

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Đức Tú¹, Nguyễn Mạnh Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu trên 48 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 50,79±16,26. Loại gãy Neer III chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,2%. Kết quả nắn chỉnh sau mổ hết di lệch chiếm tỷ lệ cao với 62,5%. Góc cổ thân xương cánh tay sau mổ đạt kết quả tốt chiếm 95,8%. Tỷ lệ bệnh nhân không đau sau mổ chiếm 81,3%. 60,4% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai sau mổ đạt kết quả tốt. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả chung tốt chiếm 58,3%. **Từ khóa:** Gãy đầu trên xương cánh tay, nẹp vít khóa, kết hợp xương.

SUMMARY

OUTCOMES OF LOCKING PLATE OSTEOSYNTHESIS FOR CLOSED PROXIMAL HUMERUS FRACTURE

Objectives: To describe the clinical characteristics, X-ray images and results of treatment of proximal humerus fractures by the method of combining the locking plate at Viet Duc Hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective and prospective cross-sectional descriptive study on 48 patients between January 2021 and June 2023. **Result:** Mean age of study patients is 50.79±16.26. Neer III fracture type accounted for the highest rate with 54.2%. The results of post-surgery correction without displacement accounted for a high rate with 62.5%. The humerus neck angle after surgery achieved good results, accounting for 95.8%. The rate of patients without pain after surgery accounted for 81.3%. 60.4% of patients had good postoperative shoulder range of motion. The percentage of patients with good overall results accounted for 58.3%.

Keywords: Proximal humerus fracture, locking plate, osteosynthesis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay bao gồm gãy cổ giải phẫu, mẫu động lớn, mẫu động bé và gãy cổ phẫu thuật của xương cánh tay. Loại gãy này

chiếm khoảng từ 30 đến 40% các gãy xương cánh tay và là gãy xương thường gặp đứng thứ ba ở người trên 65 tuổi sau gãy đầu trên xương đùi và đầu dưới xương quay. Khoảng 75% trường hợp có thể điều trị bảo tồn chủ yếu là gãy ít di lệch và gãy vững, 25% còn lại là gãy phức tạp, gãy phạm khớp, gãy mất vững cần phẫu thuật nắn chỉnh kết hợp xương. Hiện nay có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị gãy đầu trên xương cánh tay: kết hợp xương bằng nẹp vít, xuyên đinh kirschner, phẫu thuật thay khớp vai bán phần.... Mỗi kỹ thuật đều có ưu nhược điểm khác nhau và được ứng dụng cho từng bệnh nhân trên lâm sàng. Tuy nhiên phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít vẫn là phương pháp phổ biến và đem lại hiệu quả tốt. Nẹp khóa ra đời từ đầu những năm 90 và cho đến nay vẫn đang là một trong những phương tiện kết hợp xương được sử dụng rộng rãi nhất. Nhằm tổng kết, đánh giá kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp vít khóa từ năm 2021-2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh x-quang và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Khoa Phẫu thuật chi trên và y học thể thao, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Được chẩn đoán gãy đầu trên xương cánh tay phân loại theo Neer độ III, IV, V.
- Được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít khóa.
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án, địa chỉ, số điện thoại.
- Có phim x-quang, cắt lớp vi tính trước mổ, phim x-quang theo dõi sau mổ.
- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thời gian tối thiểu theo dõi sau phẫu thuật là 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân được chẩn đoán là gãy đầu trên xương cánh tay được

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Tú

Email: phamductu93@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023

điều trị bảo tồn hay phẫu thuật bằng các phương pháp khác.

- Bệnh nhân gãy xương bệnh lý.
- Bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp.
- Bệnh nhân không liên lạc được hay không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023

Địa điểm nghiên cứu. Khoa phẫu thuật chi trên và Y học thể thao Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân có gãy đầu trên xương cánh tay phân loại gãy theo Neer C.S 2002 gãy loại III, IV, V được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Khoa phẫu thuật chi trên và y học thể thao Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Quy trình nghiên cứu. Lựa chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Khai thác thông tin trước và trong mổ, sau mổ:

- Với bệnh nhân tiến cứu, khai thác thông tin trực tiếp từ bệnh nhân và người nhà theo bệnh án nghiên cứu. Thăm khám lâm sàng toàn thân và tại chỗ phát hiện các tổn thương kết hợp. Phân loại gãy đầu trên xương cánh tay theo Neer. Tham gia phẫu thuật. Bệnh nhân tư thế nằm ngửa có đệm miếng đệm dưới vai. Phương pháp vô cảm: tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc mê nội khí quản. Các bước phẫu thuật: rạch da theo đường delta ngực và bộc lộ ổ gãy, đánh giá ổ gãy và nắn chỉnh về giải phẫu, đặt nẹp vít và bắt vít dưới hướng dẫn của C-arm, đóng vết mổ. Theo dõi hậu phẫu tại viện.

- Với bệnh nhân hồi cứu lấy lại hồ sơ bệnh án hồi cứu các thông tin về người bệnh trước mổ, trong mổ và sau mổ theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu.

Gọi bệnh nhân đến khám lại sau mổ, kiểm tra lâm sàng và x-quang tại thời điểm theo dõi.

Khám lâm sàng gồm có đánh giá sọ mổ, đánh giá phục hồi chức năng khớp vai theo thang điểm của Neer.

Đánh giá x-quang gồm có chụp x-quang cánh tay thẳng và nghiêng tiêu chuẩn, đánh giá góc cổ thân xương cánh tay theo Paavolainen (giá trị bình thường 130°-135°), mức độ di lệch trên x-quang, liền xương trên x-quang, khôi phục hình thể giải phẫu theo thang điểm Neer.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập, xử lý, phân tích bằng phần mềm

SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê y học: tính giá trị trung bình, tính tỷ lệ %, tính trung bình, độ lệch chuẩn, min, max,...

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc của nghiên cứu y học. Toàn bộ thông tin của người bệnh đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh x-quang. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 50,79±16,26. Độ tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 78. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61-70 tuổi với tỷ lệ 22,9%. Giới tính chủ yếu là nam với tỷ lệ 60,4%. Nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 60,4%, tai nạn sinh hoạt chiếm 31,3%, tai nạn lao động chiếm 8,3%. Cơ chế chấn thương chủ yếu là do cơ chế trực tiếp với 83,3%, cơ chế gián tiếp chiếm 16,4%. Phân loại gãy xương theo Neer loại III chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,2%, Neer IV chiếm 35,4%, Neer V tỷ lệ 10,4%.

Góc chỏm thân xương cánh tay trước mổ chủ yếu là từ 100° đến 120° với tỷ lệ 45,8%, trên 120° chiếm 33,3%, dưới 100° chiếm 20,8%

3.2. Đánh giá kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu trên 48 bệnh nhân với thời gian theo dõi tối thiểu sau mổ là 6 tháng.

Tỷ lệ liền vết mổ thì đầu là 100%. Kết quả nắn chỉnh hết di lệch chiếm tỷ lệ 62,5%, di lệch ít dưới 1cm chiếm 37,5%, không có trường hợp nào di lệch nhiều trên 1cm. Góc cổ thân sau mổ chủ yếu là tốt (trên 120°) với tỷ lệ 95,8%, góc cổ thân mức độ khá (100°-120°) chiếm 4,2%, không có trường hợp nào góc cổ thân dưới 100°. Có 87,5% bệnh nhân có vị trí đặt nẹp vít đúng, có 12,5% bệnh nhân có vị trí đặt nẹp cao. Tỷ lệ bệnh nhân liền xương sau mổ là 100%, không có trường hợp nào khớp giả hay hoại tử chỏm. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm của Neer, có 81,3% bệnh nhân không đau sau mổ, 18,8% bệnh nhân đau nhẹ đau không thường xuyên sau mổ, không có bệnh nhân nào đau vừa và đau nhiều sau mổ.

Bảng 1: Biên độ vận động khớp vai sau mổ theo thang điểm của Neer

Vận động khớp vai	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt: 20 – 25 điểm	29	60,4
Khá: 15 – 19 điểm	17	35,4
Trung bình: 10 – 14 điểm	2	4,2
Kém: dưới 10 điểm	0	0
Tổng	48	100%

Đánh giá theo thang điểm của Neer có 60,4% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai sau

mổ đạt kết quả tốt, 35,4% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai khá, 4,2% đạt kết quả trung bình và không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

Bảng 2: Đánh giá kết quả chung theo thang điểm của Neer

Kết quả chung	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt: 90 - 100 điểm	28	58,3
Khá: 80 - 89 điểm	18	37,5

Trung bình: 70 - 79 điểm	2	4,2
Kém: dưới 70 điểm	0	0
Tổng	48	100

Đánh giá kết quả chung về phục hồi chức năng theo thang điểm của Neer, đa số bệnh nhân đạt kết quả chung tốt với tỷ lệ 58,3%. Bệnh nhân đạt kết quả khá chiếm 37,5% và kết quả trung bình chiếm 4,2%. Không có bệnh nhân đạt kết quả kém.



Hình 1: Ca lâm sàng bệnh nhân nam, 51 tuổi gãy đầu trên xương cánh tay trái Neer III, được mổ kết hợp xương bằng xương sống vít khóa. Các phim x-quang trước mổ, sau mổ và sau mổ 3 tháng

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $50,79 \pm 16,26$ tuổi. Độ tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 78. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61-70 tuổi với tỷ lệ 22,9%. Giới tính chủ yếu là nam với tỷ lệ 60,4%. Nguyên nhân gãy xương hay gặp nhất là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 60,4%, tai nạn sinh hoạt chiếm 31,3%. So sánh với các nghiên cứu khác như của Phạm Anh Tuấn (2020) nam chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5% và tuổi trung bình là $44,2 \pm 16,8$ tuổi. Nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 67,5%. Trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) thì nam chiếm 51,5% còn nữ chiếm 48,5% với tuổi trung bình là $59,68 \pm 18,51$. Nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 67,5%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn và Nguyễn Đức Vương. Kết quả trên cho thấy gãy xương cánh tay phần lớn là gặp ở nam giới nhiều hơn và trên 60 tuổi thì tỷ lệ đó càng tăng lên nhiều có thể là yếu tố nguy cơ loãng xương hay gặp người trên 60 tuổi với một lực tác động nhẹ cũng có thể dẫn đến tình trạng gãy xương và nam giới là đối tượng thường xuyên điều khiển phương tiện giao thông nên nguy cơ gãy xương khi gặp tai nạn cao hơn nữ giới.

Về phân loại gãy xương theo Neer, loại III chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,2%, loại IV chiếm 35,4%, loại V chiếm tỷ lệ 10,4%. So sánh với kết

quả nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn (2020), Neer III chiếm 60%, Neer IV chiếm 35% và Neer V chiếm 5%. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) Neer I chiếm tỷ lệ 4,95%, Neer II chiếm 0,99%, Neer III chiếm 36,64%, Neer IV chiếm 46,54%, Neer V chiếm 5,93% và Neer VI chiếm 4,95%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Phạm Anh Tuấn và có sự khác biệt với Nguyễn Đức Vương. Sự khác biệt này do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân của chúng tôi là nhóm bệnh nhân Neer III, Neer IV, Neer V.

Kết quả nắn chỉnh hết di lệch chiếm tỷ lệ 62,5%, di lệch ít chiếm 37,5%, không có trường hợp nào còn di lệch nhiều trên 1cm. Trong số 18 bệnh nhân nắn chỉnh còn di lệch ít tập trung chủ yếu ở những bệnh nhân nhóm Neer IV với 9 bệnh nhân và Neer V với 4 bệnh nhân. Đây là những trường hợp gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay kèm theo gãy mấu động lớn hoặc mấu động bé xương cánh tay. Ổ gãy thường gồm 3 hoặc 4 mảnh, các mảnh gãy bị nhóm cơ chóp xoay kéo nên nắn chỉnh gặp khó khăn. Góc cổ thân xương cánh tay sau mổ chủ yếu là tốt (trên 120°) với tỷ lệ 95,8%, góc cổ thân mức độ khá (100° - 120°) chiếm 4,2%, không có trường hợp nào góc cổ thân dưới 100° . Có 2 bệnh nhân có góc chỏm thân sau mổ đạt mức độ khá, 2 bệnh nhân này thuộc nhóm gãy Neer V và đều là những bệnh nhân trên 70 tuổi. Đây là những trường hợp gãy phức tạp với 4 mảnh kèm theo

bệnh nhân cao tuổi loãng xương nên việc khôi phục góc cổ thân gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi nhận thấy việc sử dụng C-arm là rất cần thiết để có kết quả nắn chỉnh tốt và khôi phục góc cổ thân tốt. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) kết quả nắn chỉnh hết di lệch đạt 83,3%, di lệch ít đạt 16,7%, góc cổ thân xương cánh tay trung bình sau mổ đạt kết quả tốt với $126,17^{\circ} \pm 7,68^{\circ} (110^{\circ} - 140^{\circ})$.

Về vị trí đặt nẹp vít, có 87,5% bệnh nhân có vị trí đặt nẹp đúng, 12,5% bệnh nhân có vị trí đặt nẹp cao (cách mẫu động lớn dưới 5mm). Theo AO, đầu trên của nẹp đặt cách đỉnh của mẫu động lớn 5-8mm, bờ trước của nẹp cách rãnh nhị đầu 2-4 mm. Nẹp đặt cao sẽ làm hạn chế động tác dạng vai, nẹp đặt ra trước sẽ làm hạn chế động tác đưa tay ra trước vì nẹp bị kích vào thành trên của ổ chảo xương bả vai. Trong 6 bệnh nhân có vị trí đặt nẹp cao có 5 bệnh nhân có gãy mẫu động lớn. Việc gãy mẫu động lớn thường gây khó khăn cho việc xác định vị trí đặt nẹp. Trong những trường hợp này sử dụng C-arm là rất cần thiết để xác định vị trí đặt nẹp chính xác. So sánh với kết quả nghiên cứu của Đặng Nhật Anh (2018) nghiên cứu 51 BN có 13,73% nẹp đặt cao, 1,96% nẹp đặt ra trước.

Về tình trạng đau sau phẫu thuật đánh giá theo thang điểm của Neer: 81,3% bệnh nhân không đau sau mổ, 18% bệnh nhân đau nhẹ đau không thường xuyên sau mổ, không ảnh hưởng đến sinh hoạt. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Đức Vương (2021) với kết quả bệnh nhân không đau chiếm 79,5%, đau nhẹ chiếm 18,2%, đau vừa chiếm 2,3%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy theo thang điểm của Neer có 60,4% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai sau mổ đạt kết quả tốt, 35,4% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai khá, 4,2% đạt kết quả trung bình và không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Có 2 bệnh nhân có tầm vận động đạt kết quả trung bình đều là những bệnh nhân trên 70 tuổi, tự tập phục hồi chức năng tại nhà nên kết quả còn hạn chế. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Đặng Nhật Anh (2018) về phục hồi biên độ vận động khớp vai với tỉ lệ tốt 70%, khá 25%, trung bình 5%. Kết quả nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn (2020) 60,6% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai đạt kết quả tốt, 33,3% đạt kết quả khá, 6,1% đạt kết quả trung bình.

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp vai theo thang điểm của Neer, có 58,3% bệnh nhân đạt kết quả chung tốt, bệnh nhân đạt kết quả khá chiếm 37,5% và kết quả trung bình

chiếm 4,2%. Có 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình đều là những bệnh nhân cao tuổi, nhu cầu vận động khớp vai không cao, bệnh nhân tự tập phục hồi chức năng tại nhà nên kết quả còn hạn chế. Không có bệnh nhân đạt kết quả kém. Theo Kiran Kumar, Gaurav Sharma, Vijay Sharma (2014) nghiên cứu trên 48 bệnh nhân, kết quả tốt chiếm 52,08%, khá 27,08%, trung bình chiếm 20,82%, kém chiếm 10,42%. Kumar Anshuman, Gourishankar Patnaik (2018) nghiên cứu trên 30 bệnh nhân kết quả tốt chiếm 60%, khá chiếm 33,33%, trung bình chiếm 6,67%, không có kết quả kém. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương 59% bệnh nhân có kết quả chung tốt, khá chiếm 36,4%, trung bình chiếm 2,3%, kém chiếm 2,3%.

Nghiên cứu của Walsh S (2007) cho thấy biến chứng tụt vít, bong nẹp của nẹp vít kinh điển gặp nhiều hơn nẹp khoá rất nhiều. Tác giả chỉ ra những ưu điểm của kết xương nẹp khoá là có thể mổ với đường mổ nhỏ, người bệnh có thể vận động sớm, tỷ lệ biến chứng ít, nẹp khoá duy trì cố định vững góc chỏm thân xương, nâng đỡ được mảnh gãy lún, đặc biệt cố định vững trong các trường hợp gãy ba và và bốn phần. Tác giả đã kết luận nẹp khoá là phương tiện tối ưu để kết xương cho gãy đầu trên xương cánh tay, nhất là trường hợp ở người cao tuổi có thừa loãng xương. Tình trạng thừa loãng xương ở người cao tuổi nếu kết xương đơn giản bằng chùm đinh Kirschner hay kết xương nẹp vít kinh điển thì không thể cố định ổ gãy vững chắc, dễ bị di lệch thứ phát và rất khó để tập vận động sớm.

Nẹp khoá là phương tiện kết xương duy trì được sự cố định ổ gãy vững chắc, vừa đảm bảo cho xương được cung cấp máu đầy đủ, tránh được di lệch thứ phát và cho phép người bệnh tập vận động sớm. Khi kết xương bằng nẹp khoá, không cần phải ép nẹp vào sát bề mặt xương để tăng lực ma sát như khi kết hợp xương bằng nẹp vít kinh điển nên tránh gây tổn thương lớp màng xương, tránh được nguy cơ tiêu xương dưới nẹp.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $50,79 \pm 16,26$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61-70 tuổi với tỷ lệ 22,9%. Nguyên nhân gãy xương hay gặp nhất là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 60,4%. Loại gãy Neer III chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,2%. Kết quả nắn chỉnh sau mổ hết di lệch chiếm tỷ lệ cao với 62,5%. Góc cổ thân xương cánh tay sau mổ đạt kết quả tốt chiếm 95,8%. Đa số bệnh nhân không đau sau

mở với tỷ lệ 81,3%. 60,4% bệnh nhân có tầm vận động khớp vai sau mổ đạt kết quả tốt. Phẫu thuật kết hợp xương đầu trên xương cánh tay là một phương pháp điều trị tốt với 58,3% bệnh nhân cho kết quả chung tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nhật Anh**, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Luận văn thạc sĩ y học, 2018.
2. **Nguyễn Đức Vương**, Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện quân y, 2021.
3. **Phạm Anh Tuấn**, Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Thái Nguyên, 2020.

4. **Kiran Kumar, Sharma Gaurav, Sharma Vijay, Jain Vaibhav, Farooque Kamran, and Morey Vivek**, Surgical treatment of proximal humerus fractures using PHILOS plate, J Chinese journal of traumatology, 2014, 17(5): p. 279-28.
5. **Kumar Anshuman and Patnaik Gourishankar**, A comparative study of closed reduction and fixation with percutaneous k-wires versus open reduction and internal fixation with philos plate for proximal humerus fractures in the elderly, J International Journal of Orthopaedics, 2018, 4(3): p.398-407.
6. **Walsh. S, Reindl. R, Harvey E, et al**, Biomechanical comparison of a unique locking plate versus a standard plate for internal fixation of proximal humerus fractures in a cadaveric model, Clinical biomechanics (Bristol, Avon), 2007, 21: 1027-31.

KHẢO SÁT ĐỘ DÀY NIÊM MẠC KHẨU CÁI CỨNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Nguyễn Thị Thảo Vân¹, Võ Huỳnh Trang², Lê Nguyên Lâm²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Niêm mạc khẩu cái cứng là vùng thường được sử dụng để lấy mảnh ghép mô liên kết. Độ dày mảnh ghép mô liên kết thu thập được có vai trò quan trọng quyết định khả năng tồn tại của mảnh ghép, cách thức lành thương và kết quả lâm sàng của các phẫu thuật nướu - niêm mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên các bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 5/2022 đến tháng 9/2022. **Mục tiêu:** Xác định độ dày niêm mạc khẩu cái cứng của người trưởng thành bằng CT Cone Beam tại các răng 3, 4, 5, 6, 7 với các vị trí cách đường viền nướu 2mm, 5mm, 8mm. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy độ dày trung bình niêm mạc khẩu cái cứng tại vị trí răng 3 ($3,25 \pm 0,57$), răng 4 ($3,37 \pm 0,68$), răng 5 ($3,21 \pm 0,88$) cao hơn vị trí răng 6 ($2,88 \pm 0,58$) và vị trí răng 7 ($2,92 \pm 0,84$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Bên cạnh đó, độ dày niêm mạc khẩu cái lớn nhất tại vị trí 8mm răng 3 ($3,85 \pm 0,64$). Độ dày niêm mạc khẩu cái nhỏ nhất tại vị trí 5mm răng 7 ($2,40 \pm 0,782$). Các vị trí có độ dày niêm mạc khẩu cái lớn hơn 3mm là vị trí 5mm, 8mm của R3; vị trí 8mm của răng 4; vị trí 5mm, 8mm của răng 5; vị trí 8mm của răng 6, 7. **Kết luận:** Chụp cắt lớp điện toán

chùm tia hình nón có thể được sử dụng như là một phương tiện không xâm lấn để xác định chính xác và đồng nhất độ dày niêm mạc khẩu cái cứng với sự trợ giúp của máy chụp phim. Vùng thích hợp nhất để lấy mảnh ghép mô liên kết là vùng răng 3, răng 4, răng 5.

Từ khóa: Niêm mạc khẩu cái, CBCT, Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh.

SUMMARY

SURVEY ON THE MUCOSA HARD PALATE OF THE PATIENTS TREATMENT AT HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY HO CHI MINH CITY IN 2023

Background: The mucosa hard palatine is the commonly used area for grafting of connective tissue. The thickness of the collected connective tissue graft has an important role in determining the viability of the graft, the healing method and the clinical outcome of the gingival-mucosal surgery. **Materials and Methods:** a descriptive cross-sectional study was conducted on patients treated at the Ho Chi Minh City Odonto-Stomatology Hospital, from May 2022 to September 2022. **Objectives:** Determine the thickness of the adult hard palate by CT Cone Beam at teeth 3,4,5,6,7 with positions 2mm, 5mm, 8mm away from the gum line. **Results:** The study showed that the average thickness of the hard palate mucosa at tooth 3 (3.25 ± 0.57), tooth 4 (3.37 ± 0.68), tooth 5 (3.21 ± 0.88) is higher than tooth position 6 (2.88 ± 0.58) and tooth position 7 (2.92 ± 0.84), the difference is statistically significant ($p=0.001$). Besides, the thickness of the palatal mucosa is greatest at the position of 8mm tooth 3 (3.85 ± 0.64).

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023