

AFP, PIVKA-II trung bình trong huyết thanh ở nhóm có khối u lớn hơn 5 cm cao hơn so với nhóm có khối u dưới 5 cm, điều này cho thấy đây cũng là yếu tố góp phần tiên lượng tốt thời gian sống sót và mức độ tiến triển của ung thư.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng với can thiệp bằng phương pháp điều trị TACE thì nhóm bệnh nhân có khối u dưới 5 cm thì có tiên lượng tốt hơn so với nhóm bệnh nhân có khối u trên 5 cm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.**, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality

Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021. **71**(3): p. 209-249.

2. **Bosch, F., et al.**, Bosch FX, Ribes J, Diaz M, Cleries R. Primary liver cancer: worldwide incidence and trends. Gastroenterology 127(5 Suppl 1):S5-S16. Gastroenterology, 2004. **127**: p. S5-S16.

3. **Huang, W.J., et al.**, Tumor size is a major determinant of prognosis of resected stage I hepatocellular carcinoma. Langenbecks Arch Surg, 2015. **400**(6): p. 725-34.

4. **Predictive factors for long term prognosis after partial hepatectomy for patients with hepatocellular carcinoma in Japan.** The Liver Cancer Study Group of Japan. Cancer, 1994. **74**(10): p. 2772-80.

5. **Pawlik, T.M., et al.**, Tumor size predicts vascular invasion and histologic grade: Implications for selection of surgical treatment for hepatocellular carcinoma. Liver Transpl, 2005. **11**(9): p. 1086-92.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG ĐINH CÓ CHỐT

Dương Đình Toàn^{1,2}, Lê Duy Trung³

CLOSED DOUBLE SHIN BONES FRACTURES WITH INTRAMEDULLARY LOCKING NAILS

Currently, the treatment of closed fractures of the two shin bones is mainly by two methods: bone fixation with screws and plates and bone fixation with intramedullary nails. Intramedullary nails, locking intramedullary locking nails, are still the preferred method for this type of injury. However, locking intramedullary fixation is not an easily available means in provincial hospitals. **Objective:** To evaluate the results of surgical treatment of closed two shin fractures with intramedullary locking nails at Thanh Hoa General Hospital. **Methods:** A prospective and retrospective descriptive study on 72 patients with double shin bones fractures undergoing SIGN nailing surgery at Thanh Hoa General Hospital from November 2019 to December 2020. Evaluate the results according to the Larson-Bostman and RUST scale. **Results:** After 6 months of follow-up, 98.6% had good and very good results, only 1.4% had average results, there were no cases of poor results. **Conclusion:** SIGN nails is an effective means of shin bone fixation and suitable for provincial hospitals.

Keywords: shin fracture, intramedullary nails, SIGN nails

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân chủ yếu bằng hai phương pháp là kết hợp xương (KHX) bằng nẹp vít và KHX bằng đinh nội tuỷ, tuy nhiên phương pháp KHX nẹp vít yêu cầu vết mổ dài, bóc tách phần mềm kéo dài hết chiều dài nẹp, dập nát phần mềm nhiều, tổn thương màng xương và hệ thống mạch máu nuôi xương, áp lực ổ gãy kém dẫn tới chậm liền xương, gãy nẹp,

TÓM TẮT

Hiện nay việc điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân chủ yếu bằng hai phương pháp là kết hợp xương (KHX) bằng nẹp vít và KHX bằng đinh nội tuỷ. Đinh nội tuỷ, đặc biệt là đinh nội tuỷ có chốt vẫn là phương pháp tối cho loại tổn thương này. Tuy nhiên, đinh nội tuỷ có chốt không phải là phương tiện để có ở các bệnh viện tỉnh. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín hai xương cẳng chân bằng đinh có chốt tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu và hồi cứu trên 72 bệnh nhân đứt gãy kín thân hai xương cẳng chân được phẫu thuật đóng đinh SIGN có chốt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020. Đánh giá kết quả theo thang điểm Larson- Bostman và RUST. **Kết quả:** Thời gian theo dõi sau 6 tháng, 98,6% cho kết quả tốt và rất tốt, chỉ có 1,4% cho kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. **Kết luận:** Đinh SIGN có chốt là phương tiện kết xương hiệu quả trong điều trị phẫu thuật gãy xương cẳng chân, phù hợp với các bệnh viện tuyến tỉnh.

Từ khóa: gãy xương cẳng chân, đinh có chốt, đinh SIGN

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF

¹Trường Đại Học Y Hà Nội,

²Bệnh viện HN Việt Đức,

³Bệnh Viện 71 Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

nguy cơ nhiễm trùng cao. Theo số liệu thống kê thì tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ trong gãy kín hai xương cẳng chân dao động từ 2-5%¹. Đinh nội tuỷ, đặc biệt là đinh nội tuỷ có chốt vẫn là phương pháp tối cho loại tổn thương này, hạn chế những nhược điểm của phương pháp phẫu thuật KHX nẹp vít. Tuy nhiên, đinh nội tuỷ có chốt không phải là phương tiện để có ở các bệnh viện tỉnh.

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá đã tiến hành phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ trong gãy hai xương cẳng chân từ nhiều năm nay, những năm gần đây, mỗi năm bệnh viện phẫu thuật từ 100 – 150 ca, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh có chốt, điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 72 bệnh nhân, trong đó có 30 bệnh nhân nghiên cứu hồi cứu, 42 bệnh nhân nghiên cứu tiến cứu; được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng chân được phẫu thuật đóng đinh SIGN có chốt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020

• Tiêu chuẩn lựa chọn:

*Nhóm hồi cứu

- Bệnh nhân gãy kín 2 xương cẳng chân, được phẫu thuật bằng đinh SIGN có chốt.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim XQ trước và sau mổ.

* Nhóm tiến cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng chân dựa vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X-quang

- Được phẫu thuật KHX bằng đinh SIGN có chốt.

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy hở hai xương cẳng chân
- Gãy xương bệnh lý
- Gãy xương đùi cùng bên.
- Bệnh nhân < 18 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

• Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu và hồi cứu

• Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.

• Quy trình phẫu thuật

- Thăm khám, lựa chọn bệnh nhân
- Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh SIGN có chốt

- Tập phục hồi chức năng sau mổ

- Đánh giá kết quả chung thang điểm Larson- Bostman². Đánh giá kết quả liền xương bằng thang điểm RUST³

- Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0

- Với nhóm hồi cứu: thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu từ lấy hồ sơ bệnh án, hẹn người bệnh tái khám, đánh giá kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi: Tuổi trung bình là 41,82± 14,39, lớn nhất 83 và bé nhất 18 tuổi. Tuổi hay gặp nhất từ 30-50.

3.2. Đặc điểm về giới: Trong số 72 bệnh nhân có 54 bệnh nhân nam (75%) và 18 bệnh nhân nữ (25%). Tỉ lệ Nam/Nữ là 3/1.

3.3. Đặc điểm tổn thương

Bảng 3.1. Vị trí ổ gãy

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
1/3 trên	1	1,4
1/3 giữa	45	62,5
1/3 dưới	26	36,1
Tổng	72	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp nhiều nhất gãy 1/3 giữa 45/72 (62,5%) bệnh nhân và gãy 1/3 dưới 26/72 (36,1%) bệnh nhân. Chỉ có 1/72 (1,4%) bệnh nhân gãy 1/3 trên cẳng chân.

Bảng 3.2. Tỉ lệ % các hình thái đường gãy

Hình thái ổ gãy	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Gãy ngang	21	29,2
Gãy chéo vát	29	40,3
Gãy có mảnh rời	22	30,5
Tổng	72	100

Nhận xét: Qua bảng 3.2 cho thấy tỉ lệ gãy chéo vát là cao nhất với 40,3%, gãy ngang và gãy có mảnh rời chiếm tỉ lệ tương đương với 29,2% và 30,5%.

Bảng 3.3. Phân nhóm phân độ gãy xương theo AO

Phân độ gãy xương	Số lượng	Tỷ lệ %	Tổng		
			Số lượng	Tỷ lệ %	
Gãy đơn giản (A)	A1	9	12,5	48	66,6%
	A2	15	20,8		
	A3	24	33,3		
Gãy có mảnh rời (B)	B1	7	9,7	19	26,4%
	B2	11	15,3		
	B3	1	1,4		
Gãy phức tạp (C)	C1	3	4,2	5	7%
	C2	1	1,4		
	C3	1	1,4		
Tổng	72	100	72	100	

Nhận xét: Trong số 72 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân gãy đơn giản chiếm tỉ lệ cao nhất 66,6% (48BN), gãy có mảnh rời 26,4% (19BN), gãy phức tạp chiếm tỉ lệ thấp nhất với 7% (5BN).

3.4. Đánh giá kết quả điều trị

3.4.1. Kết quả gân. Theo bảng phân loại của Larson – Bostman

Bảng 3.4. Diễn biến tại chỗ vết mổ

Vết mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liên thì đầu	68	94,4
Liên thì hai	4	5,6
Nhiễm trùng sâu, viêm xương, rò mủ kéo dài	0	0,0
Tổng	72	100

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân liên vết mổ thì đầu là 94,4%, liên thì 2 là 5,6%. Không có bệnh nhân nào nhiễm trùng sâu, viêm xương, rò mủ

3.4.2. Kết quả xa.

Bảng 3.5. Kết quả liền xương theo thang điểm RUST.

Kết quả liền xương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt (18-24 điểm)	71	98,6
Trung bình (13-17 điểm)	1	1,4
Kém (8-12 điểm)	0	0,0
Tổng	72	100

$\bar{X} \pm SD: 21,08 \pm 2,04; \text{ Min: } 16, \text{ Max: } 24$

Nhận xét: Số bệnh nhân có điểm liền xương mức tốt chiếm tỉ lệ cao 98,6%. Không có bệnh nhân nào có điểm liền xương kém theo RUST.

Bảng 3.6. Biên độ vận động khớp gối

Biên độ vận động	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	68	94,4
Hạn chế ít	4	5,6
Hạn chế vừa	0	0,0
Cứng khớp	0	0,0
Tổng	72	100

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy, số bệnh nhân vận động khớp gối bình thường sau mổ trên 6 tháng đạt 94,4%, số bệnh nhân hạn chế vận động ít chiếm 5,6%. Không có bệnh nhân nào hạn chế vừa hoặc cứng khớp.

Bảng 3.7. Biên độ vận động khớp cổ chân

Biên độ vận động	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	66	91,7
Hạn chế ít	6	8,3
Hạn chế vừa	0	0,0
Cứng khớp	0	0,0
Tổng	72	100

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân vận động khớp cổ

chân bình thường hoàn toàn sau mổ 6 tháng là 91,7%, có 06 BN (8,3%) bệnh nhân còn hạn chế gấp về phía mu chân. Không có bệnh nhân nào hạn chế vừa hoặc cứng khớp.

Bảng 3.8. Tình trạng ngăn chi

Mức độ ngăn chi	Số BN	Tỷ lệ %
Không ngăn chi	67	93,0
Ngăn chi < 1 cm	4	5,6
Ngăn chi 1-2 cm	1	1,4
Ngăn chi >2 cm	0	0,0
Tổng	72	100

Nhận xét: Trong số 72 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ không ngăn chi sau mổ trên 6 tháng đạt 93%, có 01 bệnh nhân ngăn chi > 1cm, đây là trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi, sau mổ thì đề sớm gây gấp góc mở vào trong, tuy nhiên bệnh nhân vẫn lao động bình thường.

Bảng 3.9. Kết quả chung

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
Số lượng	65	6	1	0	72
Tỷ lệ%	90,3	8,3	1,4	0,0	100

Nhận xét: Sau mổ trên 6 tháng, tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt là 98,6%. Chỉ có 01 bệnh nhân đạt kết quả trung bình chiếm 1,4%, đây là trường hợp bệnh nhân có ngăn chi do di lệch gấp góc mở vào trong.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả xa dựa vào điểm liền xương RUST và tiêu chuẩn của Ter-Schiphort gồm: liền xương và trục xương trên lâm sàng, mức độ đau tại khớp cổ chân và khớp gối, vận động khớp gối hoặc khớp cổ chân sau mổ, teo cơ cẳng chân, ngăn chi. Bệnh nhân sẽ đạt được kết quả tương ứng khi đạt được tất cả các tiêu chuẩn trên. Thời gian đánh giá sau ít nhất 6 tháng phẫu thuật.

Theo kết quả bảng 3.9, tỉ lệ bệnh nhân cho kết quả rất tốt là 90,3%, tỉ lệ bệnh nhân cho kết quả tốt là 8,3%, tỉ lệ bệnh nhân cho kết quả trung bình là 1,4%, không có bệnh nhân nào cho kết quả kém. Bệnh nhân cho kết quả trung bình là một trường hợp ngăn chi 1,5cm, đây là trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi, gãy có mảnh rời 1/3 dưới cẳng chân, sau mổ cho kết quả nắn chỉnh tốt nhưng bệnh nhân tập đi sớm làm di lệch gấp góc mở vào trong gây ngăn chi, trên lâm sàng bệnh nhân có bước đi khập khiễng, tuy nhiên bệnh nhân vẫn làm việc bình thường. Chúng tôi tư vấn cho bệnh nhân tháo đinh sau 24 tháng.

Trần Xuân Sang năm 2012 nghiên cứu trên 70 bệnh nhân gãy kín thân hai xương cẳng chân, được kết hợp xương bằng đinh nội tủy có chốt

tại bệnh viện 7B Quân khu 7, kết quả rất tốt 80%, tốt 14,28%, trung bình 5,72%⁴.

Nguyễn Việt Dũng năm 2017 nghiên cứu 63 bệnh nhân gãy kín 1/3 dưới hai xương cẳng chân, được kết hợp xương chày bằng ĐNT có chốt và kết hợp xương mác bằng nẹp vít tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng cho kết quả rất tốt 95,24%, tốt 4,76%, không có bệnh nhân cho kết quả trung bình và kém⁵.

Nguyễn Hải Dương năm 2018 nghiên cứu 47 bệnh nhân gãy kín thân 2 xương cẳng chân, được đóng đinh nội tủy có chốt tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng cho kết quả rất tốt là 36/43 chiếm 83,7%, tốt là 7/43 chiếm 16,3%, không có trường hợp nào cho kết quả trung bình và kém⁶.

Có nhiều phương pháp điều trị gãy xương nói chung và gãy thân hai xương cẳng chân nói riêng. Việc lựa chọn một phương pháp điều trị gãy thân hai xương cẳng chân hợp lý phải dựa trên cơ sở vị trí gãy, hình thái đường gãy, tính chất gãy, khả năng kỹ thuật của cơ sở y tế và cả nhu cầu nguyện vọng của bệnh nhân. Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp điều trị nào thì mục tiêu cuối cùng cũng là cố định ổ gãy vững chắc. Khi ổ gãy được cố định vững chắc sẽ giúp cho quá trình liền xương diễn ra thuận lợi hơn, và tránh được các biến chứng di lệch thứ phát, chậm liền xương, khớp giả. Đặc biệt cố định ổ gãy vững chắc còn giúp bệnh nhân vận động và tập luyện phục hồi chức năng sớm.

Phương pháp kết hợp xương chày bằng nẹp vít là phương pháp được rất nhiều tác giả lựa chọn trong điều trị gãy thân hai xương cẳng chân, phương pháp này có một số ưu điểm như cho phép nắn chỉnh ổ gãy đúng vị trí ban đầu, cố định vững chắc các ổ gãy, mảnh gãy. Kết hợp xương bằng nẹp vít cho phép bệnh nhân tập vận động sớm, tăng cường máu tới nuôi xương, tạo điều kiện cho xương liền nhanh, hạn chế được tình trạng teo cơ và hạn chế vận động các khớp do được tập phục hồi chức năng sớm. Kết hợp xương bằng nẹp vít có nén ép cho phép sự cố định vững chắc nhất, sự cố định vững chắc ổ gãy tạo điều kiện thuận lợi cho các phản ứng sinh học trong quá trình liền xương. Tuy nhiên đây cũng là phương pháp điều trị còn một số nhược điểm như: để đặt nẹp vít đúng tiêu chuẩn phải bóc tách màng xương trên một đoạn xương dài, khối máu tụ nguyên thủy không còn, can xương ngoại vi từ màng xương cũng yếu hơn so với các kỹ thuật khác. Về cơ sinh học, nẹp vít có một số yếu điểm hơn so với đinh nội tủy, mô men bẻ nẹp vít lớn hơn nhiều so với đinh nội tủy vì vậy dễ gãy nẹp, lỏng vít, vùng vỏ xương dưới nẹp

thường có loãng xương. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ kết hợp xương bằng nẹp vít tương đối cao. Theo báo cáo năm 2002 của tác giả Nguyễn Đức Dũng qua nghiên cứu kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng nẹp vít trong bốn năm từ năm 1998 đến năm 2002 tỷ lệ viêm xương sau mổ là 3,13%, khớp giả là 4,17%, gãy nẹp là 4,17%¹.

Phương pháp kết hợp xương bằng đinh nội tủy Kuntscher kinh điển cũng là một trong những phương pháp được lựa chọn nhiều trong điều trị gãy thân hai xương cẳng chân. Đây là phương pháp có một số ưu điểm như kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện. Nhưng phương pháp này có một số nhược điểm đó là chỉ áp dụng được với những trường hợp gãy ngang hoặc gãy vát ngắn ở vị trí 1/3 giữa xương chày. Đối với các trường hợp gãy ở vị trí 1/3 trên, gãy 1/3 dưới, gãy chéo vát hay gãy có mảnh rời; nếu đóng đinh nội tủy Kuntscher kinh điển sẽ phải bó bột thêm một thời gian để chống di lệch xoay.

Phương pháp đóng đinh SIGN có chốt là phương pháp phẫu thuật khắc phục được một số hạn chế của phương pháp đóng đinh nội tủy thông thường và phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít. Mặc dù có thể ổ gãy, nhưng đường mổ ngắn hơn chỉ từ 8cm- 15cm trên ổ gãy, đảm bảo thuận tiện trong việc nắn chỉnh nhất là các loại gãy có mảnh rời lớn, gãy phức tạp, những trường hợp cẳng chân nề nhiều. Hơn nữa do kỹ thuật này không sử dụng màn tăng sáng trong quá trình nắn chỉnh nên tránh được ảnh hưởng của tia X trong quá trình phẫu thuật, có thể áp dụng rộng rãi ở các tuyến y tế cơ sở nơi mà phòng mổ không được trang bị màn hình tăng sáng.

+ Vì đóng đinh có chốt nên đảm bảo cố định ổ gãy vững chắc tạo điều kiện liền xương nhanh hơn, chống được di lệch xoay, di lệch chông. Chỉ định điều trị cho gãy thân hai xương cẳng chân ở các vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới, cả gãy ngang, gãy chéo vát và gãy có mảnh rời. Là phương pháp cho phép bệnh nhân sau phẫu thuật được tập vận động sớm. Nhờ hệ thống đinh nội tủy và chốt ngang có độ vững chắc cao nên tất cả bệnh nhân đều có thể tập vận động thụ động ngay sau mổ, tập đi có tì nèn từ tuần thứ 4-5 sau mổ và sau hơn 6 tuần đã có thể tập đi không có nạng. Do vận động sớm nên các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều không có biến chứng teo cơ, cứng khớp nhiều do phải bất động lâu. Vì vậy chúng tôi cho rằng đây là một ưu điểm lớn của phương pháp so với các phương pháp kết hợp xương khác như đinh nội tủy

Kuntscher, kết hợp xương bằng nẹp vít.

+ Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả điều trị 100% chỉnh hình hết di lệch hoặc còn di lệch ít, kết quả phục hồi chức năng cho kết quả tốt và rất đạt 98,6%.

+ Tuy nhiên phương pháp đóng đinh nội tủy bằng đinh SIGN có mở ổ gãy vẫn có một số nhược điểm như để lại sẹo mổ mặt trước xương chày, trong quá trình mở ổ gãy không bảo tồn được tối đa các thành phần tham gia vào quá trình liền xương, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ nhiều hơn. Mặc dù đây là một kỹ thuật không quá khó nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, có đầy đủ đủ trang thiết bị để thực hiện. Đinh SIGN là đinh đặc nên tính đàn hồi giảm, nếu không chọn kích cỡ đinh phù hợp nhiều khi vỡ toác xương khi đóng vào ống tủy.

V. KẾT LUẬN

- Kết quả liền xương theo thang điểm RUST: liền xương tốt 98,6%, trung bình 1,4%, không có trường hợp nào chậm liền, không liền.

- Kết quả liền xương sau 6 tháng phẫu thuật:

+ Điểm liền xương theo thang điểm RUST đạt kết quả tốt là 98,6%, trung bình là 1,4%, không có bệnh nhân cho kết quả kém

+ Trên lâm sàng, kết quả liền xương thẳng trục đạt 93,1%, liền xương lệch trục ít là 6,9%, không có bệnh nhân chậm liền và không liền.

- Kết quả phục hồi chức năng:

+ Vận động khớp gối và khớp cổ chân: Tỷ lệ vận động khớp gối và khớp cổ chân bình thường sau mổ là 94,4% và 91,7%. Hạn chế ít là 5,6% và 9,3%. Không có bệnh nhân nào cứng khớp sau mổ.

+ Tình trạng teo cơ cẳng chân: Tỷ lệ bệnh nhân không teo cơ chiếm 94,4%, teo cơ ít là

5,6%, không có bệnh nhân nào teo cơ nhiều.

+ Tình trạng ngắn chi: 93,1% bệnh nhân không ngắn chi, 5,6% (04BN) bệnh nhân ngắn chi < 1cm, chỉ có 1,4% (01BN) ngắn chi > 1cm.

- Kỹ thuật bắt vít chốt đầu dưới đơn thuần cho tỉ lệ rất tốt là 100%, kỹ thuật bắt vít chốt 2 đầu cho tỉ lệ rất tốt là 88,1%.

- Tổng hợp kết quả xa: 98,6% sau mổ cho kết quả tốt và rất tốt, chỉ có 1,4% bệnh nhân cho kết quả trung bình.

- Đóng đinh SIGN là kỹ thuật không quá khó, không cần trang bị nhiều thiết bị đắt tiền, tuy nhiên cho kết quả tốt. Kỹ thuật này phù hợp với các cơ sở y tế chưa có đầy đủ trang thiết bị chuyên dụng và tốt nhất cho chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Dũng (2002), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng nẹp vít, Luận văn thạc sỹ - trường đại học y Hà Nội tr 43-44.
2. Mosheiff R., Leung F. (2015), "Tibia, Diaphysis", Intramedullary Nailing: A Comprehensive Guide, pp. 347 - 374.
3. Jessisca.S.Fisher, J.Jacob Kazman, (2018) "Radiologic Evaluation of Fracture Healing", Skeletal Radiology, pp. 351-355.
4. Trần Xuân Sang (2012), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy tại bệnh viện 7B- Quận 7, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Học Viện Quân Y, tr65-71.
5. Nguyễn Việt Dũng và cộng sự (2017), Đánh giá kết quả kết xương chày bằng đinh nội tủy có chốt và kết xương mác bằng nẹp vít, điều trị gãy kín 1/3 dưới 2 xương cẳng chân, Tạp chí Y học Việt Nam, Số 1, tập 470, Tr 67-71.
6. Nguyễn Hải Dương (2018), Đánh giá kết quả điều trị gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt xương chày, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Học Viện Quân Y, tr46-80.

GÙ CỘT SỐNG NGỰC CAO BẨM SINH GÂY TỔN THƯƠNG TỦY: NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Đình Thế Hưng*, Vũ Văn Cường*,
Đỗ Mạnh Hùng*, Tạ Ngọc Hà*, Đình Ngọc Sơn*

TÓM TẮT

Gù cột sống bẩm sinh là một biến dạng không thường gặp do bệnh lý thân đốt sống ngay từ khi sinh

* Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đình Thế Hưng

Email: hungvllv@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

ra gây nên sự mất cân bằng theo chiều dọc của cột sống [1]. Gù cột sống cột sống ngực cao chỉ chiếm 3.6% trong tổng số gù cột sống bẩm sinh. Tuy nhiên trong quá trình theo dõi thấy rằng 50% bệnh nhân gù cột sống ngực cao bẩm sinh xuất hiện triệu chứng tổn thương tủy [1]. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp bệnh nhân 4 tuổi liệt 2 chân do gù cột sống T5 bẩm sinh tiến triển 4 tháng. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thân T5, ghép xương mác đồng loại, giải ép rộng rễ tủy sống, chỉnh gù, cố định cột sống lồng sau đơn thuần. Sau 1 tuần bệnh nhân bắt đầu có sự hồi phục