không đau sau mổ chiếm 85,7%. Kết quả xa (theo thang điểm Neer): tốt 59,2%, khá 38,8%, trung bình 2%, không có BN đạt kết quả kém. Phẫu

thuật kết hợp xương nẹp khóa là phương pháp điều trị gãy ĐTXCT đảm bảo cho xương được cung cấp máu đầy đủ và cố định vững chắc ổ gãy, kể cả những trường hợp gãy phức tạp, thưa xương nặng. Nhờ cố định vững ổ gãy cho BN tập vận động sớm nên kết quả liền xương và phục hồi chức năng tốt chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nhật Anh**, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Luận văn thạc sĩ y học, 2018.
2. **Nguyễn Đức Vương**, Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện quân y, 2021.
3. **Phạm Đức Tú, Nguyễn Mạnh Khánh**, Kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay bằng kết xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Tạp chí y học Việt Nam, 2023; 529(8): 349-353
4. **Trần Sang**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Cần Thơ, 2020.
5. **Kiran Kumar, Sharma Gaurav, Sharma Vijay, Jain Vaibhav, Farooque Kamran, and Morey Vivek**, Surgical treatment of proximal humerus fractures using PHILOS plate, J Chinese journal of traumatology, 014, 17(5): p. 279-28.
6. **Kumar Anshuman and Patnaik Gourishankar**, A comparative study of closed reduction and fixation with percutaneous k-wires versus open reduction and internal fixation with philos plate for proximal humerus fractures in the elderly, J International Journal of Orthopaedics, 2018, 4(3): p.398-407.
7. **Neer C. S**, Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation. The Journal of bone and joint surgery. American volume, 1970, 52(6): 1077-89

KẾT QUẢ XỬ TRÍ Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG

Đào Thuý Anh¹, Nguyễn Thị Diễm Thuý²,
Lý Phạm Vân Linh¹, Hoàng Phạm Quỳnh Như¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát tình trạng sau sinh của trẻ đủ tháng với mẹ từng có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang. (2) Khảo sát thời gian nằm viện trung bình của mẹ và bé với từng phương pháp mổ lấy thai hay sinh thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang. **Kết quả:** Có 2 trường hợp trẻ nhập hồi sức sơ sinh sau mổ cấp cứu. Tất cả các trường hợp sinh thường trẻ đều không nhập HSSS, đều có Apgar ≥ 7 điểm từ phút thứ nhất. Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là $(6,16 \pm 0,8)$ ngày. Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất $(5 \pm 1,4)$ ngày, tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu $(6,05 \pm 0,75)$ ngày và nhóm mổ chủ động $(6,34 \pm 0,71)$ ngày. Phương pháp sinh có liên quan đến số ngày nằm viện ($p=002$, KTC 95%). **Kết luận:** Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là $(6,16 \pm 0,8)$ ngày. Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất $(5 \pm 1,4)$ ngày, tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu $(6,05 \pm 0,75)$ ngày và nhóm mổ chủ động $(6,34 \pm 0,71)$ ngày. Phương pháp

sinh có liên quan đến số ngày nằm viện. Số ngày điều trị nhóm mổ cấp cứu cao hơn nhóm sinh thường 1,05 ngày và nhóm mổ chủ động cao hơn 1,35 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa quá trình thai kỳ bất thường và tình trạng trẻ nhập HSSS sau sinh.

Từ khóa: vết mổ lấy thai cũ, tình trạng trẻ sau sinh, Apgar, ngày nằm viện sau sinh, sanh đường âm đạo sau mổ lấy thai.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT IN FULL-TERM PREGNANT WOMEN WITH OLD CAESAR SECTION SCARS AT HAU GIANG PROVINCE'S OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objectives: (1) Survey the postpartum condition of full-term neonate whose mothers had a previous cesarean section at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital (2) Survey the average hospital stay of mother and baby with each birth methods. **Research subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on 100 pregnant women with old cesarean section treated at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** There were 2 cases of children admitted to neonatal intensive care after emergency surgery. All cases of normal birth were not admitted to the neonatal intensive care unit and had Apgar ≥ 7 points from the first minute. The average hospital stay of pregnant women with old cesarean section is (6.16 ± 0.8) days. Vaginal birth had the shortest time (5 ± 1.4) days, followed by the emergency surgery group $(6.05 \pm$

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

²Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm Thuý

Email: ntdthuy@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024