

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị UNĐNMX là phương pháp điều trị hiệu quả, được khuyến nghị rộng rãi cho tất cả các giai đoạn tổn thương u, với tỉ lệ biến chứng và tái phát thấp, thời gian theo dõi tái phát được khuyến cáo tối thiểu là 5 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lawson W, Ho BT, Shaari CM and Biller HF:** Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope* 105: 228-288,1995.
2. **Hyams VJ:** Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses: a clinicopathological study of

- 315 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 80: 192-206,1971.
3. **Krouse JH.** Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope*. 2000; 110 (6): 965-968. doi: 10.1097/00005537-200006000-00015.
4. **Goudakos JK, Blioskas S, Nikolaou A, Vlachtsis K, Karkos P, Markou KD.** Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: systematic review and meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy*. 2018;32(3):167-74.
5. **Busquets JM, Hwang PH.** Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006; 134(3): 476482.doi:10.1016/j.otohns.2005.11.038

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH GỠ MẮT CÁ SAU

Hoàng Đức Thái¹, Nguyễn Ngọc Thành², Tống Đức Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính gấu mắt cá sau. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 29 bệnh nhân gãy kín mắt cá sau (MCS) được điều trị bằng nẹp vít tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 2019-2021. **Kết quả:** Loại C theo phân loại Bartonicek chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 37,93% (11/29 trường hợp), tiếp theo đó là loại B với 31,03% (9/29 trường hợp) và loại D với 27,59% (8/29 trường hợp), chỉ có 1/29 trường hợp (3,45%) thuộc loại A. Cấp kênh mặt khớp trên 3mm chiếm 38% (11/29 trường hợp), tuy nhiên tỉ lệ này trên XQ thông thường chỉ ghi nhận có 17,2 % (5/29 trường hợp). **Kết luận:** Phần lớn các bệnh nhân có phân loại Bartonicek loại C, tiếp theo đó là loại B và loại D. Cấp kênh mặt khớp trên 3mm chiếm chủ yếu trên CT scan. **Từ khóa:** gãy mắt cá sau, đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF POSTERIOR ANKLE FRACTURES

Objectives: To investigate the clinical features and computed tomography images of posterior ankle fractures. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 29 patients with posterior closed ankle fractures treated with screw splints at Gia Dinh People's Hospital from 2019-2021. **Result:** Type C according to Bartonicek classification accounted for the most proportion with 37.93% (11/29 cases), followed

by type B with 31.03% (9/29 cases) and type D with 27 cases. 59% (8/29 cases), only 1/29 cases (3.45%) are type A. Facet joint unsteadiness level greater than 3mm accounted for 38% (11/29 cases), however this rate on normal X-ray, only 17.2% (5/29 cases) were recorded. **Conclusion:** Most patients have Bartonicek classification type C, followed by type B and type D. The facet joint unsteadiness level above 3mm accounted for mainly on CT scan.

Keywords: posterior ankle fracture, clinical features, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mắt cá chân chiếm 20% những chấn thương thể thao được thăm khám hàng năm, gãy mắt cá chân thường gặp ở nam giới trẻ tuổi và phụ nữ lớn tuổi. Gãy mắt cá sau (MCS) có thể là một thách thức với các bác sĩ chỉnh hình vì tình trạng gãy xương phức tạp và khó được chẩn đoán sớm cũng như có rất ít sự đồng thuận về phương pháp điều trị cụ thể [1]. Hình ảnh chụp cắt lớp là đáng tin cậy để đánh giá đặc điểm của gãy MCS. Mangus và cộng sự, cảm thấy rằng hình thái có thể quan trọng hơn kích thước của gãy MCS đối với việc ra quyết định điều trị [2]. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính gãy mắt cá sau*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 29 bệnh nhân gãy kín mắt cá sau (MCS) được điều trị bằng nẹp vít tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 2019-2021.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả trường hợp gãy kín MCS (đơn thuần hoặc kèm gãy mắt cá ngoài, gãy 3 mắt cá) được phẫu thuật KHX mắt cá sau bằng nẹp vít.

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

³Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Thái

Email: bsthai@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023

- Đã được chụp CT dựng hình khớp cổ chân sau chấn thương.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Những hồ sơ gãy mắt cá chân không được chụp CT, gãy xương bệnh lý hay có dị tật cổ chân trước đó.

- Bệnh nhân < 18 tuổi, gãy hở.

- Những bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật (Bệnh lý nội khoa nặng, rối loạn đông máu, ung thư di căn, v.v...). Gãy nát đầu dưới xương chày, bệnh nhân không đồng ý tham gia.

- Nắn mắt cá trong và mắt cá ngoài còn di lệch sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu: Các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đánh giá lâm sàng, chụp Xquang, CT scan để xác định gãy mắt cá sau và phân loại tổn thương.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Phân bố nhóm tuổi.

- Đặc điểm số mắt cá gãy, trật khớp cổ chân.

- Phân loại mắt cá sau Weber và AO trên Xquang.

- Phân loại mắt cá sau Hiraguchi và Bartonicek và Rammelt trên CT scan.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Dưới 20	0	0%
20-40	7	24,5%
41-60	14	48,2%
Trên 60	8	27,3%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 51 tuổi, nhỏ nhất là 26 tuổi và lớn nhất là 71 tuổi. Nhóm tuổi chủ yếu là ở độ tuổi 20-60 tuổi (chiếm 72,5%), nhóm > 60 tuổi chiếm

Bảng 4. Phân loại gãy mắt cá sau trên CT

Phân loại Haraguchi	Loại I		Loại II		Loại III	Tổng
Số trường hợp	13		15		1	29
Tỉ lệ%	44,8%		51,7%		3,5%	100%
Phân loại Bartonicek	Loại A	Loại B	Loại C	Loại D	Tổng	
Số trường hợp	1	9	11	8	29	
Tỉ lệ %	3,5%	31,0%	37,9%	27,6%	100%	

Nhận xét: Theo nghiên cứu, dựa vào bảng phân loại của Haraguchi, loại 2 chiếm nhiều nhất với 15/29 trường hợp (51,7%), tiếp theo là loại 1 với 13/29 trường hợp (44,8%), ít nhất là loại 3 với chỉ 1/29 trường hợp (3,5%).

27,5% (8/29 mẫu), không ghi nhận trường hợp nào < 20 tuổi.

Bảng 2. Phân bố theo số mắt cá gãy

Số mắt cá gãy	Số trường hợp (n=29)	Tỉ lệ %
Mắt cá sau đơn thuần	0	0%
2 mắt cá (mảnh sau ngoài)	9	31%
3 mắt cá	20	69%
Trật khớp cổ chân		
Có trật	9	31,1%
Không trật	20	68,9%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 20/29 trường hợp gãy 3 mắt cá (chiếm 68,9%), 9 trường hợp còn lại là gãy 2 mắt cá có mảnh sau ngoài (chiếm 31,1%). Không ghi nhận trường hợp nào gãy 2 mắt cá có mảnh sau trong hoặc gãy mắt cá sau đơn thuần. Tỷ lệ trật khớp cổ chân kèm theo với gãy cá là thấp với 31,1 % (9/29 trường hợp). Tỷ lệ gãy mắt cá không kèm trật khớp cổ chân là 68,9% (20/29 các trường hợp).

Bảng 3. Phân bố gãy mắt cá sau

Phân loại Weber	Số trường hợp (n=29)	Tỉ lệ %
Weber A	0	0%
Weber B	12	41,4%
Weber C	17	58,6%
Phân loại AO		
44B3	15	51,7%
44C1	10	34,5%
44C2	4	13,8%
44C3	0	0%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, gãy Weber C chiếm nhiều nhất với 17/29 trường hợp (58,6%) và còn lại là gãy Weber B với 12/29 trường hợp (41,4%), không ghi nhận trường hợp gãy theo kiểu Weber A nào.

Phân loại 44B3 chiếm phần lớn các trường hợp với 15/29 mẫu (51,7%), theo sau là loại 44C1 với 10/20 trường hợp (34,5%), còn lại là 4/29 trường hợp (13,8%). Không ghi nhận trường hợp nào ở phân loại 44C3.

Loại C theo phân loại Bartonicek chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 37,9% (11/29 trường hợp), tiếp theo đó là loại B với 31,0% (9/29 trường hợp) và loại D với 27,6% (8/29 trường hợp), chỉ có 1/29 trường hợp (3,5%) thuộc loại A.

Bảng 5. Cấp kênh mắt khớp mắt cá sau trên Xquang và CT-scan

Cấp kênh mắt khớp MCS	XQ		CT-scan	
	Số trường hợp	Tỉ lệ %	Số trường hợp	Tỉ lệ %
0-1mm	20	69%	9	31%
1-3mm	4	14%	9	31%
>3mm	5	17%	11	38%
Tổng	29	100%	29	100%

Nhận xét: Trên hình ảnh XQ, 20/29 trường hợp (68,9%) có cấp kênh mắt cá sau nằm trong khoảng 0-1mm, 4/29 trường hợp và 5/29 trường hợp đánh giá có cấp kênh mắt cá sau trong khoảng 1-3mm và > 3mm. Trong khi đó, tại hình ảnh CT-scan, cấp kênh mắt cá sau ở khoảng 0-1mm là 9/29 trường hợp (31,0%), 1-3mm là 9/29 trường hợp (31,0%), > 3mm là 11/29 trường hợp (38%).

Bảng 6. Phân bố đường tiếp cận ổ gãy mắt cá sau

Đường tiếp cận mắt cá sau	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Đường sau ngoài	20	68,9%
Đường sau trong	9	31,1%
Tổng	29	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 20/29 trường hợp (chiếm 68,9%) tiếp cận ổ gãy mắt cá sau theo đường sau ngoài và có 9/29 trường hợp (chiếm 31,1%) tiếp cận theo đường sau trong.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của tác giả Neumann và cộng sự [3] ghi nhận 100 trường hợp gãy mắt cá có gãy mắt cá sau thì theo thống kê, gãy 3 mắt cá là chủ yếu, chiếm 88% và phần còn lại là gãy 2 mắt cá chiếm 12%. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào gãy mắt cá sau đơn thuần. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự khi trong 29 trường hợp gãy mắt cá sau, thì gãy 3 mắt cá chiếm nhiều nhất và tiếp theo là gãy 2 mắt cá. Nhóm nghiên cứu cũng không ghi nhận trường hợp nào chỉ gãy riêng mắt cá sau.

Theo cơ chế chấn thương do Lague Hansen [4] đề ra vào năm 1950, thì việc gãy MCS đơn thuần là rất khó có thể xảy ra do tác động của lực chấn thương theo cả 2 cơ thể sấp hoặc ngửa bàn chân cũng như xoay trong và xoay ngoài thường ảnh hưởng mắt cá trong hoặc ngoài cũng như hệ thống dây chằng bên trong và bên ngoài trước. Hiện nay, chỉ khoảng 1% các trường hợp gãy mắt cá được nghiên cứu [5]. Vì vậy, do cỡ mẫu của nghiên cứu chúng tôi còn ít nên chưa ghi nhận được trường hợp này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các trường hợp gãy mắt cá sau đều thuộc phân loại Weber B và Weber C (với 41,4% Weber B và 58,6% Weber C). Theo nghiên cứu của Jehlicka và cộng sự [6] với 232 bệnh nhân gãy mắt cá, thì gãy mắt cá sau ghi nhận Weber A là 6% các trường hợp, trong khi đó Weber B và Weber C ghi nhận 46% các trường hợp có gãy mắt cá sau. Nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận các trường hợp ở phân loại Weber B và Weber C phù hợp với nghiên cứu của Bartonicek và của Neumann nhưng loại gãy Weber B lại nhiều hơn Weber C, có thể do mẫu nghiên cứu còn ít, nên gây ra sự sai lệch [1], [3], [7], [8].

Trong phân loại của AO/OTA, các trường hợp gãy mắt cá có kèm mắt cá sau sẽ nằm trong phân loại 44B3, 44C1, 44C2 và 44C3 với mức độ nặng tăng dần. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 51,7% trường hợp theo phân loại 44B3, theo sau là loại 44C1 với 34,5%, còn lại là 13,8% theo 44C2. Không ghi nhận trường hợp nào ở phân loại 44C3. Nghiên cứu của Juto và cộng sự [8] trên 1756 trường hợp gãy mắt cá, các phân loại 44B3, 44C1, 44C2, và 44C3 có các tỷ lệ lần lượt là 16,6%, 5,4%, 3,4% và 2%. Với nhiều nhất là phân loại 44B3 và ít nhất là ở 44C3, dựa vào nghiên cứu của Juto [9] và nghiên cứu của chúng tôi (mặc dù số lượng mẫu còn hạn chế), có thể thấy độ chấn thương càng nặng thì tỷ lệ gặp càng ít.

Theo phân loại Haraguchi, theo nghiên cứu của chính tác giả Haraguchi và cộng sự (2006) quan sát trên 57 trường hợp, ghi nhận nhiều nhất là loại I với 67% các trường hợp, loại II và loại III ghi nhận tỷ lệ gần như nhau. Kết quả nghiên cứu của tác giả Yong Yi cũng ghi nhận tương tự khi loại I là nhiều nhất với 71%, tuy nhiên loại III là thấp nhất chỉ với 1%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận loại II chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 51,7%, theo sau là loại I, kết quả này gần với nghiên cứu của Magnus và cộng sự tuy có khác nhau là kiểu gãy loại III ở nghiên cứu của chúng tôi ít gặp nhất, phù hợp với 2 nghiên cứu đã nêu trên.

Theo phân loại của Bartonicek, loại 1 theo nghiên cứu của chính tác giả Bartonicek (2015) và của các tác giả khác như Yong Yi, Neumann của nhóm nghiên cứu đều ít nhất. Loại 2 và loại 3 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với các nghiên cứu nêu trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận tỷ lệ gãy loại IV (mảnh lớn sau ngoài) nhiều hơn hẳn so với nghiên cứu của tác giả Bartonicek và tác giả Yong Yi. Điều này có thể do cơ chế chấn

thương trong nghiên cứu là năng lượng cao do tai nạn giao thông hơn là năng lượng thấp do té ngã ở các nghiên cứu ở nước ngoài. Thêm vào đó, tác giả Neumann và cộng sự [3] cũng ghi nhận gãy loại IV gặp nhiều ở nhóm tuổi người trẻ do chấn thương năng lượng cao.

Nghiên cứu nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt về độ cấp kênh mặt khớp khi đánh giá bằng CT-scan so với XQ. Do CT-scan giúp đánh giá 3 chiều, khảo sát được nhiều mặt phẳng nên có khả năng đánh giá một cách tốt hơn so với phim XQ thường quy, nhất là ở mặt cá sau, liên quan đến mặt khớp. Xu hướng trước đây dựa trên XQ thường cho ra kết cục bảo tồn ổ gãy mặt cá sau do đánh giá sự cấp kênh mặt khớp không nhiều. Kết quả cho thấy xu hướng hiện nay gãy mặt cá, đặc biệt là có gãy mặt cá sau nên được đánh giá trước mổ bằng CT-scan để xác định chính xác các tổn thương, từ đó đưa ra điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật, giúp khôi phục hồi lại chức năng ban đầu, phòng tránh thoái hóa khớp cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Loại C theo phân loại Bartonicek chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 37,93% (11/29 trường hợp), tiếp theo đó là loại B với 31,03% (9/29 trường hợp) và loại D với 27,59% (8/29 trường hợp), chỉ có 1/29 trường hợp (3,45%) thuộc loại A. Cấp kênh mặt khớp trên 3mm chiếm 38% (11/29 trường hợp), tuy nhiên tỉ lệ này trên XQ thông thường chỉ ghi nhận có 17,2% (5/29 trường hợp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. Bartonicek, S. Rammelt, M. Tucek** (2017). Posterior Malleolar Fractures: Changing Concepts and Recent Developments. *Foot Ankle Clin*, 22(1): 125-145.
2. **L. Mangnus, D. T. Meijer, S. A. Stufkens, et al.** (2015). Posterior Malleolar Fracture Patterns. *J Orthop Trauma*, 29(9): 428-35.
3. **A. P. Neumann, S. Rammelt** (2021). Ankle fractures involving the posterior malleolus: patient characteristics and 7-year results in 100 cases. *Arch Orthop Trauma Surg*.
4. **N. Lauge-Hansen** (1950). Fractures of the ankle. II. Combined experimental-surgical and experimental-roentgenologic investigations. *Arch Surg*, 60(5): 957-85.
5. **K. J. Koval, J. Lurie, W. Zhou, et al.** (2005). Ankle fractures in the elderly: what you get depends on where you live and who you see. *J Orthop Trauma*, 19(9): 635-9.
6. **D. Jehlicka, J. Bartonicek, F. Svatos, et al.** (2002). [Fracture-dislocations of the ankle joint in adults. Part I: epidemiologic evaluation of patients during a 1-year period]. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech*, 69(4): 243-7.
7. **J. Bartonicek** (2004). Avulsed posterior edge of the tibia. Earle's or Volkmann's triangle? *J Bone Joint Surg Br*, 86(5): 746-50.
8. **H. Juto, H. Nilsson, P. Morberg** (2018). Epidemiology of Adult Ankle Fractures: 1756 cases identified in Norrbotten County during 2009-2013 and classified according to AO/OTA. *BMC Musculoskelet Disord*, 19(1): 441.
9. **J. P. Tartaglione, A. J. Rosenbaum, M. Abousayed, et al.** (2015). Classifications in Brief: Lauge-Hansen Classification of Ankle Fractures. *Clin Orthop Relat Res*, 473(10): 3323-8.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ SỨC CĂNG THẮT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM TIM ĐÁNH DẤU MÔ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CÓ TỔN THƯƠNG THẬN

Đỗ Văn Chiến², Lê Văn Tò¹, Trần Quốc Quý²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sức căng dọc thất trái (GLS) và tìm hiểu mối liên quan giữa sức căng dọc thất trái với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim có tổn thương thận. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, phân tích có so sánh với nhóm chứng bao gồm 84 bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Quân y

103 từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023, chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu (42 bệnh nhân suy tim có tổn thương thận) và nhóm chứng bệnh (42 bệnh nhân suy tim không có tổn thương thận). Các bệnh nhân được tiến hành siêu âm đánh dấu mô cơ tim để đánh giá sức căng dọc thất trái bằng máy siêu âm PHILIPS EPIQ7C có cài đặt phần mềm QLAB 9.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình: nhóm NC 77,2 ± 10,29; nhóm chứng 64,3 ± 15,23. Mức lọc cầu thận trung bình nhóm NC: 42,6 ± 10,97 ml/ph/1,73m²; EF trung bình: nhóm NC 52,2 ± 17,68%, nhóm chứng 51,2 ± 19,87%. GLS của nhóm NC khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (-11,23 ± 3,29% so với -11,43 ± 3,69%; p>0,05). GLS ở bệnh nhân có bệnh tim thiếu máu cục bộ (-10,28 ± 3,12%) giảm có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không có BTTCMB (-12,51 ± 3,13%); p<0,05. Ở nhóm nghiên cứu, tương quan giữa GLS và

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Chiến

Email: vmechiendo@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2023

Ngày duyệt bài: 27.10.2023