

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI KÈM THEO VỠ MẪU ĐỘNG LỚN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đình Toàn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Nam<sup>2</sup>, Nguyễn Xuân Thuỳ<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

Trật khớp vai là loại trật khớp phổ biến nhất trong các trường hợp trật khớp, chiếm khoảng 45% tổng số trật khớp [1]. Ngoài các trường hợp trật khớp vai đơn thuần thì các trường hợp trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn (củ lớn) khá thường gặp. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị bảo tồn trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang tiến cứu trên 55 bệnh nhân trật khớp vai kèm theo vỡ mấu động lớn, tuổi từ 26 đến 85 tuổi, được điều trị bảo tồn bằng kéo nắn, bó bột. Đánh giá kết quả theo thang điểm Constant sau tháo bột 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Sau 1 tháng, điểm Constant trung bình  $72,18 \pm 6,58$  điểm. Sau 3 tháng điểm Constant trung bình là  $80,4 \pm 5,98$  điểm, chức năng khớp vai cải thiện với mức đánh giá tốt và rất tốt đạt 94,6%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn đối với trật khớp vai kèm theo vỡ mấu động lớn ít lệch mang lại hiệu quả cao, chi phí thấp, tránh được các tai biến, biến chứng của phẫu thuật.

**Từ khóa:** Trật khớp vai, vỡ mấu động lớn, điều trị bảo tồn

## SUMMARY

### RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF SHOULDER DISLOCATION WITH RUPTURE OF THE GREATER TUBEROSITY AT VIET DUC HOSPITAL

Shoulder dislocations are the most common type of dislocation, accounting for approximately 45% of all dislocations [1]. In addition to cases of shoulder dislocation alone, cases of shoulder dislocation with rupture of the greater tuberosity (large tuberosity) are quite common. **Objective:** to evaluate the results of conservative treatment of shoulder dislocation with rupture of the greater tuberosity at Viet Duc Hospital. **Methods:** A prospective cross-sectional description of 55 patients with shoulder dislocation accompanied by rupture of the greater tuberosity, aged from 26 to 85 years, was treated conservatively by traction and cast. Rate the results on the Constant scale after 1 and 3 months of cast removal. **Results:** After 1 month, the average Constant score was  $72.18 \pm 6.58$  points. After 3 months, the average Constant score was  $80.4 \pm 5.98$  points, shoulder function improved with good and very good rating of 94.6%. **Conclusion:** Conservative

treatment of shoulder dislocation with rupture of the greater tuberosity with little deviation brings high efficiency, low cost, and avoids complications and complications of surgery.

**Keyword:** Shoulder dislocation, greater tuberosity rupture, conservative treatment

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp vai là loại trật khớp phổ biến nhất trong các trường hợp trật khớp, chiếm khoảng 45% tổng số trật khớp và thường gặp ở các bệnh nhân trong độ tuổi lao động [1]. Ngoài các trường hợp trật khớp vai đơn thuần thì các trường hợp trật khớp vai kèm gãy đầu trên xương cánh tay, đặc biệt là các trường hợp trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn (hay còn gọi là củ lớn) khá thường gặp [2]. Việc điều trị cho các bệnh nhân trật vai vỡ mấu động lớn bao gồm việc phục hồi tổn thương về giải phẫu gồm cả trật khớp và vỡ xương cũng như việc phục hồi chức năng khớp vai của bệnh nhân. Với mục tiêu phục hồi thương tổn trật khớp và vỡ mấu động lớn cho các bệnh nhân có thể áp dụng phương pháp phẫu thuật hoặc điều trị bảo tồn. Trong các trường hợp trật khớp vai tới sớm, chỉ định điều trị bảo tồn là tuyệt đối [3]. Tuy nhiên đối với các trường hợp trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn, việc điều trị phụ thuộc kết quả sau nắn trật khớp. Trong hầu hết các trường hợp trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn sau khi nắn trật khớp vai thì mấu động lớn cũng về được vị trí giải phẫu bình thường nên trong các trường hợp bệnh nhân có trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn thì chỉ định bảo tồn thường được ưu tiên [3]. Hiện tại đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị cho các bệnh nhân trật khớp vai cũng như gãy đầu trên xương cánh tay, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị bảo tồn cho trường hợp gãy xương, trật khớp này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bảo tồn trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân bị trật khớp vai có kèm vỡ mấu động lớn, được điều trị bảo tồn tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2019 đến năm 2021

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện HN Việt Đức,

<sup>3</sup>Bệnh viện Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:**  
 - Bệnh nhân trật khớp vai và gãy mấu động lớn (thuộc nhóm 6, có 2 mảnh theo Neer), được chẩn đoán dựa và lâm sàng và phim XQ khớp vai; có chỉ định điều trị bảo tồn bằng kéo nắn, bó bột.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu  
 • **Tiêu chuẩn loại trừ**  
 - Bệnh nhân đến muộn sau 3 tuần  
 - Bệnh nhân kèm theo gãy các xương khác vùng khớp vai

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.  
**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**  
 • Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu  
 • Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.  
 • Phương pháp tiến hành, thu thập và xử lý số liệu

- Thăm khám, lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn  
 - Vô cảm bằng gây mê tĩnh mạch  
 - Tiến hành nắn chỉnh trên bàn chỉnh hình, chụp XQ kiểm tra sau nắn  
 - Bó bột Dèault trong thời gian 3-4 tuần  
 - Tập phục hồi chức năng sau tháo bột theo một protocol thống nhất  
 - Đánh giá kết quả lâm sàng theo thang điểm CONSTANT, kết quả liên xương, vào khớp bằng XQ. Thời gian đánh giá: 1 tháng và 3 tháng sau tháo bột.

- Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Bệnh nhân được thông báo, giải thích về phương pháp điều trị bảo tồn. Nghiên cứu dựa trên nhóm bệnh nhân có chỉ định bảo tồn. Mọi thông tin về người bệnh đều được giữ kín.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tuổi, giới**

• **Tuổi**

**Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi**

Độ tuổi	0 -18 tuổi	18- 60 tuổi	> 60 tuổi	Tổng
Bệnh nhân	0	30	25	55
Tỉ lệ	0	54,5%	45,5%	100%

**Nhận xét:** Bệnh nhân ít tuổi nhất là 26 tuổi và cao tuổi nhất là 85 tuổi. Bệnh nhân trong nhóm tuổi trên 60 tuổi có 25 bệnh nhân, chiếm 45,5%.

• **Giới**

**Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính**

Giới tính	Nam	Nữ	Tổng
Bệnh nhân	25	30	55
Tỉ lệ	45,5%	54,5%	100%

**Nhận xét:** Số bệnh nhân nam là 25 bệnh nhân, số bệnh nhân nữ là 30 bệnh nhân, tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 55,5%.

**3.2. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi điều trị**

**Bảng 3.3: Phân bố theo thời gian sau tai nạn đến khi điều trị**

Thời gian	Trong 24 giờ	1-3 ngày	> 3 ngày	Tổng
Bệnh nhân	47	6	2	55
Tỉ lệ	85,5%	11%	3,5%	100%

**Nhận xét:** Thời gian sau chấn thương trong vòng 24 giờ có 47 bệnh nhân, chiếm 85,5% tổng số bệnh nhân.

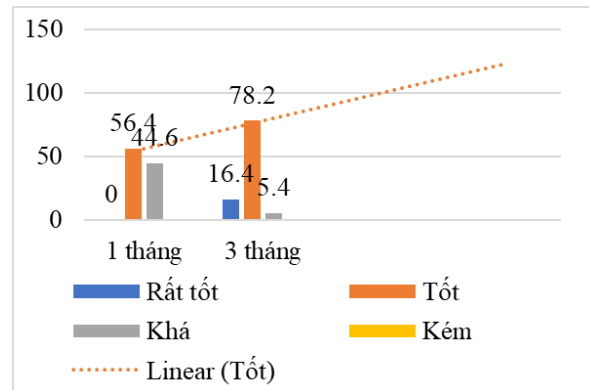
**3.3. Kết quả nắn chỉnh**

**Bảng 3.4: Kết quả nắn chỉnh**

Độ di lệch	< 2mm	2-5 mm	>5 mm	Vào khớp
Bệnh nhân	50	5	0	55
Tỉ lệ	91%	9%	0	100%

**Nhận xét:** Đa số trường hợp sau nắn, mấu động lớn chỉ còn di lệch dưới 2mm. 100% bệnh nhân được nắn vào khớp

**3.4. Chức năng khớp vai sau 1 tháng và 3 tháng**



**Biểu đồ 3.1: Chức năng khớp vai sau điều trị 1 tháng và 3 tháng**

**Nhận xét:** Sau điều trị, chức năng khớp vai có xu hướng cải thiện dần, tỷ lệ tốt tăng từ 56,4% tại thời điểm 1 tháng lên 78,2% tại thời điểm 3 tháng; rất tốt từ 0% (1 tháng) lên 16,4% (3 tháng).

**IV. BÀN LUẬN**

Bệnh nhân bị trật khớp vai kèm vỡ mấu động lớn (củ lớn) chiếm khoảng 20% tổng số bệnh nhân có trật khớp vai. Trường hợp bệnh nhân có trật khớp vai kèm vỡ củ lớn xương cánh tay, sau khi nắn trật khớp vai thì sự di lệch của củ lớn xương cánh tay có ý nghĩa quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng để quyết định xem bệnh nhân có thể điều trị bảo tồn được hay không hay cần phải phẫu thuật để cố định mảnh xương gãy. Trong nghiên cứu này với 55 bệnh nhân, sau khi nắn

trật khớp vai, cổ định, chụp lại kiểm tra và đo đạc trên hệ thống phần mềm của chẩn đoán hình ảnh cho thấy có 50 bệnh nhân có mức di lệch dưới 2mm (chiếm 91%), có 5 bệnh nhân có mức di lệch lớn hơn 2mm, nhưng tất cả đều dưới 5mm. Mức độ di lệch của củ lớn xương cánh tay sau nắn chỉnh khớp vai nhỏ đã tạo điều kiện để xương liền lại, phục hồi chức năng khớp vai để kết quả điều trị bảo tồn đạt kết quả cao. Trong nghiên cứu của Mattyasovszky và cộng sự, ông phân chia sự di lệch của mảnh vỡ theo 3 mức:  $\leq 5\text{mm}$  được coi là di lệch ít từ 6-10mm là di lệch trung bình và lớn hơn 10mm là di lệch nhiều. Kết quả cho thấy có 17 bệnh nhân gãy lệch ít, 8 bệnh nhân di lệch vừa và 5 bệnh nhân di lệch xa. Cũng theo sự phân chia này, các bệnh nhân có mức di lệch của mảnh vỡ từ ít tới trung bình thì nên được điều trị bảo tồn sẽ cho kết quả tốt hơn. Trong nghiên cứu của Mattyasovszky và cộng sự có 17 bệnh nhân có vỡ củ lớn xương cánh tay không di lệch hoặc di lệch ít thì 14 bệnh nhân được điều trị bảo tồn cho kết quả từ tốt đến rất tốt, 3 bệnh nhân phẫu thuật thì 1 bệnh nhân cho kết quả rất tốt, 2 bệnh nhân còn lại cho kết quả kém. Nhóm bệnh nhân có mức di lệch mảnh vỡ mức độ vừa (từ 6-10mm) có 8 bệnh nhân thì 4 bệnh nhân được điều trị bảo tồn, 4 bệnh nhân được phẫu thuật cho kết quả tương tự nhau. Đối với nhóm bệnh nhân có di lệch lớn của Mattyasovszky và cộng sự có 5 bệnh nhân đều

phải phẫu thuật điều trị thì 4 bệnh nhân cho kết quả tốt, 1 bệnh nhân điều trị phẫu thuật với 3 vis có dấu hiệu hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai (điểm DASH đạt 57 điểm và Constant đạt 41 điểm)[6]. Theo nghiên cứu tổng hợp của Annti P. Launonen và cộng sự [5] tổng hợp với 2 nhà nghiên cứu độc lập với 777 tóm tắt, 9 xuất bản với 409 bệnh nhân cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phẫu thuật và nhóm không phẫu thuật về điểm chất lượng cuộc sống, điểm về mức độ đau, hay khuyết tật ở các bệnh nhân gãy 2-3 mảnh. Theo TS Park và cộng sự [6] nghiên cứu trên 14 bệnh nhân thấy rằng các bệnh nhân vỡ củ lớn dưới 5mm điều trị bảo tồn sẽ cho kết quả tốt hơn, chỉ định mổ thường được đặt ra khi di lệch hơn 5mm ở người bình thường hoặc hơn 3mm ở các trường hợp đặc biệt như vận động viên hay lao động nặng

Tại thời điểm đánh giá 3 tháng sau điều trị, thời gian các bệnh nhân tập luyện dài hơn, sự phục hồi cũng tốt hơn. Kết quả cho thấy điểm số Constant[7] đạt trung bình  $80,4 \pm 5,98$  điểm. Mattyasovszky và cộng sự[4] ông chia bệnh nhân làm 3 nhóm theo các mức di lệch: Nhóm di lệch  $< 5\text{mm}$  có điểm số Constant trung bình  $71 \pm 18$  ( $n=17$ ), nhóm bệnh nhân có di lệch 6-10mm có điểm số trung bình  $72 \pm 16$  ( $n=8$ ), nhóm bệnh nhân có di lệch  $> 10\text{mm}$  có điểm số trung bình  $69 \pm 17$  điểm ( $n=6$ ).

**Bảng 4.1 So sánh điểm số Constant của nghiên cứu theo mức di lệch**

Nghiên cứu	Chúng tôi (n=55)		Mattyasovszky và cộng sự (n=78)	
	Di lệch $< 5\text{mm}$	Di lệch $> 5\text{mm}$	Di lệch $< 5\text{mm}$	Di lệch $> 5\text{mm}$
Điểm Constant	$80,4 \pm 5,98$		$71 \pm 18$	$69 \pm 17$
Khoảng điểm	68-92		62-80	59-85

Các bệnh nhân sau quá trình điều trị chụp phim kiểm tra thấy 100% bệnh nhân đều đạt liền xương. Sau quá trình điều trị không có bệnh nhân nào có tình trạng trật khớp vai tái diễn. Trong nghiên cứu của Florian Dussing và cộng sự đã báo cáo 3 trường hợp (5,5%) trong tổng số 53 bệnh nhân vỡ củ lớn xương cánh tay bị trật khớp vai tái diễn sau điều trị. Cũng trong nghiên cứu đó ông đã báo cáo 5 trường hợp cần mổ lại trong số 18 trường hợp đã phẫu thuật cố định mảnh vỡ củ lớn xương cánh tay.

Trong hầu hết các trường hợp sau khi nắn trật khớp vai, mảnh vỡ mẫu động lớn cũng về vị trí giải phẫu, các bệnh nhân sau khi nắn trật được chụp lại phim kiểm tra, dựa vào mức độ di lệch của mảnh vỡ sẽ quyết định điều trị bảo tồn hay mổ cố định xương. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân sau khi nắn trật có mức độ di lệch

mảnh vỡ đều dưới 5mm nên chỉ định điều trị bảo tồn được thực hiện và cho kết quả khá tốt. Trong nghiên cứu của Mattyasovszky và cộng sự năm 2011[4], Park và cộng sự năm 1997 [6], Gaebler và cộng sự năm 2003 [8], Platzer và cộng sự năm 2005 [9] cũng đồng ý quan điểm các trường hợp vỡ mẫu động lớn nhỏ hơn 5mm điều trị bảo tồn sẽ cho kết quả tốt hơn so với phẫu thuật. Mặc dù phẫu thuật đã có nhiều bước tiến phát triển mạnh mẽ từ phẫu thuật mở, găm kim, bắt vis, néo ép mảnh vỡ tới nắn chỉnh, bắt vis dưới màn huỳnh quang tăng sáng tới các phẫu thuật nội soi cố định mảnh vỡ bằng các vis neo chặn, tuy nhiên sự khác biệt kết quả giữa 2 nhóm điều trị bảo tồn và phẫu thuật chưa thể hiện được sự ưu việt vượt trội của các phẫu thuật này. Trong nghiên cứu của Mattyasovszky và cộng sự, ông thấy rằng trong nhóm các bệnh

nhân di lệch mảnh vỡ ít (<5mm) và di lệch trung bình (6-10mm) thì kết quả giữa nhóm phẫu thuật và nhóm không phẫu thuật là tương đồng nhau. Còn đối với nhóm bệnh nhân di lệch nhiều (>10mm) thì các phẫu thuật tỏ ra ưu thế hơn điều trị. Cũng trong nghiên cứu đó đã báo cáo 7 trường hợp bệnh nhân bị viêm khớp vai thể đông cứng thì có 3 bệnh nhân được điều trị bảo tồn, 4 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật. Trong các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra với các trường hợp mức độ di lệch mảnh xương vỡ từ 3-5mm thì các phẫu thuật không làm giảm độ di lệch [6].

## V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá, tổng kết trên 55 bệnh nhân trật khớp vai kèm theo vỡ mẫu động lớn di lệch < 5mm, được điều trị bằng gậy mê, kéo nắn, bó bột, kết quả sau 1 tháng, điểm Constant trung bình  $72,18 \pm 6,58$  điểm. Sau 3 tháng điểm Constant đạt được  $80,4 \pm 5,98$  điểm, chức năng khớp vai cải thiện với mức đánh giá tốt và rất tốt đạt 94,6%. Điều trị bảo tồn đối với trật khớp vai kèm theo vỡ mẫu động lớn ít lệch mang lại hiệu quả cao, chi phí thấp, tránh được các tai biến, biến chứng của phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 **Đỗ Văn Minh, Trần Trung Dũng, Ngô Văn Toàn (2014)** Điều trị mất vững khớp vai tái diễn ra trước bằng phẫu thuật Latarjet - Bristow tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí y học Việt Nam số 2/2014: 69-72.

- 2 **Nguyễn Minh Dương, Nguyễn Xuân Thùy (2016)** Kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp vis khóa tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
- 3 **F Khami 1, A Gérometta 2, P Loriaut (2015)** Management of Recent First-Time Anterior Shoulder Dislocations. Orthop Traumatol Surg Res. 2015 Feb;101(1 Suppl):S51-7.
- 4 **Mattysosvsky SG, Burkhart KJ, Ahlers C, et al.** Isolated fractures of the greater tuberosity of the proximal humerus: a long-term retrospective study of 30 patients. Acta Orthop. 2011; 82(6):714-720.
- 5 **Antti P Launonen 1, Vesa Lepola, Tapio Flinkkilä, Minna Laitinen, Mika Paavola, Antti Malmivaara (2015)** Treatment of proximal humerus fractures in the elderly: a systemic review of 409 patients. Acta Orthop. 2015 Jun;86(3):280-5.
- 6 **Park TS, Choi IY, Kim YH, Park MR, Shon JH, Kim SI.(1997)** A new suggestion for the treatment of minimally displaced fractures of the greater tuberosity of the proximal humerus. Bull Hosp Jt Dis. 1997;56:171-6.
- 7 **C R Constant, A H Murley (1987)** A clinical method of functional assessment of the shoulder. Clin Orthop Relat Res.1987 Jan;(214):160-4.
- 8 **Gaebler C, McQueen MM, Court-Brown CM.(2003)** Minimally displaced proximal humeral fractures: epidemiology and outcome in 507 cases. Acta Orthop Scand. 2003;74:580-5.
- 9 **Patrick Platzer 1, Gerhild Thalhammer, Gerhard Oberleitner, Florian Kutsch-Lissberg, Thomas Wieland, Vilmos Vecsei, Christian Gaebler (2008)** Displaced fractures of the greater tuberosity: a comparison of operative and nonoperative treatment. J Trauma 2008 Oct;65(4):843-8.

## ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG VỚI PHẢN ỨNG TRẦM CẢM KÉO DÀI

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả điều trị rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 32 người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia, bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán chính xác rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài (F43.21) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10. Kết quả cho thấy phần lớn người bệnh rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài gặp ở độ

**Dương Minh Tâm<sup>1,2</sup>, Trần Nguyễn Ngọc<sup>1,2</sup>**

tuổi từ 20 – 29 và 30 – 39 (28,1% và 25%). Tuổi trung bình của nhóm người bệnh này là  $30,9 \pm 13,4$ . Trong nhóm thuốc chống trầm cảm, Zoloft được sử dụng nhiều nhất ở 20 người bệnh với liều khởi đầu trung bình là  $70,0 \pm 43,4$  mg/ngày và liều cao nhất là  $87,5 \pm 48,3$  mg/ngày. Tiếp đó là Amitriptylin được sử dụng với 19 người bệnh, liều khởi đầu trung bình là  $59,2 \pm 23,9$  mg/ngày; liều cao nhất trung bình là  $69,7 \pm 15,8$  mg/ngày. Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất của nhóm thuốc chống trầm cảm với liều như ở trên là nhìn mờ và hạ huyết áp tư thế cùng tỷ lệ là 59,4%.

**Từ khoá:** rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm kéo dài; điều trị.

### SUMMARY

#### TREATMENT OF ADJUSTMENT DISORDER WITH PROLONGED DEPRESSIVE REACTION

The study was conducted with the objective of

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc

Email: trannguyennhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022