

- esophagus/841ACDC360FA07FD66C139B2C18E734A
5. **J S, Jjb van L, Mccm H, et al.** Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS): long-term results of a randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology.* doi:10.1016/S1470-2045(15)00040-6
  6. **Stahl M, Stuschke M, Lehmann N, et al.** Chemoradiation with and without surgery in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the esophagus. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2005;23(10):2310-2317. doi:10.1200/JCO.2005.00.034
  7. **Nguyễn Đức Lợi (2015).** Đánh giá hiệu quả phác đồ hóa xạ đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III - IV tại bệnh viện K. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
  8. **Tepper J, Krasna MJ, Niedzwiecki D, et al.** Phase III Trial of Trimodality Therapy With Cisplatin, Fluorouracil, Radiotherapy, and Surgery Compared With Surgery Alone for Esophageal Cancer: CALGB 9781. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2008;26(7):1086-1092. doi:10.1200/JCO.2007.12.9593
  9. **De Vita F, Di Martino N, Orditura M, et al.** Preoperative Chemoradiotherapy for Squamous Cell Carcinoma and Adenocarcinoma of the Esophagus: A Phase II Study. *Chest.* 2002; 122(4):1302-1308. doi:10.1378/ chest.122.4.1302

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN LIÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đặng Hoàng Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Thùy<sup>2,3</sup>, Trần Hoàng Tùng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 46 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay từ tháng 1/2019 đến tháng 3/2021. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 31 đến 60 tuổi (47,8%), tai nạn giao thông là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (54,4%) và tổn thương chủ yếu là loại C2 (63%) theo phân loại tiêu chuẩn AO. Kết quả chung theo thang điểm của Morrey tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 83,8%, trung bình là 13,5%, xấu là 2,7%. Điểm Morrey trung bình đạt 83,4 ± 11,2 điểm. **Kết luận:** Gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành loại C theo phân loại của AO là kiểu gãy xương phạm khớp phức tạp. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

**Từ khóa:** Gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OUTCOMES OF INTERNAL OSTEOSYNTHESIS TREATMENT OF CLOSED DISTAL HUMERUS FRACTURE IN ADULT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hoàng Nam

Email: danghoangnamhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2021

Ngày duyệt bài: 1.10.2021

### AT VIET DUC HOSPITAL

**Introduction:** Evaluate the result of internal osteosynthesis treatment of closed distal humerus fracture in adult at Viet Duc hospital. **Method:** A retrospective and prospective study without control on 46 patients who underwent internal osteosynthesis treatment of closed distal humerus fracture from 1/2019 to 3/2021. **Result:** The majority of patients were between the ages of 31 and 60 years old (47.8%), traffic accidents were the leading cause of injuries (54.4%) and AO type C2 fractures were mainly on 63% cases. The overall outcome according to Broberg and Morrey scale, good and excellent accounted for a high rate of 83.8%, fair was 13.5%, and poor was 2.7%. The average Morrey score was 83.4±11.2. **Conclusion:** AO type C closed humerus fracture in adults is complex intercondylar fracture. The internal osteosynthesis treatment correct anatomical reduction, rigid fixation of fracture in order to improve early rehabilitation after surgery.

**Keywords:** Close distal humerus fracture

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu xa xương cánh tay có nhiều dạng, thường gặp các loại gãy trên lồi cầu, gãy lồi cầu ngoài và gãy liên lồi cầu. Trong đó gãy trên lồi cầu là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em. Ngược lại ở người lớn gãy trên lồi cầu là hiếm gặp (2-4%) [1] gặp chủ yếu loại gãy liên lồi cầu.

Gãy liên lồi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành là loại gãy xương phạm khớp phức tạp, đã được Desault mô tả lần đầu tiên từ năm 1881 [2]. Là loại gãy gây khó khăn nhất cho việc chỉ định điều trị, tùy thuộc vào bản chất thương tổn mà có thể điều trị bảo tồn, phẫu thuật kết hợp xương, hoặc thay khớp khuỷu.

Điều trị phẫu thuật đã được tiến hành trước đây nhiều năm trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nhiều kỹ thuật đã được sử dụng nhưng trên thực tế tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật vẫn còn cao. Trong đó thường gặp các biến chứng như: co cứng hạn chế vận động khuỷu, chậm liền xương hoặc khớp giả, tổn thương thần kinh trụ, thoái hóa xương khớp sau chấn thương...

Trong thời gian học tập tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và qua tìm hiểu thực tế chúng tôi thấy chưa có nhiều nghiên cứu, báo cáo tổng kết đầy đủ về phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít trong gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 46 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 3/2021.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp hồi cứu (35 bệnh nhân) và tiến cứu (11 bệnh nhân).

### 2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay (loại C theo phân loại AO), đủ hồ sơ bệnh án, phim Xquang trước và sau mổ, bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, di chứng sau chấn thương, các bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

### 2.4. Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng cánh tay bên tổn thương được kê trên một giá đỡ để đỡ hoàn toàn vùng cánh tay phía trước cho tới khuỷu, cẳng tay rơi tự do.

- Đường mổ: đi theo đường mổ phía sau khớp khuỷu

Thì 1: Bộc lộ khớp khuỷu: Theo đường rạch da chính giữa phía sau từ 5cm dưới móm khuỷu, chạy dọc giữa móm khuỷu lên trên vùng cánh tay, cách móm khuỷu khoảng 10 đến 12cm. Bóc tách da và tổ chức dưới da, bộc lộ thần kinh trụ và bảo vệ thần kinh này trong suốt cuộc mổ.

Thì 2: Bộc lộ ổ gãy đầu dưới xương cánh tay qua đường cắt ngang móm khuỷu.

Thì 3: Nắn chỉnh ổ gãy: sau khi bộc lộ ổ gãy tiến hành bơm rửa lấy hết máu tụ, làm sạch các đầu, diện xương gãy, nắn chỉnh các mảnh xương vỡ về vị trí giải phẫu.

Thì 4: kết hợp xương: nắn hai lồi cầu và phục hồi diện khớp rỗng rọc, dùng vít xoắn cố định vững chắc hai lồi cầu. Nắn chỉnh ổ gãy trên lồi cầu, đặt nẹp và bắt vít để cố định ổ gãy. Nắn cố định tạm thời các lồi cầu vào xương cánh tay bằng đinh Kirschner. Chọn nẹp vít phải đủ dài để cố định chắc ổ gãy. Cố định bằng nẹp bằng các vít. Phục hồi lại móm khuỷu sau khi cắt xương bộc lộ ổ gãy: dùng vít đơn thuần hoặc dùng kim Kirschner kết hợp với chỉ thép néo ép số 8.

Thì 5: cầm máu và đóng vết mổ

## 2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương
- Triệu chứng lâm sàng
- Đặc điểm tổn thương trên Xquang.
- Thời gian từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật
- Phương pháp phẫu thuật: kỹ thuật mổ, đường mổ, số nẹp.
- Kết quả điều trị, biến chứng sau mổ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=46)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-30	15	32,6
	31-60	22	47,8
	>60	9	19,6
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	25	54,4
	Tai nạn lao động	5	10,8
	Tai nạn sinh hoạt	16	34,8
Triệu chứng lâm sàng	Sưng nề vùng khuỷu	44	95,7
	Biến dạng 2 lồi cầu	39	84,8
	Mất vận động khuỷu	2	4,4
	Tổn thương TK quay	2	4,4
	Tổn thương TK trụ	0	0
Phân loại tổn thương (AO)	C1	14	14
	C2	29	63
	C3	3	7
Thời điểm phẫu thuật	<24h	14	30,4
	2-3 ngày	24	52,2
	4-7 ngày	4	15,2
	>7 ngày	1	2,2
Phương pháp phục hồi móm khuỷu	Vít đơn thuần	7	15,2
	Đinh kirschner + chỉ thép	39	84,8
Thời gian điều trị	<7 ngày	29	63,0
	7-15 ngày	17	37,0

Bảng 3.1 cho thấy đa số BN ở nhóm 31-60

tuổi (chiếm 47,8%), Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNGT(54,4%). 95,7% BN có triệu chứng sưng nề vùng khuỷu, biến dạng điển hình 84,8%, có 4,4% tổn thương TK quay thay. Tổn thương loại C2 chiếm tỷ lệ phổ biến nhất với 63%, tỷ lệ tổn thương C3 nhỏ nhất với 7%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng từ 2 đến 3 ngày tính từ khi chấn thương. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật bằng phương pháp cắt mỏm khuỷu và đa số được phục hồi mỏm khuỷu bằng đinh kirschner và néo éo chỉ thép (84,8%). Không có trường hợp nào bị tai biến trong mổ. Đa số bệnh nhân điều trị dưới 7 ngày (63%).

**3.2. Kết quả điều trị**

**Bảng 3.2. Kết quả gần**

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=46)	Tỷ lệ (%)
Diễn biến tại vết mổ	Liên vết mổ thì đầu	46	100
X-quang sau mổ	Hết di lệch	41	89,1
	Di lệch ít	4	8,7
	Di lệch lớn	1	2,2

**Bảng 3.3. Kết quả xa**

Chúng tôi theo dõi và khám lại được 37/46 bệnh nhân trong nghiên cứu này, trong đó có 36 bệnh nhân đã được phẫu thuật từ 6 tháng trở lên và 1 bệnh nhân chưa đủ 6 tháng sau phẫu thuật, tuy nhiên đã khám lại ngay sau phẫu thuật và 3 tháng sau phẫu thuật

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=37)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sẹo mổ	Mềm mại	35	94,6
	Sẹo lồi	2	5,4
	Sẹo dính và co kéo	0	0
Kết quả liên xương	Hết di lệch	31	83,8
	Di lệch ít	5	13,5
	Di lệch lớn	1	2,7
	Chậm liền xương	0	0
Mức độ đau	Khớp giả	0	0
	Không đau	29	78,4
	Đau nhẹ	6	16,2
Chức năng gấp- duỗi khuỷu	Đau nhiều	2	5,4
	Ổ cung > 100 <sup>o</sup>	30	81,8
	Ổ cung 50 <sup>o</sup> - 100 <sup>o</sup>	6	16,2
Sấp- ngửa cẳng tay	Ổ cung < 50 <sup>o</sup>	1	2,7
	Ổ cung >100 <sup>o</sup>	31	83,8
	Ổ cung <100 <sup>o</sup>	6	16,2

**Bảng 3.4. Kết quả chung**

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=37)	Tỷ lệ (%)
Theo tiêu	Rất tốt	24	64,9

chuẩn Morrey	Tốt	7	18,9
	Trung bình	5	13,5
	Xấu	1	2,7

Kết quả gần sau mổ là tốt với 100% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu. XQ sau mổ hết di lệch 89,1%. Kết quả xa sau mổ với tình trạng sẹo mổ mềm mại chiếm tỷ lệ cao với 94,6%, tỷ lệ liền xương hết di lệch 83,8%, mức độ hết đau cũng như chức năng gấp- duỗi, sấp- ngửa tốt chiếm tỷ lệ cao tương đương với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Kết quả chung theo thang điểm Morrey cao, điểm trung bình đạt 83,4 ± 11,2 điểm.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 43,1 ± 18,7, đa số là tuổi lao động với số bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 80,4%. Chúng tôi thấy rằng gãy liên lồi cầu xương cánh tay ảnh hưởng nhiều đến nhóm trong độ tuổi lao động vì vậy việc điều trị phải nhằm mục đích phục hồi cơ năng vận động tốt của khớp khuỷu để có thể trở về công việc lao động bình thường ý nghĩa vô vùng quan trọng. Theo báo cáo của Jupiter [3], độ tuổi trung bình là 37, M. Baraford là 32 [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ba nguyên nhân chính: TNGT, TNLD và TNSH, trong đó TNGT là cao nhất (54,4%). Theo Nguyễn Văn Thái [4] 398 bệnh nhân ở các tỉnh phía nam cũng có 55,28% do TNGT. Trong khi tác giả Jupiter [3] lại cho thấy tỷ lệ 50% là do TNSH, TNGT chiếm 35%. Trong báo cáo nghiên cứu điều trị gãy LLC xương cánh tay ở người lớn của Trung tâm CTCH TP Hồ Chí Minh, trong 425 BN gãy LLC thì có tới 225 (54,22%) do TNGT, tuổi từ 16-50 chiếm đa số 284 (68,43%) [4].

Tác giả Nguyễn Khắc Sinh [5] 41 bệnh nhân gãy LLC điều trị tại bệnh viện Việt Đức (2005 – 2007) thì TNGT 52% (trong đó chủ yếu là tai nạn xe máy), TNLD 24%, TNSH 24%, độ tuổi 16 – 45 chiếm đa số 29/41 ca (71%).

Như vậy ở Việt Nam nguyên nhân chính vẫn là do TNGT (54,4%), đó cũng là nguyên nhân chung của các chấn thương khác nhau như CTSN, gãy xương cẳng chân, xương đùi. Điều này cho thấy tình hình TNGT nói chung và việc tuân thủ các biện pháp an toàn giao thông nói riêng vẫn đang là vấn đề bức xúc cần được giải quyết để giảm thiểu số tai nạn. Ở độ tuổi trên 60, nguyên nhân dẫn đến gãy LLC lại là tai nạn sinh hoạt chiếm 6/9 BN và 5/6BN là nữ. Trong thực tế, lứa tuổi trên 60 thì quá trình loãng xương ở phụ nữ diễn ra nhanh và mạnh hơn

nam giới, nguyên nhân chủ yếu ở lứa tuổi này là do TNSH ngã chống khuỷu trực tiếp xuống đất.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng.** Trên lâm sàng, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng: đau, mất vận động khớp khuỷu, sưng nề vùng khuỷu. Biểu dạng điển hình gặp ở 39/46 BN, chiếm 84,8%. Đây cũng là những triệu chứng thường gặp trong các chấn thương gãy xương nói chung.

Trong nhóm nghiên cứu này, biến chứng do gãy kín LLC cánh tay rất ít gặp. Trong đó, chỉ có 2 bệnh nhân tổn thương thần kinh quay, được mổ KHX nẹp vít sau tai nạn 3 ngày. Kết quả Xquang sau mổ tốt, tổn thương thần kinh hồi phục sau 5 tháng.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu không có tình trạng sốc chấn thương khi vào viện. Biểu chứng sốc chấn thương do gãy kín LLC cánh tay đơn thuần cũng ít được ghi nhận trong các báo cáo.

Biến chứng tổn thương động mạch cánh tay là tổn thương hay gặp trong gãy LLC cánh tay, nhất là gãy hở hoặc các gãy TLC xương cánh tay ở trẻ em. Tuy vậy, nghiên cứu này của chúng tôi không gặp trường hợp nào có tổn thương động mạch cánh tay kèm theo. Kết quả này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân gãy kín LLC cánh tay được điều trị KHX bằng nẹp vít mà những trường hợp có tổn thương mạch cánh tay bắt buộc phải làm trong cấp cứu, phương tiện KHX chủ yếu là kim Kirschner, đặc biệt kèm theo gãy xương hở.

**4.3. Đặc điểm Xquang.** Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng cách phân loại theo AO [6], tổn thương thuộc loại C2 chiếm tỉ lệ cao nhất (63%), sau đó lần lượt là C1 (30%) và C3 (7%). Điều này có thể do gãy LLC cánh tay là một phẫu thuật khó nên các bệnh nhân nặng được chuyển về Bệnh viện Việt Đức. Tỷ lệ ở mức C3 tương đương với một số tác giả khác.

Việc chẩn đoán mức độ gãy dựa trên Xquang trước mổ rất quan trọng, cần đánh giá chính xác tổn thương để có kế hoạch chuẩn bị lựa chọn phương pháp và kỹ thuật phù hợp. Thực tế khi mổ tổn thương thường nặng hơn hình ảnh trên Xquang rất nhiều, những mảnh và đường gãy nhỏ nhiều khi rất phức tạp trên phim Xquang thường không thấy hết, vì vậy cần chuẩn bị sẵn sàng đầy đủ phương tiện, dụng cụ cho các loại gãy.

**4.4. Kết quả phẫu thuật.** Tất cả các bệnh nhân đều liền da ngay thì đầu, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn nông hay rò mủ kéo dài. Tỷ lệ nhiễm khuẩn của Chen TH, Huang TL và Chiu FY (2004) [7] là 5%, Đào Đức Hoàng (2005) [8] là 2,86%, Âm Phối Phu Vông (2012)

[9] là 7,32%, Nguyễn Khắc Sinh (2007) [5] là 5%. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, để hạn chế nhiễm trùng vết mổ ngoài vấn đề vô trùng trong mổ thì cần phải đánh giá chính xác thương tích phần mềm; nếu thương tích phần mềm nặng, tay sưng nề nhiều, rối loạn dinh dưỡng thì cần đặt nẹp bột tạm thời, chườm lạnh, giảm phù nề và chỉ phẫu thuật khi phần mềm ổn định, không vội vàng.

Kết quả Xquang sau mổ: 37/46 BN của chúng tôi được nắn chỉnh hết di lệch, chiếm 80,4%, còn 8 BN (17,4%) di lệch ít, có duy nhất 1 trường hợp nào còn di lệch lớn. Những trường hợp này là gãy LLC loại C2, C3, gãy rất phức tạp, có nhiều mảnh rời, phải đặt nẹp bột, giữ 6 tuần sau mổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, với những gãy phức tạp loại C2, C3, để nắn chỉnh được ổ gãy như mong muốn, trước hết cần lựa chọn đường mổ hợp lý, mà ở đây chúng tôi cho là đường mổ phía sau, có cắt môm khuỷu. Đường mổ này rộng rãi cho phép bộc lộ rõ ràng ổ gãy LLC để đặt lại ổ gãy như mong muốn. Với kết quả Xquang tốt, BN sẽ tập phục hồi chức năng ngay sau mổ.

**4.5. Kết quả sau mổ.** 37/37 BN theo dõi có kết quả liền xương, không có trường hợp nào chậm liền xương hay khớp giả, chiếm 100%. Trong đó, 31 BN (83,8%) hình thành can xương gọn, đường gãy không còn rõ, thẳng trục ở tư thế thẳng, góc giữa thân xương cánh tay và đầu dưới bằng  $45^{\circ} \pm 5^{\circ}$ , chúng tôi đánh giá là liền xương tốt, hết di lệch. Chỉ có 5 BN xương di lệch ít (13,5%) và duy nhất 1 trường hợp liền xấu, di lệch lớn, đây là BN gãy xương loại C3 theo phân loại của AO.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi đánh giá theo thang điểm Morrey cho thấy: tỷ lệ rất tốt là 64,9%, tốt là 18,9%, trung bình 13,5%, xấu 2,7% kết quả này cũng tương xứng với các kết quả nghiên cứu khác: Huang TL (2004) [7] điều trị 40 BN gãy kín phạm khớp đầu dưới xương cánh tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít cho kết quả 87,5% tốt và rất tốt, trung bình 7,2% và xấu là 5,3%. Theo đánh giá của Vũ Đức Chuyên (2003) điều trị kết hợp xương nẹp vít 46 bệnh nhân gãy kín LLC xương cánh tay tại bệnh viện Việt Tiệp – Hải Phòng, kết quả tốt và rất tốt 75%, trung bình 8,33%, xấu 16,67%. Theo đánh giá của Đào Đức Hoàng (2005) [8] KHX nẹp vít cho 31 bệnh nhân gãy kín LLC xương cánh tay tại bệnh viện Xanh Pôn, kết quả tốt và rất tốt 83,87%, trung bình 12,9%, xấu 2,23%. Nguyễn Khắc Sinh (2007) [5] đánh giá 28 /41 bệnh nhân gãy LLC xương cánh tay đã KHX nẹp vít tại bệnh

viện Việt Đức, kết quả tốt và rất tốt 75%, khá 18%, kém 7%. Âm Phối Phu Vông (2012) [9] đánh giá 35 bệnh nhân gãy kín LLC xương cánh tay đã KHX nẹp vít tại bệnh viện 103, kết quả tốt và rất tốt 80%, trung bình 14,28%, xấu 5,72%.

## V. KẾT LUẬN

Gãy kín liên lõi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành loại C theo phân loại của AO là kiểu gãy xương phạm khớp phức tạp. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc (2005), Gãy đầu dưới xương cánh tay, Sách Chấn thương chỉnh hình, NXB Y học, tr 235.
2. Desault P.J (1881), Treatise on fracture, luxations and other affections of the bones, edited by bichat, Transted and charles caldwel, Philadelphia Kinbar and conrad.
3. Jupiter J.B., Barnes K.A., Goodman., L.J., et

- al (1993). Multiplane Fractures of the distal the humerus. J Orthop trauma, (3): 216-220.
4. Nguyễn Văn Thái, Trần Thanh Mỹ, Bùi Văn Đức (2000), Điều trị phẫu thuật gãy liên lõi cầu xương cánh tay ở người lớn từ năm 1992-1999. Hội nghị Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Khắc Sinh (2007), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy liên lõi cầu xương cánh tay tại bệnh viện Việt-Đức, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Muller M.E, Nazatian S., Koch P. (1987), AO classification of fractured, Berlin Springer.
7. Huang T.L., Chiu F.Y., Chang T.Y., Chen TH. (2005), The results of open reduction and internal fixation in elderly patients with sever Fractures of the distal Humerus; a critical analysis of the resul, Jtrauma. Ja; 58(1): 62-9
8. Đào Đức Hoàng (2005), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín phạm khớp đầu dưới xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết xương nẹp vít tại bệnh viện Saint-Paul Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y.
9. Âm Phối Phu Vông (2012), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên lõi cầu xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết xương bên trong tại bệnh viện 103, Luận văn Thạc Sỹ Y học, Học viện Quân Y.

## ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ AMH HUYẾT THANH VÀ KẾT QUẢ THỤ TINH TRONG ỒNG NGHIỆM

Đào Thị Thúy Phượng<sup>1</sup>, Nguyễn Khang Sơn<sup>1</sup>, Mai Thị Giang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa giá trị nồng độ AMH huyết thanh với kết quả thụ tinh trong ống nghiệm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với đối tượng nghiên cứu là 157 phụ nữ trong độ tuổi từ 23-47, điều trị vô sinh bằng phương pháp thụ tinh ống nghiệm tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021. Đối tượng được chia thành 3 nhóm theo giá trị AMH: thấp <1,25 ng/ml, trung bình 1,25-3,57 ng/ml, cao >3,57 ng/ml (theo một nghiên cứu về mức đáp ứng buồng trứng tại Việt Nam trước đó) [1]. Đánh giá các kết quả bao gồm số noãn thu được, số noãn trưởng thành, tỉ lệ thụ tinh, số phôi và chất lượng phôi giai đoạn phân cắt, tỉ lệ thai lâm sàng tương ứng ở 3 nhóm này. **Kết quả:** Tỉ lệ noãn trưởng thành, tỉ lệ thụ tinh, tỉ lệ phôi khả dụng giai đoạn phân cắt không khác biệt giữa các nhóm AMH. Tuy nhiên, số lượng noãn, số lượng phôi khả dụng giai đoạn phân cắt ở nhóm AMH thấp thì thấp hơn nhóm AMH trung bình, nhóm AMH trung

bình thấp hơn nhóm AMH cao có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ thai lâm sàng có sự khác biệt giữa các nhóm AMH. AMH không có giá trị dự đoán chất lượng noãn bào nhưng có khả năng dự đoán được số noãn thu được, số phôi khả dụng và tỉ lệ thai lâm sàng.

**Từ khóa:** AMH, noãn trưởng thành, tỉ lệ thụ tinh, phôi giai đoạn phân cắt, thai lâm sàng.

### SUMMARY

#### THE RELATIONSHIP BETWEEN SERUM AMH HORMONE CONCENTRATIONS AND IVF OUTCOMES

**Objective:** To investigate the relationship between serum AMH levels and outcomes of in vitro fertilization. **Methods:** Descriptive retrospective study. **Subjects:** 157 infertile women between the ages of 23 and 47 undergoing IVF treatment at Center of IVF and Tissue engineering, Hanoi Medical University Hospital, from January 2020 to June 2021, were divided into 3 groups: low, medium and high AMH concentration (<1.25 ng/mL; 1.25-3.57 ng/mL; >3.57 ng/mL, respectively) based on result of the previous study in Vietnam [1]. The parameters of IVF outcomes including the number of retrieved oocytes, the number of retrieved mature oocytes, the fertilization rate, the number of embryos and the quality of the embryos at the cleavage stage, and the corresponding clinical pregnancy rates were compared among these 3 groups. **Results:** The groups showed no statistical differences in mature oocyte rates,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Giang

Email: maigiang1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021