

mật sau cắt túi mật cũng như tỷ lệ các triệu chứng gặp phải trên lâm sàng là rất khác nhau ở các quốc gia khác nhau và các nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên hậu quả mà nó đem đến làm cho người bệnh rất khó chịu và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống đáng kể vì vậy chỉ định cắt túi mật do polyp cần hết sức chặt chẽ và thận trọng.

V. KẾT LUẬN

➤ Kết quả sớm:

- Thời gian phẫu thuật cắt túi mật nội soi trung bình là $44,46 \pm 13,934$ phút.
- Thời gian hậu phẫu trung bình là $1,43 \pm 0,689$ ngày.
- Xếp loại điều trị sớm: Tốt: 97,3%, Trung bình: 2,7%.

➤ **Kết quả theo dõi sau mổ:** Sau mổ 1 tháng thì tỷ lệ mắc hội chứng sau cắt túi mật là 37,8% với triệu chứng thường gặp là rối loạn phân. Sau mổ 6 tháng tỷ lệ hội chứng này giảm đáng kể chỉ còn 8,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Hải, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Tấn Cường.** Cắt túi mật bằng phẫu thuật nội soi. Ngoại khoa. 2001;1:7-14.
2. **Matos AS, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho**

F. Gallbladder polyps: how should they be treated and when? Revista da Associacao Medica Brasileira (1992). 2010;56(3):318-321.

3. **Dilek ON, Karasu S, Dilek FH.** Diagnosis and treatment of gallbladder polyps: current perspectives. Euroasian journal of hepatogastroenterology. 2019;9(1):40.
4. **Sugiyama M, Atomi Y, Yamato T.** Endoscopic ultrasonography for differential diagnosis of polypoid gall bladder lesions: analysis in surgical and follow up series. Gut. 2000;46(2):250-254.
5. **Trần Ngọc Thanh, Nguyễn Thanh Long.** Kết quả điều trị polyp túi mật bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 2021. Luận văn thạc sỹ - Đại Học Y Hà Nội
6. **Trương Đức Tuấn, Hà Văn Quyết, Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại bệnh viện Đại học y Hà Nội. 2011.
7. **Lo CM, Liu CL, Lai EC, Fan ST, Wong J.** Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. Ann Surg. 1996;223(1): 37-42. doi:10.1097/0000658-199601000-00006
8. **López KEA, Minutti PA, Trujillo RS.** Incidence of postcholecystectomy syndrome in adult patients. Acta Med. 2021;19(1):61-66.
9. **Saleem S, Weissman S, Gonzalez H, et al.** Post-cholecystectomy syndrome: a retrospective study analysing the associated demographics, aetiology, and healthcare utilization. Transl Gastroenterol Hepatol. 2021;6:58. doi:10.21037/tgh.2019.11.08

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG NẸP KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN XƯƠNG GÓT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Anh Quân¹, Nguyễn Vũ Hoàng¹,
Lê Hoài Nam², Nguyễn Văn Lượng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xa kết xương nẹp khóa gậy kín xương gót. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 45 bệnh nhân (BN) gãy kín xương gót được kết xương nẹp khóa, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (BVTWQĐ) 108, trong thời gian từ tháng 01/2021 - 12/2023. **Kết quả:** Góc Böhler trước mổ có độ lớn trung bình là -2° ($-10^\circ \div 15^\circ$). Phân loại theo Sander: Gãy loại IIA, IIB, IIC có lần lượt 2 BN, 4 BN, 4 BN. Gãy loại IIIAB, IIIAC, IIIBC có lần lượt là 15 BN, 10BN, 8 BN; gãy loại IV có 2 BN. Góc Böhler sau mổ đạt từ $25^\circ - 35^\circ$, góc Gissane đạt từ $120^\circ - 135^\circ$. 44/45 BN có vết mổ liền kỳ đầu, 1

BN có vết mổ liền sẹo thì 2, và 0 BN không liền vết mổ. 38/45 BN không có biểu hiện viêm khớp sên gót, tuy nhiên có tới 07 BN có biểu hiện thoái hóa khớp sên gót ở độ I và II và không có liên quan đến kiểu gãy xương gót. Điểm AOFAS Ankle-Hindfoot đạt 78-100 điểm. **Kết luận:** Phẫu thuật kết xương gót phạm khớp bằng nẹp khóa cho kết quả tốt. **Từ khóa:** Gãy xương gót; Nẹp khóa; thoái hóa khớp sên gót.

SUMMARY

RESULTS OF THE OSTEOSYNTHESIS WITH A LOCKING PLATE FOR TREATMENT OF THE CALCANEAL FRACTURE AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the long-term outcome of surgical treatment of closed intraarticular calcaneal fracture using a locking plate. **Methods:** A retrospective and descriptive study without a control group on 45 calcaneal fracture patients who underwent osteosynthesis between January 2021 and December 2023 at the 108 Central Military Hospital. **Results:** The mean preoperative Böhler angle was -2°

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: drluong108@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

(-10° - 15°). According to Sander's classification, fracture type IIA, IIB, and IIC were seen in 02 patients, 04 patients, and 04 patients, respectively. Type IIIAB, IIIAC, and IIIBC fractures were seen in 15 patient, 10 patients, and 8 patients, respectively. Type IV fractures were seen in 2 patients. The mean postoperative Böhler angle ranges from 25° - 35°. The post-operative Gissane's angle ranges from 120° to 135°. The incision was primarily healing in 45 cases, delayed healing in 1 cases, and not in 0 cases. Subtalar arthrosis was not detected in 38 patients. Type I and II arthroses were detected in 07 patients. There was no statistically significant difference between subtalar arthrosis and fracture types. The average AOFAS score was 78 - 100 points. **Conclusion:** Osteosynthesis using a locking plate for intraarticular calcaneus fracture provided good results.

Keywords: Calcaneus fracture; Locking plate; Hindfoot.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương gót là tổn thương thường gặp nhất của vùng cổ chân, bàn chân, nguyên nhân chấn thương thường do ngã cao, do tai nạn lao động hoặc do tai nạn giao thông; thường gãy phức tạp trong đó gãy xương phạm khớp chiếm tới 70-75%. Gãy xương gót phạm khớp di lệch điều trị bảo tồn thường để lại di chứng đau khớp sên gót do thoái hóa. Vì thế, gãy xương gót phạm khớp di lệch đã được phẫu thuật bằng kết xương nẹp vít và cho kết quả tốt hơn điều trị bảo tồn [1 - 6]. Tuy vậy, kết xương nẹp vít điều trị gãy xương gót còn nhiều biến chứng. Trong khoảng 2 thập kỷ gần đây, nẹp khóa xương gót ra đời đã cho kết quả kết xương gót hiệu quả triệu trị tốt và đã được áp dụng phổ biến. Tuy nhiên, một số vấn đề vẫn cần được bàn luận như chỉ định, kỹ thuật mổ, ghép xương hay không ghép xương...

Tại BVTWQĐ 108, kết xương gót bằng nẹp khóa được thực hiện từ năm 2016. Vì vậy nhằm đánh giá kết quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả xa phẫu thuật điều trị gãy kín xương gót bằng kết xương nẹp khóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 45 BN (37 nam và 08 nữ), tuổi 18- 75, bị gãy kín xương gót có chỉ định phẫu thuật (di lệch mặt khớp trên 2 mm; độ II, III, IV theo phân loại của Sanders), có phim CT-Scanner xương gót trước mổ, được kết xương nẹp khóa xương gót (hãng Intercus của Đức, Mediox của Hungary hoặc Mikromed của Ba Lan) tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình Tổng hợp, Viện Chấn thương Chỉnh hình, BVTWQĐ 108, trong khoảng từ tháng 01/2021 đến 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Sử dụng phương

pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu.

* *Chỉ tiêu đánh giá:*

Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, tổn thương giải phẫu, tổn thương kết hợp, bệnh mạn tính,...

Kết quả gần: đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy và kết xương dựa vào hình ảnh X-Quang sau mổ, tình trạng liền vết mổ, các tai biến, biến chứng sớm.

Kết quả xa: (đánh giá sau mổ ít nhất 12 tháng): Kết quả kết xương trên hình ảnh X-Quang, kết quả về chức năng dựa theo thang điểm đánh giá cho cổ chân và nửa sau bàn chân (AOFAS scale).

Biến chứng muộn và di chứng: Thoái hóa khớp cổ chân, tổn thương thần kinh, viêm xương...

Xử lý dữ liệu: Số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Các BN trong nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin trong nghiên cứu được thu thập một cách trung thực và khách quan. Mọi thông tin của BN trong nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình là: 46,15 tuổi (18 - 75 tuổi), nam/nữ = 37/08, nguyên nhân chấn thương: Ngã cao: 33 BN (73.3%); tai nạn giao thông: 1 BN (2.2%); nguyên nhân khác: 11 BN (24.4%).

Tổn thương kết hợp: Chấn thương cột sống: 2 BN (4,4%); gãy khung chậu: 1 BN (2.2%); gãy xương chày cùng bên: 1 BN (2,2%); gãy xương cẳng tay cùng bên: 04 BN (8,9%); gãy xương sên cùng bên: 1 BN (2.2%); Gãy xương mác cùng bên: 1 BN (2.2%); gãy xương gót 2 bên: 08 BN (17,8%).

Bệnh mạn tính: có 01 BN xơ vữa động mạch (2,2%) 01 bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim (2.2%) đang dùng thuốc đều đặn theo sổ ngoại trú.

3.1. Đặc điểm tổn thương trên hình ảnh chụp X-quang và CT-scanner

Độ lớn góc Böhler trước mổ trung bình -2° (-10° ÷ 15°).

Bảng 1. Phân loại theo Sanders (n=45)

Phân loại		Số BN		(%)	
Nhóm	Loại				
Nhóm II	A	2	10	4.4	22.3
	B	4		8.9	
	C	4		8.9	
Nhóm III	AB	15	33	33.3	73.3
	AC	10		22.2	
	BC	8		17.8	

Nhóm IV	2	4.4
(+)	45	100%

3.2. Tổn thương phạm khớp gót hộp:

Bảng 2. Phân loại tổn thương phạm khớp gót hộp (n=45)

			Tổn thương phạm khớp gót hộp		
Phân loại theo Sanders	Nhóm	Loại	Không	≤25%	>25%
	II	A	2	0	0
		B	2	1	1
		C	2	1	1
	III	AB	6	4	5
		AC	5	2	3
		BC	4	2	2
	Nhóm IV		0	1	1
(+)		21	11	13	
			24		
(%)		46,7	24,4	28,9	
			53,3		

Thời điểm phẫu thuật sau chấn thương: 9,68 ngày (2 - 22 ngày).

3.3. Đặc điểm phương tiện kết xương.

Số BN dùng nẹp khóa đơn thuần: 25/45 BN. Số BN có sử dụng thêm đinh Kirschner: 20/45 BN.

Số BN phải ghép xương: 15/45 BN.

3.4. Đặc điểm đường mổ. Các BN đều được sử dụng 1 đường mổ là đường mổ chữ L mở rộng ở mặt ngoài xương gót.

***Kết quả gần:** Kết quả chỉnh ổ gãy, kết xương: Góc Böhler sau mổ từ 25° - 35°, trung bình là 28°.

Góc Gissane sau mổ từ 120° - 135°, trung bình là 126°.

Không có hình ảnh 2 bờ trên phim X-quang nghiêng xương gót sau mổ.

Tình trạng tại chỗ sau mổ:

Liên sẹo kỳ đầu: 44 BN.

Thiếu dưỡng mép vật da hình L, liên sẹo muộn: 01 BN.

Không liên vết mổ, lộ nẹp: 0 BN.

Tê ở bờ ngoài bàn chân: 07 BN.

*** Kết quả xa:** Theo dõi sau mổ > 12 tháng được 25 BN với 45 ổ gãy xương gót.

100% BN liền xương vững, trong đó có 15 BN đã tháo nẹp khóa.

Duy trì kết quả nắn chỉnh: Góc Böhler trung bình là 27° (25° - 35°). Góc Gissane trung bình là 124° (120° - 135°).

Di lệch thứ phát: Có 05 BN có góc Böhler bị giảm so với ngay sau mổ. Đây đều là BN gãy Sander III, IV, tuổi cao, không được ghép xương.

Tê ở bờ ngoài bàn chân: 7 BN.

35/45 BN không có biểu hiện viêm khớp sên gót, tuy nhiên có tới 10 BN có biểu hiện thoái

hóa khớp sên gót ở độ I và II và không có liên quan đến kiểu gãy xương gót.

Kết quả chức năng theo thang điểm AOFAS trung bình là 94,22 điểm (78 - 100 điểm), trong đó, phân loại tốt: 35 BN, khá: 9 BN, trung bình: 1 BN, kém: 0 BN.

Bảng 3.3. Kết quả AOFAS Ankle - hindfoot của nghiên cứu

Kết quả AOFAS	Số trường hợp	%
Tốt	35	77,8
Khá	9	20
Trung bình	1	2.2
Kém	0	0

IV. BÀN LUẬN

Gãy xương gót có một cơ chế rất khác biệt, phần lớn là do nén ép dọc trục. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng đa số BN gãy xương gót là do ngã cao (73,3%), thường do tai nạn lao động. Gãy xương gót thường kèm theo phù nề nhiều ở vùng bàn chân, nhiều trường hợp máu tụ, phù nề, phỏng nước. Chính vì vậy thời điểm phẫu thuật kết xương gót được hầu hết các tác giả thống nhất là khi phần mềm ở bàn chân và cổ chân đỡ sưng nề, dấu hiệu nhàn da (+), nhưng không nên để quá 3 tuần vì khó chỉnh ổ gãy do can xương hình thành [2]. Một số tác giả cho rằng, nếu có gãy mảnh nửa trên sau xương gót di lệch lên trên kiểu lưỡi do gân gót gây nguy cơ hoại tử da, vì thế những BN này nên được mổ sớm [5]. Thời điểm phẫu thuật 45 BN của chúng tôi trung bình là 9,68 ngày sau chấn thương (2 - 22 ngày).

Có nhiều đường mổ vào xương gót [7, 5, 3], tuy nhiên, đường mổ mở rộng hình chữ L được sử dụng phổ biến. Đường mổ này cho phép bộc lộ rõ và nắn chỉnh, cố định được khớp sên gót sau và mặt ngoài xương gót, phục hồi được góc Böhler, Gissane [7], đây là mục tiêu quan trọng khi phẫu thuật kết xương gót. Góc Gissane nên đạt được sau mổ từ 125° - 140° [3]. Góc Böhler trong nghiên cứu của chúng tôi đạt từ 28° sau mổ. Góc Gissane sau mổ đạt trung bình là 126° (120° - 135°). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khi kết xương nẹp khóa xương gót [6].

Những nghiên cứu gần đây cho thấy, việc khôi phục lại diện khớp sên gót sau là quan trọng nhất khi nắn chỉnh ổ gãy xương gót [8]. Phân loại theo Sander trên phim CLVT, gãy loại IIA, IIB, IIC có lần lượt là 2 BN, 4 BN, 4 BN; gãy loại IIIAB, IIIAC, IIIBC có lần lượt là 15 BN, 10 BN, 8 BN, gãy loại IV có 2 BN. Mỏm chân đế sên là một mốc phải phẫu quan trọng để giúp nắn chỉnh mặt khớp sên gót sau. Vì vậy, phẫu thuật

viên cần lật thành ngoài xương gót, bộc lộ diện khớp lún, bộc lộ mỏm chân đế sên, sau đó nâng diện khớp ngang mỏm chân đến sên, đặt lại thành ngoài rồi cố định tạm thời mặt khớp sên gót sau bằng 1 đinh Kirschner. Nên xuyên 1 đinh Schanz 3,5mm vào vùng củ gót để giúp nắn chỉnh góc Böhler thuận lợi. Nếu sau nâng lún có khuyết xương lớn thì nên ghép xương tự thân hoặc đồng loại để trám vào ổ khuyết xương. Sau đó, đặt nẹp khóa, bắt vít khóa.

Trong nghiên cứu này, 20/45 BN sử dụng đinh Kirschner, đây là những trường hợp gãy phức tạp loại Sander III, IV, mặt khớp gãy nhiều mảnh nên cần đinh Kirschner để cố định vững mảnh gãy ở mặt khớp sên gót sau. Để quan sát được diện khớp sên gót sau trong mổ, phần thân xương gót hay bị vẹo trong. Vì thế, phẫu thuật viên nên kiểm tra xem xương gót có bị vẹo trong hay không trước khi bắt vít, có thể quan sát trên lâm sàng hoặc chính xác hơn là trên C-arm. Nếu xương gót bị vẹo trong, có thể sử dụng đinh Schanz đã bắt vào vùng củ gót để nắn chỉnh. Một điểm cần chú ý là nếu khớp gót hộp bị sai khớp hoặc có mảnh gãy phạm khớp thì cần nắn chỉnh và cố định. Chúng tôi gặp 24 BN có tổn thương phạm khớp gót hộp, trong đó có 13 BN tổn thương phạm khớp > 25% diện khớp. Các BN này được nắn chỉnh và cố định tạm thời trước khi đặt nẹp khóa.

Với đường mổ bên ngoài, kết quả chỉnh ổ gãy trong nghiên cứu này là rất khả quan: Góc Böhler sau mổ từ 25° - 35° , trung bình là 28° . Góc Gissane sau mổ từ 120° - 135° , trung bình là 126° . Không có hình ảnh 2 bờ trên phim X-quang nghiêng xương gót sau mổ.

Khi gãy lún vùng đôi gót thì thường để lại khuyết xương sau khi nắn chỉnh ổ gãy. Một số ít tác giả chủ trương không ghép xương [5, 7, 3]. Tuy nhiên, đa số các tác giả khuyên nên ghép xương nếu khuyết xương lớn sau nâng lún mặt khớp sên gót sau [8, 9, 10]. Chúng tôi ủng hộ quan điểm này vì ghép xương còn có tác dụng duy trì kết quả nắn chỉnh diện khớp sên gót sau. Số BN phải ghép xương trong nghiên cứu này là 25/45 BN, đây là những BN có khuyết xương lớn sau khi nâng lún diện khớp. Có 15 BN có góc Böhler bị giảm so với ngay sau mổ. Đây đều là BN gãy Sander III, IV, không được ghép xương.

Theo dõi sau mổ > 12 tháng được 25 BN với ổ gãy xương gót, với 100% BN liền xương vững, trong đó 15 BN đã tháo nẹp khóa. Nẹp khóa xương gót kết hợp với ghép xương ở 15 BN đã cho kết quả cố định ổ gãy xương khả quan. Góc Böhler trung bình là 27° (25° - 35°) và góc

Gissane trung bình là 124° (129° - 135°), đều có giảm so với ngay sau mổ, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với trước mổ.

Tuy nhiên, có 5 BN có di lệch thứ phát ổ gãy, với góc Böhler bị giảm so với ngay sau mổ. Đây đều là BN gãy Sander III, IV, không được ghép xương. Điều đó cho thấy ưu điểm của kết xương nẹp khóa xương gót. Ghép xương còn có tác dụng khôi phục độ rộng của xương gót và sự toàn vẹn của thành ngoài của xương gót, giảm thiểu nguy cơ viêm mạn tính gân mắt bên [8, 9].

Y vẫn cho thấy, biến chứng hay gặp nhất khi kết xương gót với đường mổ chữ L bên ngoài là hoại tử vạt da hoặc nhiễm khuẩn sâu, với tỷ lệ từ 5 - 15% [8, 9, 10]. Nguyên nhân thiếu dưỡng vạt da chữ L thường do thời điểm phẫu thuật sớm khi chưa có dấu hiệu nhàn da, hoặc do kỹ thuật bóc tách vạt da không đủ độ dày, kéo vạt quá căng trong mổ, để máu tụ dưới vạt sau mổ, hoặc đường mổ đi cao. Zwipp [7] gặp tụ máu dưới vạt da 4,7%, hoại tử một phần vạt da: 6,7%, nhiễm khuẩn phần mềm: 4,3%, nhiễm khuẩn xương: 2,2%. Chúng tôi gặp 01 BN có vết mổ đã liền sẹo thì 2. Chúng tôi cho rằng, nên rạch da đi đúng đường mổ ở bờ dưới xương gót, đồng thời rạch da 1 lớp tới cốt mạc, để bóc tách vạt da chữ L đủ dày, đảm bảo nuôi dưỡng vạt tốt, động tác nhẹ nhàng khi nâng vạt trong quá trình mổ, giữ trường mổ ẩm trong mổ, đặt dẫn lưu sau mổ, băng ép nhẹ vết mổ sau mổ là những yếu tố quan trọng để tránh biến chứng tại vết mổ.

Chúng tôi gặp 07 BN sau mổ có tê ở bờ ngoài bàn chân. Sau mổ 1 năm, vẫn còn 3 BN còn tê bì bờ ngoài bàn chân. Đây là những BN bị tổn thương thần kinh hiển ngoài trong mổ. Vì vậy, cần chú ý tránh tổn thương thần kinh hiển ngoài khi bóc tách vạt da chữ L. Việc bóc tách sát xương và sát bờ dưới xương gót sẽ giảm thiểu tổn thương thần kinh hiển ngoài.

Việc nắn chỉnh tốt về giải phẫu là cần thiết để có kết quả chức năng tốt sau kết xương gót bằng nẹp khóa, tuy nhiên nó không đảm bảo chắc chắn không tổn thương sụn khớp, viêm khớp dưới sên sau mổ. Trong nghiên cứu này, kết quả theo dõi sau mổ ít nhất 1 năm cho thấy, có 35/45 BN không có biểu hiện viêm khớp sên gót, tuy nhiên có tới 10 BN có biểu hiện thoái hóa khớp sên gót ở độ I và II và không có liên quan đến kiểu gãy xương gót.

Điểm AOFAS sau 1 năm theo dõi trung bình là 94,22 (78-100), trong đó phân loại tốt có 40 BN, khá có 4 BN, trung bình có 01 BN, không có BN phân loại kém.

V. KẾT LUẬN

Kết xương nẹp khóa điều trị gãy kín xương gót cho kết quả xa về phục hồi chức năng tốt, điểm AOFAS trung bình là 94,22, trong đó phân loại tốt có 40 BN, khá có 4 BN, trung bình có 01 BN, không có BN phân loại kém. Đường mổ chữ L mặt ngoài cho phép bộc lộ, nắn chỉnh và kết xương thuận lợi.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã giúp đỡ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi xin cảm kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. Nghiên cứu này không nhận bất cứ sự tài trợ nghiên cứu nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agren PH, Wretenberg P, SayedNoor AS. Operative versus nonoperative treatment of displaced intra-articular calcaneal fractures: A prospective, randomized, controlled multicenter trial. J Bone Joint Surg Am. 2013; 95(15):1351-1357.
2. Buckley R, Sands A. Calcaneus -Displaced fractures, ORIF – plate and screw fixation. AO Foundation.2016; 11/7.
3. Cronier P, Steiger V, Viel T, Talha A. Open reduction and internal fixation of calcaneal 'thlamic' fractures. Orthopaedics and Trauma.2012:155-170.
4. Potter MQ, Nunley JA. Longterm functional outcomes after operative treatment for intra-articular fractures of the calcaneus. J Bone Joint Surg Am.2019; 91(8):1854-1860.
5. Sanders R. Displaced intra-articular fractures of the calcaneus. J Bone Joint Surg Am. 2000; 82(2):225-250.
6. Thordarson DB., Krieger LE. Operative vs. nonoperative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus: A prospective randomized trial. Foot Ankle Int. 1996; 17(1):2-9.
7. Zwipp H, Rammelt S, Barthel S. Calcaneal fractures-open reduction and internal fixation (ORIF). Injury. 2004;35 Suppl 2:46-54.
8. Huang PJ, Huang HT, Chen TB. Open reduction and internal fixation of displaced intra-articular fractures of the calcaneus. J Trauma. 2002; 52:946-950.
9. Schepers T, Van Lieshout EM, Van Ginhoven TM, et al. Current concepts in the treatment of intraarticular calcaneal fractures: Results of a nationwide survey. Int Orthop.2008; 32:711-715.
10. Bibbo C, Ehrlich DA, Nguyen HM, et al. Low wound complication rates for the lateral extensile approach for calcaneal ORIF when the lateral calcaneal artery is patent. Foot Ankle Int. 2014; 35(7):650-656.

KẾT QUẢ XA PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG CƠ THON TRÊN BỆNH NHÂN GHÉP CƠ THON MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT MẠN TÍNH

Bùi Mai Anh¹, Nguyễn Văn Bình²,
Dương Mạnh Chiến², Lê Thành Phát³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị liệt mặt mạn tính nhằm mục đích phục hồi sự cân xứng của nụ cười vẫn là những thách thức của bác sĩ phẫu thuật tạo hình. Đã có những báo cáo về phẫu thuật chuyển cơ chức năng hai thì, tuy nhiên, với việc tìm ra nguồn Thần kinh cơ cắn (TKCC) đã đưa ra một hướng mới cho phẫu thuật điều trị liệt mặt mạn tính với một thì phẫu thuật. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang đánh giá kết quả xa của phẫu thuật chuyển cơ thon một thì với nguồn cho là TKCC từ 2020 – 2023. Hiệu quả của phương pháp phẫu thuật được đánh giá trên ba nội dung: (1) Phân

loại nụ cười theo Chuang's, (2) Thời gian cười tự phát và (3) Đánh giá mức độ sẹo phẫu thuật dựa trên thang điểm VSS. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân được phẫu thuật chuyển cơ thon vi phẫu một thì, phân loại nụ cười theo Chuang's có 12/31 đối tượng 4 điểm, 14/31 đạt 3 điểm và 5/31 đạt 2 điểm. 14/31 bệnh nhân có cười tự phát với thời gian xuất hiện trung bình là 19,3±11,3 tháng. Điểm trung bình tình trạng sẹo theo thang điểm VSS là 2,94±1,34. **Kết luận:** Phẫu thuật chuyển cơ thon vi phẫu một thì điều trị liệt mặt mạn tính cho mức độ cải thiện cao thể hiện ở nụ cười cân xứng của đối tượng và ít để lại các di chứng tại vị trí cho thần kinh và tại vị trí cho cơ thon.

Từ khóa: Liệt mặt mạn tính, vạt cơ thon, thần kinh cơ cắn

SUMMARY

LONG-TERM RESULTS OF RECOVERY OF GRACILIS MUSCLE MOVEMENT IN PATIENTS WITH ONE-STAGE GRACILIS MUSCLE GRAFTING FOR CHRONIC FACIAL PARALYSIS

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y - Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bình

Email: nguyenvanbinhhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024