

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Nguyễn Hoàng Long^{1,2}, Bùi Minh Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong bệnh viêm cột sống dính khớp, tình trạng gãy xương rất dễ xảy ra, thậm chí sau một chấn thương nhẹ. Chấn thương cột sống trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có thể để lại di chứng nặng nề. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương cột sống trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên đối tượng là các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống trên nền viêm cột sống dính khớp, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** nghiên cứu của chúng tôi gồm 14 bệnh nhân, tất cả là nam giới. Độ tuổi trung bình là 59,8 (từ 37 đến 71 tuổi). Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 10,4 tháng. Về kiểu gãy xương, 07 bệnh nhân có đường gãy đi qua khe liên thân đốt sống (chiếm 50%), còn lại là các trường hợp đường gãy đi qua thân đốt sống. Tất cả các trường hợp gãy cột sống cổ trong nghiên cứu của chúng tôi đều có đường gãy đi qua khe liên thân đốt sống, được phẫu thuật cố định cột sống, hàn xương liên thân đốt sống trước với độ dài đoạn cố định là 02 đốt sống. Đối với gãy cột sống ngực và thắt lưng trung bình độ dài đoạn cố định là 4,56 đốt sống. Trước phẫu thuật, 09 bệnh nhân có tổn thương chức năng thần kinh (ASIA A-D, chiếm 64,3%), 05 bệnh nhân chức năng thần kinh còn nguyên vẹn (ASIA E, chiếm 35,7%). 04 bệnh nhân trước mổ liệt không hoàn toàn đều có cải thiện về chức năng thần kinh, 03 trường hợp liệt hoàn toàn không có cải thiện về chức năng thần kinh, 02 trường hợp liệt hoàn toàn tử vong sau phẫu thuật do biến chứng viêm phổi, suy hô hấp ở thời điểm lần lượt 1 tháng và 2 tháng sau mổ. Ở thời điểm theo dõi cuối cùng, trên phim chụp X – quang, tất cả bệnh nhân đều đạt liền xương và không xảy ra biến chứng nào về dụng cụ cố định cột sống. **Kết luận:** Gãy cột sống ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp dễ bị bỏ sót nếu chỉ dựa vào phim chụp X – quang. Chất lượng xương kém và thay đổi cơ sinh học của cột sống đòi hỏi phẫu thuật viên cần cân nhắc độ dài đoạn cố định để tránh thất bại dụng cụ. Điều trị phẫu thuật cho kết quả cải thiện chức năng thần kinh ở các trường hợp liệt tùy không hoàn toàn.

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, gãy cột sống, cố định cột sống, phẫu thuật

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF SPINAL FRACTURE IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Objective: In patients with ankylosing spondylitis, the risk of fracture is very high, even after minor trauma. Spinal fracture in patients with ankylosing spondylitis can lead to severe sequelae. We conducted this study to evaluate the outcomes of spinal fracture surgical treatment in patients with ankylosing spondylitis. **Method:** A retrospective cross-sectional descriptive study conducted on patients diagnosed with spinal fracture and ankylosing spondylitis, treated surgically at the Spine Surgery Department of Viet Duc University Hospital from June 2020 to August 2022. **Results:** Our study included 14 patients, all of whom were male. The average age was 59.8 years (ranging from 37 to 71 years). The average follow-up period after surgery was 10.4 months. Regarding the type of fracture, 7 patients had fractures passing through the intervertebral space (50%), while the rest had fractures through the vertebral body. All cases of cervical spine fractures in our study had fractures passing through the intervertebral space and underwent anterior interbody fusion with a fixation length of 2 vertebrae. For thoracic and lumbar spine fractures, the average fixation length was 4.56 vertebrae. Prior to surgery, 9 patients had neurological deficits (ASIA A-D, accounting for 64.3%), while 5 patients had intact neurological function (ASIA E, accounting for 35.7%). Four patients with incomplete paralysis before surgery showed improvement in neurological function, while 3 cases of complete paralysis had no improvement. Two cases of complete paralysis died post-surgery due to complications of pneumonia and respiratory failure at 1 month and 2 months after surgery, respectively. At the final follow-up, all patients achieved bone union on X-ray without any instrumentation failure. **Conclusion:** Spinal fractures in patients with ankylosing spondylitis can be easily overlooked if solely relying on X-ray imaging. Poor bone quality and altered biomechanics of the spine require surgeons to consider the length of fixation to avoid instrumentation failure. Surgical treatment results in improved neurological function in cases of incomplete spinal cord injury. **Keywords:** ankylosing spondylitis, spinal fracture, spinal fixation, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh lý tự miễn, đặc trưng bởi hiện tượng tự hàn xương của khớp cùng chậu và cột sống xảy ra do phản ứng viêm mạn tính. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh sẽ tiến triển tới biến dạng gù cột sống, khiến cho người bệnh không thể đứng

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

thẳng, nằm thẳng, thậm chí là nhìn thẳng về phía trước ở tư thế đứng. Hậu quả là ảnh hưởng nghiêm trọng tới sinh hoạt và khả năng lao động của người bệnh. Tỷ lệ mắc của VCSDK chiếm 0,1 – 1,4% dân số, ảnh hưởng chủ yếu đến nam giới với tỷ lệ mắc nam : nữ vào khoảng 2 : 1 và ở nữ giới biểu hiện bệnh cũng ít trầm trọng hơn.

Tình trạng viêm cột sống dính khớp làm tăng nguy cơ gãy xương gấp năm lần, thậm chí sau một chấn thương nhẹ^{1,2}. Tỷ lệ gãy cột sống ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp xấp xỉ 5,7%³. Hình thái gãy xương trong VCSDK thường là mất vững, dẫn tới nguy cơ cao tổn thương thần kinh thứ phát nếu bất động không đúng trong quá trình vận chuyển, sơ cứu bệnh nhân. Caron và cs (2010) báo cáo 122 trường hợp gãy cột sống ở BN VCSDK, có tới 19% chẩn đoán chậm trễ, và 81% trong số này có tổn thương thần kinh để lại di chứng⁴. Cho đến thời điểm hiện tại, việc chẩn đoán kịp thời và xử trí đúng vẫn là một thách thức đặt ra khi tiếp cận bệnh nhân chấn thương cột sống trên nền viêm cột sống dính khớp. Bên cạnh đó, do cơ sinh học của cột sống bị thay đổi, nguyên tắc điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân viêm cột sống cũng có một số nét khác biệt so với các đối tượng khác.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương cột sống trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp cũng như rút ra một số kinh nghiệm trong điều trị phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống trên nền viêm cột sống dính khớp, điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 06/2020 đến tháng 08/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, theo dõi dọc

Chọn mẫu thuận tiện

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

❖ Trước phẫu thuật:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới.
- Đặc điểm lâm sàng: Cơ chế chấn thương: năng lượng cao (tai nạn giao thông, tai nạn ngã cao,...), năng lượng thấp (ngã khi đi bộ, ngã từ độ cao thấp,...)

- Mức độ tổn thương thần kinh: theo phân loại tổn thương tuỷ của hiệp hội tổn thương tuỷ Hoa Kỳ (American Spinal Injury Association Impairment Scale)

- Hình thái gãy xương được phân loại theo

AO: Type A (gãy nén ép), Type B (gãy giãn tách), Type C (gãy trật)

- Đánh giá hình ảnh X-quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ trước phẫu thuật nhằm xác định: vị trí gãy xương, hình thái gãy xương (gãy qua thân đốt sống hay gãy qua khe liên thân đốt).

❖ Sau phẫu thuật:

- Tình trạng chức năng thần kinh: cải thiện, xấu đi hoặc không thay đổi

- Biến chứng sau phẫu thuật

- Đánh giá hình ảnh X-quang:

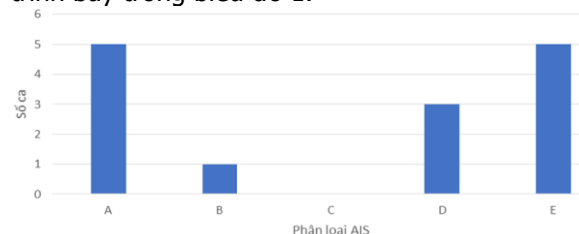
Ngay sau phẫu thuật: phương tiện kết hợp xương, độ dài đoạn cố định (số đốt sống),

Thời điểm theo dõi cuối cùng: sự liền xương, tình trạng phương tiện kết hợp xương

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân, tất cả là nam giới. Độ tuổi trung bình $59,8 \pm 11,17$ (từ 37 đến 71) tuổi. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là $10,4 \pm 8,3$ tháng (dao động từ 2 đến 26 tháng).

3.2. Đặc điểm trước mổ. Trước phẫu thuật, 09 bệnh nhân có tổn thương chức năng thần kinh (chiếm 64,3%, phân loại AIS từ A đến D), 05 bệnh nhân chức năng thần kinh còn nguyên vẹn (chiếm 35,7%, phân loại AIS E). Phân bố bệnh nhân theo phân loại AIS được trình bày trong biểu đồ 1.



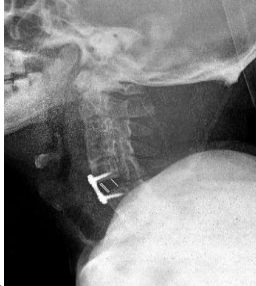
Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo phân loại AIS

Đặc điểm hình ảnh X-quang trước mổ của nhóm bệnh nhân cho thấy: Trong tổng số bệnh nhân, có 04 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ (chiếm 28,5%), 01 bệnh nhân chấn thương vị trí chuyển tiếp cổ ngực (chiếm 7,1%), 01 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực (chiếm 7,1%), 08 bệnh nhân chấn thương vị trí chuyển tiếp ngực – thắt lưng (T10 – L2, chiếm 57,1%).

Một nửa số trường hợp (50%) có đường gãy đi qua thân đốt sống và nửa còn lại có đường gãy đi qua khe liên đốt sống. Phân loại hình thái gãy xương theo AO có 06 trường hợp thuộc type C, 08 trường hợp thuộc type B, không có trường hợp nào thuộc type A.

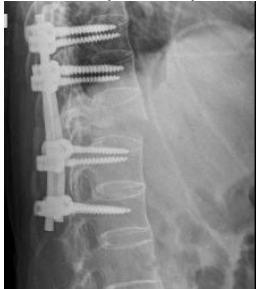
3.3. Kết quả sau mổ. 04 trường hợp chấn thương sống cổ và 01 trường hợp chấn thương

vị trí chuyển tiếp cổ - ngực đều có hình thái gãy xương qua khe liên thân đốt và được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt, cố định cột sống lồng trước (ACDF, hình 1) với độ dài đoạn cổ định là 02 đốt sống. Sau mổ, bệnh nhân được tăng cường bất động cột sống cổ với nẹp cổ cứng trong thời gian 1 tháng



Hình 1: Phẫu thuật hàn xương liên thân đốt cột sống cổ lồng trước ở bệnh nhân gãy qua khe liên thân đốt C5 – C6

09 trường hợp chấn thương cột sống ngực và cột sống thắt lưng, được phẫu thuật cố định cột sống, giải ép lõi sau (hình 2) với độ dài đoạn cổ định trung bình là $4,56 \pm 0,73$ đốt sống.



Hình 2: Phẫu thuật cố định cột sống, giải ép lõi sau ở bệnh nhân gãy T11 trên nền VCSDK

Trong số 09 trường hợp có tổn thương chức năng thần kinh, có 04 trường hợp cải thiện sau mổ (chiếm, trong đó 03 trường hợp cải thiện từ AIS D lên E, 01 trường hợp cải thiện từ AIS B lên AIS D). Ba trường hợp không cải thiện chức năng thần kinh có phân loại ASIA trước mổ là A. Không có trường hợp nào tổn thương tuỷ nặng lên. Hai trường hợp tử vong có phân loại AIS trước mổ là A và đều do biến chứng suy hô hấp.

Biến chứng sau mổ ghi nhận 02 trường hợp viêm phổi, suy hô hấp.

Tại thời điểm theo dõi sau mổ cuối, không có trường hợp nào khớp giả hay thất bại dụng cụ.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân VCSDK có nguy cơ gãy cột sống cao hơn người bình thường do tình trạng loãng xương sẵn có⁵. Gãy cột sống ở nhóm bệnh nhân này rất dễ bị bỏ sót do cơ chế chấn thương có

thể rất nhẹ, thậm chí người bệnh có thể không nhận ra. Mặt khác, hầu hết bệnh nhân VCSDK đều có tiền sử đau lưng mạn tính xen lẫn những đợt đau cấp. Do đó, một bệnh nhân VCSDK đến khám với lý do đau lưng hoặc đau cổ khởi phát đột ngột cần được thăm khám kỹ lưỡng để phát hiện gãy xương. Hình ảnh gãy xương trên bệnh nhân VCSDK thường khó nhận diện trên hình ảnh X-quang thường quy do các yếu tố: xương loãng tăng thấu quang, đường gãy có thể đi qua khe liên đốt sống, đặc biệt là các trường hợp gãy vị trí bản lề cổ ngực. Do đó chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ là cần thiết để thực sự loại trừ gãy cột sống ở nhóm bệnh nhân này. Gãy cột sống ở bệnh nhân VCSDK thường là gãy mất vững do đường gãy đi qua cả ba cột trụ, dễ di lệch do các đốt sống dính với nhau trở thành một cánh tay đòn dài sinh ra mômen lực lớn đặt lên vị trí ổ gãy.

Tổn thương thần kinh có thể nhanh chóng xảy ra do mất vững cột sống hoặc do máu tụ ngoài màng tuỷ. Sơ cứu ban đầu là một công việc rất quan trọng để hạn chế tổn thương thần kinh thứ phát. Bất động cột sống bằng áo nẹp hoặc nằm ngửa trên ván cứng thường không thể áp dụng ở những bệnh nhân có cột sống bị biến dạng gù nặng từ trước chấn thương. Cố gắng đặt cột sống ở tư thế trung gian có thể khiến tổn thương thần kinh nặng lên (hình 3).



Hình 3: Đặt cột sống cổ của bệnh nhân VCSDK ở tư thế trung gian có thể khiến di lệch nặng hơn

Nam giới có tỷ lệ mắc VCSDK cao gấp 2 – 3 lần nữ giới⁶. Bệnh biểu hiện ở nam giới cũng thường nặng nề hơn. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đều là nam giới.

Gãy cột sống trong VCSDK rất đặc trưng với hình ảnh đường gãy ngang từ trước ra sau qua cả ba trục của cột sống, còn gọi là gãy kiểu viên phấn (Chalk stick fracture). Trong đó, khá thường gặp hình thái đường gãy đi qua cấu trúc dây chằng, đĩa đệm của khe liên thân đốt bị cốt hóa trong khi thân đốt sống gần như nguyên vẹn. Do đó kiểu gãy này dễ bị bỏ sót khi khảo

sát với X-quang, thậm chí là trên cắt lớp vi tính trong một số trường hợp gãy không di lệch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới một nửa số trường hợp có kiểu gãy này. Nghiên cứu của Caron và cộng sự báo cáo tỷ lệ đường gãy qua đĩa đệm chiếm 38% trong tổng số ca gãy cột sống trên VCSDK.⁴

Hình thái gãy mất vững kết hợp với chấn đoán muộn làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh ở bệnh nhân VCSDK. Nghiên cứu của Caron và cộng sự cho thấy tỷ lệ tổn thương thần kinh chiếm đến 70,6%⁴. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (64,3%). Điều trị phẫu thuật đem lại kết quả phục hồi chức năng thần kinh chủ yếu ở nhóm liệt không hoàn toàn, với tỷ lệ phục hồi ít nhất 1 thang điểm AIS là 50% theo Caron⁴ và 44,4% theo nghiên cứu của chúng tôi (xét riêng nhóm liệt không hoàn toàn thì tỷ lệ này là 100%).

Phẫu thuật cố định cột sống, hàn xương được chỉ định khi gãy cột sống mất vững. Tuy nhiên do một số đặc điểm cơ sinh học của cột sống trong viêm cột sống dính khớp, điều trị phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này sẽ gặp một số thách thức:

Thách thức đầu tiên đến từ việc tư thế bệnh nhân khi gây mê và khi phẫu thuật. Do phần lớn người bệnh từ trước khi chấn thương đã có biến dạng gù cột sống cùng với hạn chế tầm vận động. Việc đặt ống nội khí quản khi gây mê có thể gặp khó khăn với tư thế cổ không thể uốn, thậm chí có thể phải đặt ống trong tư thế người bệnh ngồi hoặc nửa nằm nửa ngồi. Đèn soi thanh quản có camera hoặc ống nội soi thanh quản rất cần thiết trong trường hợp này. Việc tôn trọng tư thế gù tự nhiên của người bệnh khi chuẩn bị tư thế mổ là rất quan trọng để tránh gây tổn thương thần kinh thứ phát (Hình 4).



Hình 4: Tư thế trong mổ bệnh nhân VCSDK

Thách thức thứ hai đến từ nguy cơ thất bại dụng cụ. Bên cạnh chất lượng xương kém, các đốt sống dính với nhau tạo nên cánh tay đòn dài, từ đó sinh ra momen lực lớn đặt lên ổ gãy. Tỷ lệ thất bại dụng cụ cao được ghi nhận ở những trường hợp cố định cột sống đoạn ngắn. Ngược lại, tỷ lệ thất bại dụng cụ xảy ra thấp nhất khi cố định trên và dưới ổ gãy ít nhất 3 tầng. Caron và cộng sự báo cáo không có trường hợp nào thất bại dụng cụ trong 43 ca phẫu thuật cố

định với 3 tầng trên và dưới ổ gãy⁴. Việc cố định dài ở bệnh nhân có tình trạng dính cột sống từ trước không ảnh hưởng đáng kể đến đơn vị vận động. Tuy nhiên cố định dài sẽ làm tăng nguy cơ đặt vít không chính xác, đường mổ dài kéo theo nguy cơ mất máu và nhiễm trùng. Do đó việc lựa chọn cố định dài hay ngắn còn phải cân nhắc dựa trên các yếu tố thể trạng người bệnh, mức độ tổn thương thần kinh, tiền lượng khả năng vận động sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dài đoạn cố định ở cột sống ngực – thắt lưng trung bình là $4,56 \pm 0,73$ đốt sống. Đối với cột sống cổ, các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều gãy qua khe liên đốt. Do đó chúng tôi lựa chọn hàn xương liên thân đốt cột sống cổ lỗi trước (ACDF) với độ dài đoạn cố định là 2 đốt sống. Để tăng cường khả năng cố định, chúng tôi yêu cầu người bệnh sử dụng nẹp cổ cứng sau mổ tối thiểu 03 tháng.

Mặc dù chất lượng xương kém nhưng biến chứng chậm liền khớp giả hầu như rất hiếm khi gặp ở nhóm bệnh nhân này do phản ứng viêm tự miễn thúc đẩy quá trình liền xương. Việc cố định vững mục đích chính là để khôi phục trục cột sống và hạn chế di lệch gây hẹp ống sống. Rustagi và cộng sự báo cáo tỷ lệ liền xương đạt 87 – 100% ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật⁷. Các biến chứng sau mổ chủ yếu được ghi nhận là tình trạng viêm phổi, suy hô hấp, nhiễm trùng. Tỷ lệ những biến chứng này liên quan chặt chẽ tới tình trạng tuổi, bệnh nền phổi hợp và tình trạng liệt tủy hoàn toàn trước mổ⁴.

V. KẾT LUẬN

Sự thay đổi đặc điểm cơ sinh học của cột sống làm cho bệnh nhân VCSDK dễ xảy ra gãy cột sống dù chỉ với một chấn thương nhỏ. Do hình thái gãy mất vững, tổn thương thần kinh xảy ra với tỷ lệ tương đối cao. Hình thái đường gãy hay xảy ra tại khe liên thân đốt làm cho dễ bỏ sót chẩn đoán nếu chỉ dựa vào phim chụp X – quang. Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ là cần thiết ở những bệnh nhân VCSDK có tình trạng đau cấp tại cổ hoặc lưng. Điều trị phẫu thuật cho kết quả liền xương tốt và cải thiện chức năng thần kinh ở các trường hợp liệt tủy không hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hunter T, Forster B, Dvorak M. Ankylosed spines are prone to fracture. *Can Fam Physician*. 1995;41:1213-1216.
2. Prieto-Alhambra D, Muñoz-Ortego J, De Vries F, et al. Ankylosing spondylitis confers substantially increased risk of clinical spine fractures: a nationwide case-control study.

- Osteoporosis Int. 2015;26(1):85-91. doi:10.1007/s00198-014-2939-3
3. **Mundwiler ML, Siddique K, Dym JM, Perri B, Johnson JP, Weisman MH.** Complications of the spine in ankylosing spondylitis with a focus on deformity correction. FOC. 2008;24(1):E6. doi:10.3171/FOC/2008/24/1/E6
 4. **Caron T, Bransford R, Nguyen Q, Agel J, Chapman J, Bellabarba C.** Spine Fractures in Patients With Ankylosing Spinal Disorders: Spine. 2010; 35(11): E458-E464. doi:10.1097/BRS.0b013e3181cc764f
 5. **Hunter T.** Spinal Fractures Complicating Ankylosing Spondylitis. Ann Intern Med. 1978; 88(4):546. doi:10.7326/0003-4819-88-4-546
 6. **Braun J, Sieper J.** Ankylosing spondylitis. The Lancet. 2007;369(9570):1379-1390. doi:10.1016/S0140-6736(07)60635-7
 7. **Rustagi T, Drazin D, Oner C, et al.** Fractures in Spinal Ankylosing Disorders: A Narrative Review of Disease and Injury Types, Treatment Techniques, and Outcomes. Journal of Orthopaedic Trauma. 2017;31(4):S57-S74. doi:10.1097/BOT.0000000000000953

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU NGOÀI XƯƠNG ĐÒN BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT KHÓA ĐA HƯỚNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Trần Quốc Doanh¹, Bùi Văn Phúc¹, Nguyễn Ảnh Sang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu ngoài xương đòn (ĐNXĐ) bằng phẫu thuật kết hợp xương (KH) nẹp vít khóa đa hướng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu (NC) hồi cứu kết hợp tiền cứu thực hiện trên 35 bệnh nhân (BN) trưởng thành bị gãy kín ĐNXĐ được phẫu thuật KH nẹp vít khóa đa hướng tại Bệnh viện quân y 175 trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2024. **Kết quả và kết luận:** Theo dõi kết quả gần, thời gian hậu phẫu trung bình là $3,31 \pm 1,45$ ngày. 100% BN liền vết mổ kỳ đầu và xương thẳng trục hết di lệch. Theo dõi kết quả xa, 100% người bệnh sẹo mổ liền. Kết quả liền xương đạt được là 100%. Điểm Constant trung bình của đối tượng NC là $79,05 \pm 11,34$ điểm. Theo phân loại của Boehm với điểm Constant đánh giá chức năng khớp vai, thì trong NC này, tỉ lệ tốt và rất tốt chiếm 82,86%, tỉ lệ khá là 17,14%. Nhóm chúng tôi thấy phương pháp KH điều trị gãy ĐNXĐ bằng nẹp vít khóa đa hướng đem lại kết quả tốt, và sự hài lòng về vận động khớp vai sau mổ cho người bệnh.

Từ khóa: Kết hợp xương, chi trên, gãy đầu ngoài xương đòn, nẹp vít khóa đa hướng

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED DISTAL CLAVICLE FRACTURE BY PRECONTOURED LOCKING PLATE AT MILITARY HOSPITAL 175

Objectives: Evaluating the results of treatment of closed distal clavicle fracture by osteosynthesis with precontoured lateral clavicle locking plate. **Subjects and methods:** Retrospective combined prospective study on 35 adult patients with closed distal clavicle

fracture treated surgically by open reduction and internal fixation with precontoured lateral clavicle locking plate method from January 2022 to May 2024. **Results and conclusion:** Following short-term results, the average postoperative time was 3.31 ± 1.45 days. 100% of patients healed from the initial wound and the bone axis was straight and no displacement. Following long-term results, 100% of patients had healed scar. The rate of bone healing achieved was 100%. The average Constant score of the research group was 79.05 ± 11.34 points. The results of shoulder joint function according to Boehm classification by Constant score by age group and sex in our study were 82.86% good and very good, 17.14% fair. The research team found the method of open reduction and internal fixation with using precontoured lateral clavicle locking plate brings good results, and satisfaction with shoulder function after surgery for patients. **Keywords:** Osteosynthesis, upper limb, distal clavicle fracture, precontoured lateral clavicle locking plate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín xương đòn là một trong các loại gãy xương kín thường gặp, trong các loại gãy xương đòn thì có tỉ lệ 15% đến 28% là gãy đầu ngoài xương đòn (ĐNXĐ) [1]. Gãy ĐNXĐ ít nguy hiểm đến tính mạng, nhưng cũng có nhiều trường hợp bị mất cơ năng khớp vai nếu điều trị không đúng phương pháp. Có nhiều phương pháp (kết hợp xương) KH cho vùng gãy này như: bất động ngoài, xuyên đinh néo ép, nẹp móc, vít quạ đòn... Trên thế giới, nẹp vít khóa được các tác giả sử dụng trên thế giới từ năm 2008 được đánh giá tỉ lệ thành công cao, hạn chế các biến chứng [2]. Ở Việt Nam trong những năm gần đây tại nhiều bệnh viện, KH bằng nẹp khóa đa hướng giúp nắn chỉnh ổ gãy phục hồi cấu trúc giải phẫu, bất động ổ gãy vững, nhờ cấu tạo nẹp tương thích với ĐNXĐ và các vít khóa nhỏ đa hướng.

Hiện nay, số lượng nghiên cứu (NC) đánh

¹Bệnh viện Quân y 175

²Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ảnh Sang

Email: dr.anhsang@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 27.3.2025