

không TTTC. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Trần Minh Tuấn, phân độ Balthazar E, D, và C chiếm tỉ lệ lần lượt 46,30%, 40,74% và 12,96%, hoại tử tụy gặp ở 8,8% bệnh nhân [6].

V. KẾT LUẬN

- Có 51/219 (23,3%) viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp. Tỷ lệ tổn thương thận giai đoạn 1, 2 và 3 lần lượt là 47,06%; 33,33% và 19,61%

- Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới trên cả hai nhóm nghiên cứu viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp (88,2% nam so với 11,8% nữ giới) và viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp (80,4% nam so với 19,6 nữ)

- Nhóm viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có tỷ lệ chướng bụng, tần số thở, SpO₂, nhiệt độ, tỷ lệ prothrombin (giây), INR cao hơn và tỷ lệ prothrombin (%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp.

- Sinh hóa máu: Glucose, Ure, Creatinin LDH, GOT, Bilirubin, CRP và Lactat của nhóm BN viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có trung vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp.

- Chỉ số Albumin, điện giải Natri, Kali, Clo, CanxiTP và mức lọc cầu thận của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có tổn thương thận cấp.

- Nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có pH, pCO₂, HCO₃ thấp hơn và pO₂ cao hơn nhóm BN viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê với $p < 0,01$; chỉ số P/F giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, viêm tụy cấp Balthazar E chiếm tỷ lệ cao nhất trên cả hai nhóm nghiên cứu, sự khác biệt theo thang điểm Balthazar và điểm CTSI giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ viêm tụy cấp hoại tử không khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm.

- Bảng điểm APACHE II, SOFA, IMRIE, BISAP, MARSHAL của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp.

- Có 3/51 bệnh nhân nặng xin về chiếm 5,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. Szatmary, T. Grammatikopoulos, W. Cai, et al. (2022), "Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment", *Drugs*. 82(12): 1251-1276.
2. P. A. Banks, T. L. Bollen, C. Dervenis, et al. (2013), "Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus", *Gut*. 62(1): 102-11.
3. A. Khwaja (2012), "KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury", *Nephron Clin Pract*. 120(4): c179-84.
4. Phan Trung Nhân (2023), "Yếu tố liên quan đến viêm tụy cấp mức độ nặng ở bệnh nhân có điểm BISAP thấp", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 520(1B).
5. S. Wu, Q. Zhou, Y. Cai, et al. (2023), "Development and validation of a prediction model for the early occurrence of acute kidney injury in patients with acute pancreatitis", *Ren Fail*. 45(1): 2194436.
6. Trần Minh Tuấn, Trần Hà Hiếu, Đỗ Thanh Tùng, et al. (2023), "Giá trị của thang điểm Bisap trong tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện Quân y 175", *Tạp chí Y học Quân sự*(363): 20-24.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH SAI KHỚP CÙNG ĐÒN CẤP TÍNH BẰNG NẸP MÓC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Phạm Ngọc Thăng¹, Đinh Quang Duân², Thái Ngọc Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sai khớp cùng đòn cấp tính bằng nẹp móc. **Đối tượng nghiên cứu**: 35 BN sai khớp cùng đòn độ III-V được

phẫu thuật cố định bằng nẹp móc từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2023. **Phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. Tất cả các trường hợp được đánh giá lâm sàng và X Quang trước mổ - sau mổ và tại thời điểm theo dõi xa nhất. Đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Constant-Murley. **Kết quả**: 35 BN sai khớp cùng đòn được cố định bằng nẹp móc (26 nam, 9 nữ) tuổi từ 25-68, tuổi trung bình là 45,43 ± 11,23 tuổi. Sai khớp cùng đòn độ V 20 trường hợp, độ III 15 trường hợp. Nắn chỉnh khớp về vị trí giải phẫu 100%. Kiểm tra xa được 26 BN. Thời gian theo dõi trung bình là 20.51 ±

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 7 - Quận khu 3

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thăng

Email: thangb1v103@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

11,75 (8–47 tháng). Chức năng khớp vai theo thang điểm Constant – Murley trung bình là 90.81 ± 4.19 (82 – 97). 100% đạt kết quả tốt và rất tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp móc khoá trong điều trị sai khớp cùng đòn cấp cho hiệu quả điều trị sau mổ rất khả quan, khả năng nắn khớp và phục hồi chức năng tốt, từ đó giúp bệnh nhân có thể trở lại vận động và công việc sớm. **Từ khóa:** Sai khớp cấp tính khớp cùng đòn, nẹp móc

SUMMARY

OUTCOMES AFTER FIXATION OF ACUTE ACROMIOCLAVICULAR DISLOCATION BY HOOKPLATE AT MILITARY HOSPITAL 103

Purpose: The purpose of our study is to evaluate clinical outcomes following treatment of acute acromioclavicular dislocations by hookplate. **Material and methods:** Between January 2018 to may 2023, 35 Patients with Rockwood type III-V lesions received surgical treatment using hook plate. at Military hospital 103 from January 2018 to may 2023. **Methods:** Prospective, clinical trials without control group, cross-sectional description combined with longitudinal follow-up, clinical and radiographic follow-up. For clinical follow up, a standardized functional shoulder assessment with the Constant-Murley score. **Results:** 35 patients (26 men/9 women) at average 45.43 ± 11.23 years old (25 -68) were included in the present study. There are 25 patients with Rockwood type V and 15 patients type III. The result of reduction ACJ was 100%. Long following – up 26/35 Patients. The mean follow-up period in this study was 20.51 ± 11.75 months (8 – 47 months). The average Constant-Murley Score 90.81 ± 4.19 (82 – 97) at the time of last follow-up. The CS level achieved 100% good to excellent. **Conclusion:** Reduction and fixation surgery with lock hook plate in the treatment of acute ACJ dislocation is one of the good methods with the ability to reduce and rehabilitate good function of the joint, so that the patients can return to activity and work soon. **Keywords:** Acute acromioclavicular joint dislocation, Hook plate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cùng đòn là một tổn thương hay gặp ở vùng vai chiếm đến 9% liên quan đến y học thể thao và Chấn thương chỉnh hình [1]. Tuy nhiên tại Việt Nam thường gặp ở chấn thương do tai nạn giao thông và có xu hướng ngày càng gia tăng.

Cho đến nay đã có ít nhất 60 quy trình phẫu thuật đã được mô tả để điều trị sai khớp cùng đòn [2], điều này phản ánh chưa có một phẫu thuật nào thực sự là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị sai khớp cùng đòn. Các phương pháp này được đưa ra với mục đích trả lại khoảng cách quạ đòn và duy trì độ vững của khớp.

Trong những năm gần đây, tại bệnh viện Quân y 103, phẫu thuật điều trị sai khớp cùng đòn bằng nẹp móc được chỉ định và ứng dụng khá phổ biến, nhưng chưa có một nghiên cứu

nào đánh giá kết quả điều trị của phương pháp phẫu thuật này. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cố định khớp cùng đòn bằng nẹp móc, giúp chúng tôi có cái nhìn rõ hơn về ưu điểm cũng như những lưu ý khi sử dụng phương tiện này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 35 bệnh nhân bị sai khớp cấp tính khớp cùng đòn được phẫu thuật nắn chỉnh và cố định khớp cùng đòn bằng nẹp móc

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Người trưởng thành sai khớp cùng đòn từ độ III trở lên, chức năng khớp vai bình thường trước khi tổn thương.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

gãy xương kèm theo ở xương đòn hay mỏm cùng, tiền sử can thiệp phẫu thuật ở vùng vai, tổn thương khác ở tay cùng bên với tổn thương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc.

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Quân y 103

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 5 năm 2023

Phương pháp phẫu thuật: dưới vô cảm tê đám rối phổi hợp tiền mê hoặc mê nội khí quản, BN: nằm ngửa, có đệm gối kê dưới vai bên tổn thương, thân trên tạo với chi dưới một góc khoảng $10^\circ - 15^\circ$ (Ảnh 1A)

- Đường rạch da: Đường quai áo ngực (vuông góc với xương đòn chính giữa khớp cùng đòn) hoặc đường rạch dọc theo trục xương đòn (Ảnh 1B).

- Bộc lộ khớp cùng đòn, kiểm tra đánh giá tổn thương, làm sạch tổ chức xơ sợi. (Ảnh 1C)



Ảnh 1: Tư thế BN (A), đường rạch dọc theo trục

xương đòn (B), bộc lộ khớp cùng đòn (C)

- Nâng chỉnh xương đòn về vị trí giải phẫu, có thể cố định tạm thời bằng 1 đinh Kirschner xuyên từ hướng móm cùng vai vào xương đòn.

- Đặt nẹp móc vào chính xác phía dưới móm cùng vai, sử dụng kẹp xương để đặt nẹp ôm sát đầu ngoài xương đòn.

- Tiến hành khoan và bắt vít đầu ngoài xương đòn. Kiểm tra khớp cùng đòn ngay sau khi cố định qua màn tăng sáng.

- Khâu lại bao khớp, cân cơ thang và cơ delta. Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê trong y học SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.**

Trong nghiên cứu có 26 BN nam và 9 BN nữ, tuổi trung bình là 45,43±11,23 (từ 25 đến 68 tuổi). Nguyên nhân do tai nạn giao thông: 29 trường hợp (chiếm 82,86%), do tai nạn sinh hoạt 2 trường hợp (chiếm 5,71%), do tai nạn thể thao: 2 trường hợp (chiếm 5,71%), do tai nạn lao động 2 trường hợp (chiếm 5,71%). Sai khớp cùng đòn độ V chiếm đa số với 20 trường hợp (57,4%), độ III gặp ít hơn với 15 trường hợp (42,68%). Không ghi nhận trường hợp sai khớp cùng đòn nào độ IV và độ VI. Thời gian từ khi chấn thương tới khi được phẫu thuật trung bình là 4,9 ± 5,2 ngày trong đó sớm nhất là mổ ngày đầu sau khi bị tai nạn, lâu nhất là ngày thứ 20 sau tai nạn. Thời điểm phẫu thuật từ 1 đến 7 ngày chiếm đa số với 27/35 BN (77,1%). Có 4 BN (11,4%) được phẫu thuật sớm < 24 giờ sau chấn thương. Có 4 BN (11,4%) phẫu thuật muộn sau 7 ngày. Số ngày điều trị trung bình là 6,06 ± 1,86 ngày trong đó BN ra viện sớm nhất là 2 ngày sau phẫu thuật, BN ra viện muộn nhất là 10 ngày sau phẫu thuật. Đa số BN nằm viện điều trị trong khoảng từ 5 đến 7 ngày sau phẫu thuật (17 BN=62,9%). Điều trị dưới 5 ngày sau PT có 9 BN (25,7%) trong đó có 1 BN có số ngày điều trị sau phẫu thuật là 2 ngày (2,9%). Thời gian theo dõi trung bình là 20.51 ± 11.75 (8 - 47). Trong đó BN có thời gian theo dõi nhỏ nhất là 8 tháng BN có thời gian theo dõi lớn nhất là 47 tháng. Có 26 BN đã tháo phương tiện cố định và được tập phục hồi chức năng sau tháo nẹp đủ điều kiện theo dõi kết quả xa. Thời gian tháo phương tiện cố định khớp trung bình là 11,88 ± 6,16 tháng. Trong đó khoảng thời gian từ 6 đến 12 tháng có 17 BN (65,4%), có 2 BN tháo phương tiện trước 6 tháng (7,7%) và 7 BN tháo phương tiện sau 12 tháng (26,9%), cá biệt có

trường hợp tháo phương tiện cố định khớp sau 33 tháng.

3.2. Kết quả điều trị. Kết quả X-quang sau mổ cho thấy khớp cùng đòn của tất cả các BN đều được nâng chỉnh về đúng vị trí giải phẫu. Về kĩ thuật kết xương: không có trường hợp nào bắt vít trượt hay đặt nẹp không đúng vị trí.

Điểm sức cơ theo thang điểm Constant – Murley trung bình là 18.62 ± 2.35 (15 – 22). Trong đó sức cơ đạt từ 16 – 20 điểm chiếm đa số với 18/26 BN (69,3%), có 1 trường hợp sức cơ lớn hơn 20 điểm (3,8%) và 7 trường hợp sức cơ từ 16 – 20 điểm (26,9%). Không có trường hợp nào sức cơ từ 10 trở xuống. Tổng điểm đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Constant – Murley trung bình là 90.81 ± 4.19 (82 – 97). Trong đó có 17/26 BN (65,4%) đạt từ 90 điểm trở lên, 9/26 BN (34,6%) đạt từ 81 đến 90 điểm.

Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật điều trị cố định sai khớp cùng đòn bằng nẹp móc có 17 BN (65,4%) đạt kết quả rất tốt, 9 BN (34,6%) đạt kết quả tốt, không có BN nào đạt kết quả trung bình hoặc kém.

IV. BÀN LUẬN

• **Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thu thập được 2 nhóm độ tổn thương theo phân loại Rockwood:** Sai khớp cùng đòn độ V chiếm đa số với 20 trường hợp (57,4%), độ III gặp ít hơn với 15 trường hợp (42,68%). Không ghi nhận trường hợp sai khớp cùng đòn nào độ IV và độ VI.

Turgut, M.C và cộng sự (2022) nghiên cứu trên 30 BN bị sai khớp cùng đòn được điều trị bằng phẫu thuật sử dụng nẹp móc trong đó mức độ sai khớp cùng đòn là III, IV, V với số lượng BN lần lượt là 12 BN (40%), 13 BN (43,33%) và 5BN (16,67%). [3] Lee Y.S và cộng sự (2023) theo dõi trên 118 BN sai khớp cùng đòn với mục đích đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả mất nắn khớp trên BN điều trị sai khớp cùng đòn bằng nẹp móc thống kê được tần số xuất hiện độ III là (50%) và độ V (50 %). [4]

Có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ sai khớp cùng đòn độ V nhiều hơn các nghiên cứu khác. Điều này có thể lý giải do tỉ lệ sai khớp cùng đòn do TNGT của chúng tôi cao, chiếm tới 82,86%, mà TNGT thường có lực va đập mạnh nên gây tổn thương nặng nề lên khớp cùng đòn.

• **Có 2 đường mổ chính thường được áp dụng trong phẫu thuật sai khớp cùng đòn bằng nẹp móc:**

Đường quai áo ngực: là đường mổ đi vòng góc với xương đòn tại vị trí chính giữa khớp cùng đòn, dài khoảng 6-8 cm. Theo một số tác giả, ưu điểm của đường mổ này là khả năng lành vết mổ tốt, sẹo mổ có tính thẩm mỹ. Tuy nhiên cần chú ý đường rạch cần nằm chính giữa khớp cùng đòn, nếu đường rạch lệch so với khớp cùng đòn sẽ gây khó khăn trong việc đặt nẹp, trong trường hợp này cần phải mở rộng đường mổ để thuận lợi trong quá trình phẫu thuật [5]. Trong trường hợp sai khớp cùng đòn kết hợp với gãy đầu ngoài xương đòn cần thiết phải sử dụng nẹp dài hơn thì đường mổ này không phù hợp để sử dụng.

Đường mổ dọc theo trục xương đòn: Đường mổ này có tính thẩm mỹ không cao tuy nhiên với ưu điểm là đường mổ rộng, thuận lợi cho việc đặt nẹp và kiểm soát vị trí của khớp cùng đòn sau khi nắn chỉnh chúng tôi đã áp dụng đường mổ này trong nghiên cứu của mình.

Không có sự tranh cãi lớn trong vấn đề lựa chọn đường mổ nhưng theo chúng tôi lựa chọn đường mổ cần cân nhắc giữa tổn thương, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và yêu cầu thẩm mỹ của từng bệnh nhân để có thể lựa chọn chính xác nhất.

• **Về kĩ thuật nắn chỉnh và cố định tạm thời khớp cùng đòn có thể nắn chỉnh khớp cùng đòn theo 2 phương pháp:** nắn chỉnh trực tiếp và nắn chỉnh gián tiếp. Nắn chỉnh gián tiếp: Sau khi bộc lộ và làm sạch khớp cùng đòn, móc được luồn xuống móm cùng vai, sau đó bẫy đầu ngoài xương đòn vào phần trung tâm của nẹp và cố định tạm thời bằng kim giữ xương. Có thể nhận thấy ưu điểm của phương pháp này là đơn giản và giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, tuy nhiên phương pháp này có nhược điểm là cố định không được chắc chắn. Đầu ngoài xương đòn luôn có xu hướng di lệch ra sau và lên trên nên luôn có nguy cơ di lệch khó kiểm soát. Có thể cố định bằng kim giữ xương nhưng gây vướng cho trường mổ và có thể gây tổn thương phần mềm xung quanh. Nắn chỉnh trực tiếp: Đầu ngoài xương đòn được nắn chỉnh trực tiếp về vị trí giải phẫu sau đó sử dụng một đinh Kirschner để cố định khớp cùng đòn. Điều này tạo thuận lợi cho việc đặt nẹp cũng như giữ khớp cùng đòn ở đúng vị trí giải phẫu nhưng cũng gây tổn thương cho sụn chêm của khớp. Vấn đề này cũng đã được nhiều tác giả đề cập tới trong quy trình phẫu thuật của một số tác giả như Koukakis A và cộng sự (2008) [5], Lin H.Y và cộng sự (2014) [6].

• **Về thứ tự bắt vít:** Chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu nghiên cứu nào nói về điều này, tuy

nhiên trong thực hành phẫu thuật, chúng tôi thường bắt vít nẹp trước, điều này giúp nẹp áp sát vào đầu ngoài xương đòn, tạo hiệu quả cố định và nắn chỉnh khớp tốt nhất.

• **Về khâu phục hồi phần mềm sau cố định nẹp.** Hầu hết các tác giả đều cho rằng sự vững chắc của khớp cùng đòn sau khi tháo nẹp được quyết định bởi các mô sẹo được hình thành tại dây chằng quạ đòn và dây chằng cùng đòn [5]. Theo Rock – Wood (1984) sai khớp cùng đòn từ độ III trở lên thì diện bám của dây chằng cơ Delta ở phía trước và cơ thang ở phía sau bị bong ra khỏi đầu ngoài xương đòn, điều này đặt ra vấn đề cần khâu phục hồi bao khớp cùng đòn và diện bám của cơ thang và cơ Delta tạo điều kiện tối đa cho việc hình thành liên kết giữ vững khớp cùng đòn. Chen Y.T (2021) và cộng sự [7] cũng đề cập đến việc khâu lại bao khớp cùng đòn, cân cơ thang, cơ Delta trước khi đóng vết mổ. Ngoài ra, Koukakis A và cộng sự [5] (2008) cũng chỉ ra rằng, khi tháo nẹp cần hạn chế tối đa mô sẹo ở khớp cùng đòn để tránh sai khớp tái phát sau tháo nẹp [5].

Chen, Y.T và cộng sự (2021) đánh giá trên 2 nhóm BN nhóm thứ nhất phẫu thuật điều trị sai khớp cùng đòn bằng nẹp móc đơn thuần, nhóm thứ hai điều trị bằng nẹp móc kết hợp với tái tạo dây chằng quạ đòn bằng chỉ tự tiêu đưa đánh giá việc giữ khoảng cách quạ đòn và tỉ lệ xuất hiện các biến chứng tiêu xương móm cùng vai ở nhóm thứ hai là ít hơn, tuy không có sự khác biệt đáng kể về điểm Constant – Murley tổng thể giữa hai nhóm, bên cạnh đó kĩ thuật khâu tái tạo dây chằng quạ đòn đòi hỏi đường mổ phải rộng rãi hơn và thời gian phẫu thuật lớn hơn [7]. Nguyễn Thành Tấn (2023) đánh giá trên 42 BN sai khớp cùng đòn bằng nẹp móc mà không có tái tạo dây chằng quạ đòn nhận thấy 100% BN đạt kết quả tốt và rất tốt [8]. Trong nghiên cứu này chúng tôi không sử dụng kĩ thuật khâu tái tạo dây chằng quạ đòn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp móc khoá trong điều trị sai khớp cùng đòn cấp cho hiệu quả điều trị sau mổ rất khả quan, khả năng nắn khớp và phục hồi chức năng tốt, từ đó giúp bệnh nhân có thể trở lại vận động và công việc sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mazzocca A.D., Arciero R.A., Bicos J.** (2007) Evaluation and treatment of acromioclavicular joint injuries. The American journal of sports medicine 35(2): 316-329.

2. **Carofino B.C., Mazzocca A.D., Surgery E.** (2010) The anatomic coracoclavicular ligament reconstruction: surgical technique and indications. *Journal of Shoulder.* 19(2):37-46.
3. **Turgut M.C., Semis H.S., Yamak K., et al.** (2022) Evaluation of Patients with Acromioclavicular Joint Separation Treated Using the Clavicular Hook Plate. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja.* 24(2): 73-78.
4. **Lee Y.S., Kim D.S., Jung J.W., et al.** (2023) Risk factors of loss of reduction after acromioclavicular joint dislocation treated with a hook plate. *Journal of Orthopaedic Traumatology.* 24(1):10.
5. **Koukakis A., Manouras A., Apostolou C.D., et al.** (2008) Results using the AO hook plate for dislocations of the acromioclavicular joint. *Expert review of medical devices.* 5(5):567-572.
6. **Lin H.Y., Wong P.K., Ho W.P., et al.** (2014) Clavicular hook plate may induce subacromial shoulder impingement and rotator cuff lesion-dynamic sonographic evaluation. *Journal of orthopaedic surgery research.* 9: 1-9.
7. **Chen Y.T., Wu K.T., Jhan S.W., et al.** (2021) Is coracoclavicular reconstruction necessary in hook plate fixation for acute unstable acromioclavicular dislocation? *BMC Musculoskeletal Disorders.* 22:1-10.
8. **Nguyễn Thành Tấn, Trần Khắc Duy.** (2023) Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp khóa móc không tải tạo dây chằng qua đòn. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 524(1A):33 - 37.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI BẰNG CHỤP ZIRCONIA CHẾ TẠO SẴN TRÊN TRẺ 3-5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Nguyễn Thị Hạnh¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹, Nguyễn Phương Huyền¹,
Phạm Doãn Thùy Trâm¹, Trịnh Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng thực hiện trên 158 răng sữa phía trước ở 42 trẻ em từ 3 – 5 tuổi được chỉ định làm chụp Zirconia khi bệnh nhân tới khám và điều trị răng miệng tại Khoa Răng trẻ em, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội trong thời gian từ tháng 12/2022 đến 12/2023. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phục hồi bằng chụp Zirconia chế tạo sẵn trong phục hồi nhóm răng sữa phía trước. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Nghiên cứu đánh giá kết quả lâm sàng của răng sữa phía trước được lắp chụp Zirconia chế tạo sẵn tại ba thời điểm: ngay sau lắp chụp, sau lắp chụp 3 tháng và sau lắp chụp 6 tháng. Ngay sau lắp chụp, răng được đánh giá bằng các tiêu chí: chảy máu lợi, độ nguyên vẹn của chụp, hình thể sau điều trị, màu sắc chụp và sự khít sát của chụp. 98,1% răng ở tháng thứ 3 và 97,5% ở tháng thứ 6 không có mảng bám răng. Ngay sau lắp chụp, 3 tháng và 6 tháng, tỷ lệ chảy máu lợi lần lượt là 20,3%, 3,2% và 4,6%. Sau 3 tháng, 6 tháng: trên 95% răng đạt kết quả tốt với hình thể nguyên vẹn, đường viền hoàn tất khít sát, không thay đổi màu sắc. **Kết luận** Sau 3 tháng, 6 tháng: trên 95% răng đạt kết quả tốt với hình thể nguyên vẹn, đường viền hoàn tất khít sát, không thay đổi màu sắc.

Từ khóa: chụp, chụp sứ răng sữa, chụp Zirconia răng sữa, trẻ em, hiệu quả.

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hạnh

Email: nguyenthanhrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

SUMMARY

EVALUATING THE TREATMENT RESULTS OF RESTORATION USING ZIRCONIA CROWN IN CHILDREN AGED 3-5 YEARS AT HANOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO- STOMATOLOGY

This study was carried out on 158 teeth restored with zirconia crown when patients came for dental examination and treatment at the Department of Pediatrics, National Hospital of Odonto -Stomatology during the period from December 2022 to December 2023. **Objective:** To evaluate the clinical effectiveness of Zirconia crown in restoring anterior primary teeth. **Methods:** A interventional study without control. **Results:** This study evaluated the clinical results of anterior primary teeth fitted with pre-fabricated Zirconia crowns and was conducted at three time points: immediately after crown placement, 3 months, and 6 months. Immediately after the crown was placed, teeth were evaluated by the following criteria: gum bleeding, integrity, shape, color and fit of the crown. 98.1% of teeth at month 3 and 97.5% at month 6 had no dental plaque. The proportion of gum bleeding immediately after installing, after 3 months and 6 months was 20.3%, 3.2%, and 4.6% respectively. After 3 months, 6 months: over 95% of teeth achieved good results with intact shape, tight finished contours, no change in color. **Conclusion:** After 3 and 6 months: over 95% of teeth achieved good results with intact shape, tight contours, no change in color. **Keywords:** crown, porcelain crown, Zirconia crown, children, effectiveness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương tổ chức cứng răng sữa ở trẻ do