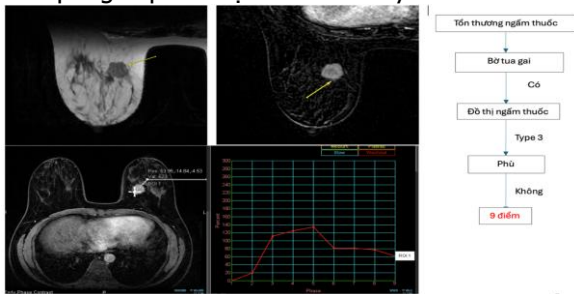


**Hình 3. U xơ tuyến vú**  
(Bệnh nhân Nguyễn Thị Th. 44 tuổi)

Tổn thương khu trú vú phải, đường bờ không rõ, không có bờ tua gai, đồ thị ngấm thuốc type 1, điểm Kaiser 3, phân loại BIRADS 3. Kết quả giải phẫu bệnh là u xơ tuyến vú.



**Hình 4. Carcinoma xâm nhập**  
(Bệnh nhân Đặng Thị Minh Q. 51 tuổi)

Tổn thương khu trú vú trái, bờ tua gai, đồ thị ngấm thuốc type 3, không có dấu hiệu phù quanh u, đánh giá 9 điểm Kaiser, phân loại BIRADS 5. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập

**IV. BÀN LUẬN**

CHT tuyến vú là phương pháp có giá trị trong đánh giá mức độ nghi ngờ ác tính của tổn thương. Tuy nhiên việc đánh giá đặc điểm hình ảnh và đưa ra phân loại BIIRADS còn phụ thuộc chủ yếu vào kinh nghiệm của bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh. Thang điểm Kaiser đang được một số trung tâm trên thế giới sử dụng và nghiên cứu về mức độ chính xác trong nhận định tổn thương. Phần lớn các nghiên cứu cho rằng thang điểm này thực sự giúp làm giảm tỉ lệ sinh thiết không cần thiết cho bệnh nhân, có mức độ chính xác cao trong nhận định nguy cơ ác tính<sup>7-9</sup>.

Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có nhóm tuổi và kích thước tổn thương tương đồng với một số nghiên cứu khác<sup>7,8</sup>. Về tỉ lệ tổn thương lành tính và ác tính có sự tương đồng với nghiên cứu của Jajodia (30,1% lành tính, 69,9% ác tính). Theo kết quả của chúng tôi, thang điểm Kaiser có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao, lần lượt là 100% và 84%. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu khác về độ nhạy, như kết quả của Milos (2020) có độ nhạy 97,6%<sup>9</sup>, hay như

Wengert (2020) cho độ nhạy là 98,9%<sup>8</sup>, Istomin (2021) cho kết quả độ nhạy là 98,5%. Tuy nhiên, độ đặc hiệu vẫn còn có sự dao động khá lớn giữa các nghiên cứu, có thể do sự chênh lệch về cỡ mẫu, tỉ lệ tổn thương lành tính và ác tính.

Chúng tôi cũng ghi nhận 4 trường hợp có đặc điểm hình ảnh phù hợp với điểm Kaiser 5, tương đương phân loại BIRADS 4, nhưng kết quả giải phẫu bệnh những trường hợp này là u xơ tuyến hoặc bệnh tuyến xơ hoá

**V. KẾT LUẬN**

CHT tuyến vú đang ngày càng được áp dụng rộng rãi. Việc áp dụng thang điểm Kaiser với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu lên tới 84% theo nghiên cứu của chúng tôi sẽ góp phần rất lớn trong tăng mức độ chẩn đoán chính xác, cũng như tạo nên một tiêu chuẩn chung trong thực hành.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Heywang SH, Hahn D, Schmidt H, et al. MR imaging of the breast using gadolinium-DTPA. J Comput Assist Tomogr. Mar-Apr 1986;10(2):199-204. doi:10.1097/00004728-198603000-00005
2. Kaiser WA, Zeitler E. MR imaging of the breast: fast imaging sequences with and without Gd-DTPA. Preliminary observations. Radiology. Mar 1989;170(3 Pt 1):681-6. doi:10.1148/radiology.170.3.2916021
3. Lehman CD, Schnall MD. Imaging in breast cancer: magnetic resonance imaging. Breast Cancer Res. 2005;7(5):215-9. doi:10.1186/bcr1309
4. Hylton N. Magnetic resonance imaging of the breast: opportunities to improve breast cancer management. J Clin Oncol. Mar 10 2005;23(8):1678-84. doi:10.1200/JCO.2005.12.002
5. American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). 5 ed. 2013.
6. Baltzer PA, Dietzel M, Kaiser WA. A simple and robust classification tree for differentiation between benign and malignant lesions in MR-mammography. Eur Radiol. Aug 2013;23(8):2051-60. doi:10.1007/s00330-013-2804-3
7. Woitek R, Spick C, Scherthaner M, et al. A simple classification system (the Tree flowchart) for breast MRI can reduce the number of unnecessary biopsies in MRI-only lesions. Eur Radiol. Sep 2017;27(9):3799-3809. doi:10.1007/s00330-017-4755-6
8. Wengert GJ, Pipan F, Almohanna J, et al. Impact of the Kaiser score on clinical decision-making in BI-RADS 4 mammographic calcifications examined with breast MRI. Eur Radiol. Mar 2020;30(3):1451-1459. doi:10.1007/s00330-019-06444-w
9. Milos RI, Pipan F, Kalovidouri A, et al. The Kaiser score reliably excludes malignancy in benign contrast-enhancing lesions classified as BI-RADS 4 on breast MRI high-risk screening exams. Eur Radiol. Nov 2020;30(11):6052-6061. doi:10.1007/s00330-020-06945-z
10. Mann RM, Cho N, Moy L. Breast MRI: State of the Art. Radiology. Sep 2019;292(3):520-536. doi:10.1148/radiol.2019182947

# ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CHUYỂN VỊ BÊN TRỤ KHỚP QUAY CỔ TAY, NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Văn Thái<sup>1</sup>, Lê Gia Ánh Thy<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Tân<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Hiếu<sup>3</sup>, Cao Kim Xoa<sup>4</sup>

## TÓM TẮT

Chuyển vị bên trụ (CVBT) của khớp quay-cổ tay đơn thuần sau chấn thương là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình. Đặc điểm của tổn thương này là sự dịch chuyển của các xương cổ tay về phía xương trụ mà không kèm theo các tổn thương khác như gãy xương đầu dưới xương quay, xương trụ hoặc các xương cổ tay. Trong thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán CVBT thường bị trì hoãn do hai nguyên nhân chính. Thứ nhất, do tính chất hiếm gặp, nhiều bác sĩ không quen thuộc với biểu hiện lâm sàng của tổn thương này. Thứ hai, các dấu hiệu trên hình ảnh X-quang thường rất tinh tế và dễ bị bỏ qua nếu không được đánh giá cẩn thận. Hậu quả của việc chẩn đoán muộn có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như đau mạn tính, hạn chế vận động cổ tay và thoái hóa khớp sớm. Do đó, việc nhận biết sớm và can thiệp kịp thời đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày hai trường hợp lâm sàng về CVBT đơn thuần. Thông qua việc phân tích chi tiết về cơ chế chấn thương, biểu hiện lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học và phương pháp điều trị, chúng tôi hy vọng sẽ nâng cao nhận thức của các bác sĩ lâm sàng về loại tổn thương hiếm gặp này. Mục tiêu cuối cùng là cải thiện khả năng chẩn đoán sớm và xử trí thích hợp, từ đó tối ưu hóa kết quả điều trị cho bệnh nhân. **Từ khóa:** chuyển vị bên trụ vùng cổ tay đơn thuần, khớp quay-cổ tay, chấn thương cổ tay, chẩn đoán hình ảnh cổ tay

## SUMMARY

### TREATMENT OF RADIAL-SIDED DISPLACED DISTAL RADIOULNAR JOINT INJURY: A REPORT OF TWO CASES AND LITERATURE REVIEW

Isolated posttraumatic ulnar translocation of the radiocarpal joint is a rare pathological condition in the field of orthopedic trauma. This injury is characterized by the displacement of the carpal bones towards the ulna without associated injuries such as fractures of the distal radius, ulna, or carpal bones. In clinical practice, the diagnosis of ulnar translocation is often delayed due to two main reasons. Firstly, due to its rarity, many physicians are unfamiliar with the clinical presentation of this injury. Secondly, the radiographic signs on X-rays are often subtle and can be easily

overlooked if not carefully evaluated. The consequences of delayed diagnosis can lead to serious complications such as chronic pain, limited wrist mobility, and early joint degeneration. Therefore, early recognition and timely intervention play a crucial role in improving patient prognosis. In this report, we present two clinical cases of isolated ulnar translocation. Through detailed analysis of the injury mechanism, clinical manifestations, radiographic features, and treatment methods, we aim to raise awareness among clinicians about this rare type of injury. The ultimate goal is to improve early diagnostic capabilities and appropriate management, thereby optimizing treatment outcomes for patients. **Keywords:** isolated ulnar translocation of the carpus, radiocarpal joint, wrist trauma, wrist imaging diagnostics

## I. TỔNG QUAN

Chuyển vị bên trụ đơn thuần vùng cổ tay thường ít gặp. Trong đa số các trường hợp được báo cáo, chuyển vị bên trụ thường đi kèm gãy đầu dưới xương quay hoặc xương trụ, gây một hoặc nhiều xương vùng cổ tay, hoặc tổn thương dây chằng liên cổ tay. Chúng tôi tìm thấy chỉ có 2 báo cáo ghi nhận CVBT không đi kèm gãy xương đầu dưới xương quay hoặc xương trụ. Điều này khiến cho hình ảnh học bất thường và không quen thuộc, dẫn tới bỏ sót chẩn đoán hoặc hiểu sai chẩn đoán. Có một số người bị quan về khả năng các dây chằng cổ tay bị đứt có thể lành lại bình thường. Chúng tôi mô tả 2 bệnh nhân với chẩn đoán và sửa chữa CVBT chậm trễ nhằm tăng nhận thức về tổn thương này và thảo luận vấn đề điều trị tổn thương.

## II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

**2.1. Trường hợp 1.** Bệnh nhân nam, 21 tuổi, tổn thương cổ tay trái sau tai nạn xe máy. X quang cổ tay được kết luận là bình thường và bệnh nhân được chẩn đoán bong gân cổ tay và được nẹp căng bẹn tay. Sau 4 tháng sau, bệnh nhân vẫn còn đau vùng cổ tay và được X quang chẩn đoán có CVBT khớp quay cổ tay không kèm tổn thương xương vùng cổ tay. Tâm vận động giới hạn 20° gấp và duỗi cổ tay.

Cổ tay được mổ tiếp cận qua đường mổ mặt lòng xương quay (đường mổ Henry). Ghi nhận tổn thương cũ bao khớp trước cổ tay, tổn thương cũ dây chằng quay thuyền cả. Khớp được cắt lọc mô xơ bên trong và nắn trật, tái tạo dây chằng quay thuyền cả bằng gân gan tay dài bằng các khoang đường hầm xương cả, luồn gân ghép

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân Y 7A

<sup>4</sup>Trường Đại học Công nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thái

Email: thainguyenvan54@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

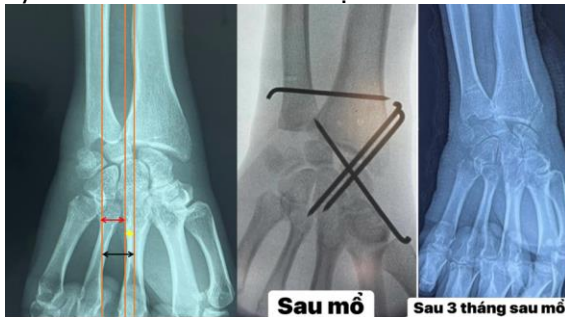
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

qua phía ngoài mỏm trâm quay và cố định vào xương thuyền, cố định bằng 04 đinh Kirschner. Đinh K được chôn dưới da qua một đường mổ nhỏ bên quay.

Cổ tay được cố định bằng nẹp bột căng bàn tay trong 8 tuần. Sau đó, đinh K được lấy ra dưới tê tại chỗ. Bệnh nhân được chỉ định sử dụng nẹp vải căng bàn tay và được khuyên nên ít sử dụng nẹp dẫn. Tập vật lý trị liệu thụ động và chủ động tăng dần.

Sáu tháng sau, bệnh nhân vẫn còn khó chịu nhẹ vùng cổ tay khi thực hiện một số động tác lặp đi lặp lại vùng cổ tay. Tâm vận động cổ tay: gấp 50<sup>o</sup>, duỗi 40<sup>o</sup>, nghiêng quay 20<sup>o</sup> và nghiêng trụ 30<sup>o</sup>. Cử động căng tay và các ngón không hạn chế. Xquang không có sự chuyển vị bên trụ vùng cổ tay, và không có hình ảnh thái hóa cổ tay tiến triển trên hình ảnh học.



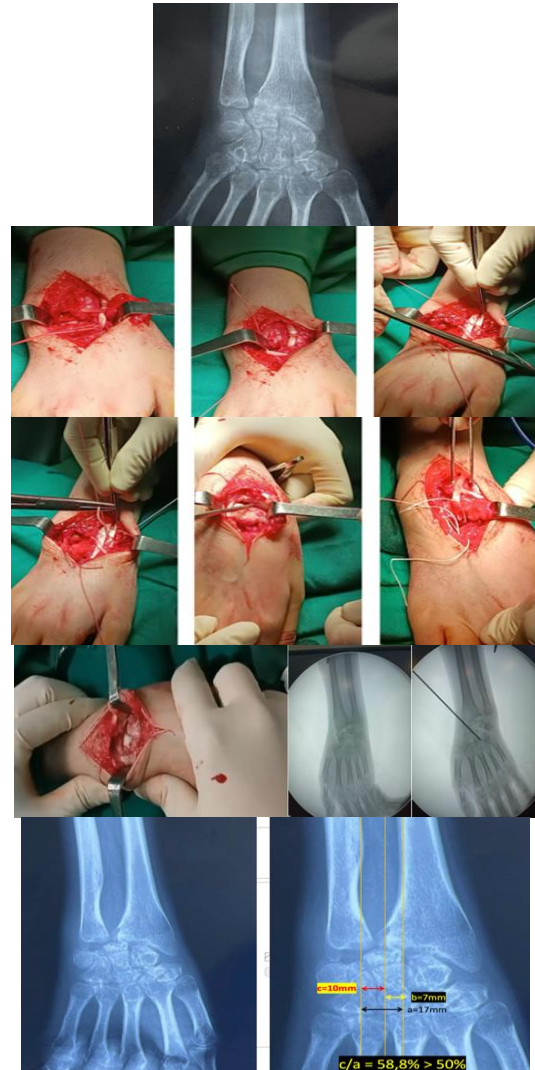
**Hình 1: Bệnh nhân nam 21 tuổi, chuyển vị về phía trụ khớp quay cổ tay, Xquang vào thời điểm trước mổ, sau mổ, và sau rút đinh Kirschner**

**2.2. Trường hợp 2.** Bệnh nhân nữ 20 tuổi tổn thương cổ tay phải sau khi bị té chống tay. Bệnh nhân than sưng và đau cổ tay Hình ảnh X quang được kết luận là bình thường. Bệnh nhân được chẩn đoán là bong gân vùng cổ tay và cho nẹp căng bàn tay. Bệnh nhân có khám thêm 2 lần những vẫn không phát hiện bất thường.

6 tháng sau, bệnh nhân vẫn than đau dai dẳng vùng cổ tay. Khám lâm sàng cho thấy có sự biến dạng qua bên trụ cổ tay, kiểm tra thấy sự mất vững về phía trụ cổ tay.

Phương pháp điều trị tương tự so với trường hợp bên trên, trừ các điểm sau: (1) Đi đường mổ mặt lưng để tái tạo dây chằng quay thuyền cả bằng 1 phần duỗi duỗi cổ tay quay ngắn, (2) đinh K được để lại ngoài da và được lấy ra 6 tuần sau mổ vì bị nhiễm trùng.

Sáu tháng sau mổ, bệnh nhân gấp duỗi cổ tay được 50<sup>o</sup> và sức nắm được bằng 50% so với tay không tổn thương. X quang ghi nhận không còn tình trạng chuyển vị về phía trụ nhưng vẫn còn rối loạn dinh dưỡng khớp cổ tay.



**Hình 2: Bệnh nhân nữ 20 tuổi, chuyển vị về phía trụ khớp quay cổ tay, Xquang vào thời điểm trước mổ, hình ảnh trong mổ và sau rút đinh Kirschner 6 tháng**

### III. BÀN LUẬN

Chuyển vị bên trụ đơn thuần vùng cổ tay là tình trạng hiếm gặp, và do vậy, rất không quen thuộc với các bác sĩ. Hình ảnh X quang không bình thường và thường khó phát hiện. CVBT có thể có hình ảnh <50% mặt khớp xương nguyệt khớp với hố nguyệt xương quay ở phim X quang thẳng [1, 2], nên so sánh với X quang đối bên, ở tay không tổn thương. CVBT cổ tay cũng có thể thấy hình ảnh tăng khoảng cách giữa mỏm trâm quay và xương thuyền, hoặc xương thuyền nằm ở vị trí hố nguyệt. Khoảng cách giữa đường thẳng vẽ qua trục xương quay và trục xương cả có thể được đo và giá trị bình thường là 5,7 ± 1,4 mm. Giá trị >9 mm được xem là có liên quan

đến CVBT. Mặc khác, phép đo này tùy vào mỗi cá nhân, do vậy nên so sánh với tay không tổn thương.

Cơ chế chấn thương có vẻ như là quá duỗi cổ tay, kết hợp với lực xoắn và ngửa cổ tay và căng tay, khi đó các dây chằng quay cổ tay bị đứt [2,3]. Sự vững chắc của dây chằng quay thuyền giúp cổ tay không bị trượt sang bên trụ do độ dốc tự nhiên của mặt khớp đầu dưới xương quay. Dây chằng quay nguyệt rất quan trọng kháng lực sự chuyển vị về mặt lòng của hàng xương cổ tay. Mức độ đứt dây chằng đến mức gây ra CVBT chưa được chắc chắn, mặc dù các nghiên cứu thực nghiệm trên xác chỉ ra rằng phải có đứt rộng các dây chằng mặt lòng. Viegas và cộng sự [4] từng thực nghiệm trên 5 mẫu xác cổ tay người, sử dụng lực tải cơ sinh học, xác định mức độ CVBT vùng cổ tay khi lần lượt cắt dây chằng quay-thuyền-cả, dây chằng quay-nguyệt dài, dây chằng lưng quay-nguyệt-thấp và bao khớp mặt lưng. Các tác giả kết luận rằng, miễn là dây chằng quay- nguyệt-cả và dây chằng quay-nguyệt dài còn nguyên vẹn, CVBT sẽ không diễn ra. Tuy nhiên, họ cũng kết luận rằng chỉ một mình tải lực cơ sinh học của dây chằng quay-nguyệt-cả không đủ để tránh sự CVBT diễn ra. Viegas gợi ý rằng chuyển vị mặt lòng của vùng cổ tay sẽ diễn ra trước sự CVBT, và rằng toàn bộ các CVBT đều có bao gồm chuyển vị mặt lòng cổ tay. Rayhack và cộng sự [2] từng mô tả rằng chuyển vị chỉ diễn ra khi tất cả các dây chằng mặt lòng cổ tay bị đứt. Bán trật mặt lòng có thể khó nhận biết như trên các bệnh nhân của chúng tôi.

Arslan và Tokmak [5] từng báo cáo một trường hợp tổn thương dây chằng và CVBT đơn thuần, họ điều trị với nắn kín và cố định ngoài trong 6 tuần. Sau 1 năm, họ ghi nhận tái trật cổ tay.

Howard và cộng sự [6] cũng đã báo cáo một trường hợp trật khớp cổ tay quay ra mặt lưng đơn thuần với hình ảnh CVBT sau nắn trật và (không nhận ra ở lần khám trước) phân ly thuyền nguyệt, họ điều trị bằng nắn kín và xuyên đinh qua da. Sau 12 và 18 tháng, tuy nhiên, họ ghi nhận tăng phân ly thuyền nguyệt và sự tiến triển của tình trạng biến dạng mất vững mặt lưng các mảnh xương vùng này. Hiện nay, họ cần nhắc rằng phương pháp điều trị này là không phù hợp và khuyến cáo nên mổ hở, nắn trật và cố định bằng đinh K ở cả mặt lưng và mặt lòng và khâu sửa chữa dây chằng.

Dumontier và cộng sự [7] ghi nhận 27 trường hợp trật cổ tay quay; chỉ 2 trường hợp trong số đó là trật cổ tay quay đơn thuần và cả 2 có đi kèm CVBT. Cả 2 trường hợp đều được điều

trị bằng nắn kín và xuyên đinh qua da nhưng đều bị tái trật. Tác giả khuyến cáo nên sửa chữa dây chằng quay cổ tay qua đường mổ mặt lòng và cố định xương nguyệt-xương quay bằng đinh K trong 2 tháng.

Rayhack [2] ghi nhận 8 trường hợp CVBT cổ tay nhưng không đề cập các tổn thương xương kèm theo. Họ nhận thấy rằng có thể có sự liên quan giữa sự phân ly thuyền- nguyệt và sự CVBT như là cơ chế tổn thương có thể giống nhau. Điều trị 4 trường hợp trong số đó bao gồm tiếp cận cả mặt lòng và mặt lưng cổ tay, sửa chữa dây chằng quay cổ tay và cố định khớp quay cổ tay bằng đinh K qua da. CVBT tái phát diễn ra ở 6 trên 8 trường hợp, và 3 trường hợp phải hàn khớp quay cổ tay. Tác giả không đánh giá cao việc sửa chữa dây chằng và khuyến cáo nên hàn khớp quay nguyệt sớm. Jebson và cộng sự [8] ủng hộ hàn khớp quay nguyệt trong các trường hợp chấn đoán trễ hoặc thất bại trong việc sửa chữa dây chằng.

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp nhằm cảnh giác về tổn thương này và nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và điều trị CVBT đơn thuần Theo ý kiến chúng tôi, dây chằng quay cổ tay nên được tái tạo và khớp quay cổ tay nên được cố định tạm thời bằng đinh K trong ít nhất 6 tuần.

#### IV. KẾT LUẬN

Chuyển vị bên trụ đơn thuần của khớp quay-cổ tay là một tổn thương hiếm gặp, thường dễ bị chẩn đoán muộn do dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh học không rõ ràng. Qua hai trường hợp lâm sàng, chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời để giảm nguy cơ biến chứng như đau mạn tính, hạn chế vận động, và thoái hóa khớp sớm. Phẫu thuật tái tạo dây chằng quay-cổ tay và cố định tạm thời bằng đinh Kirschner đã giúp cải thiện sự vững chắc và chức năng cổ tay. Việc theo dõi lâu dài là cần thiết để đánh giá nguy cơ tái phát và các biến chứng như đứt dây chằng hay nhiễm trùng. Dựa trên kinh nghiệm và tài liệu y văn, chúng tôi khuyến cáo bác sĩ lâm sàng cảnh giác với tổn thương này và thực hiện can thiệp sớm để tối ưu hóa kết quả điều trị cho bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stabler A, Baumeister RG, Szeimies U, et al.** (1994) Rotatory palmar subluxation of the lunate in post-traumatic ulnar carpal translocation. *Skeletal Radiol* 23(2):103-106
2. **Rayhack JM, Linscheid RL, Dobyns JH, et al.** (1987) Posttraumatic ulnar translation of the carpus. *J Hand Surg [Am]* 12(2):180-189