

Trong NC, tỷ lệ chèn ép não thất là 50,4%. Tỷ lệ này cao hơn so với NC của Lê Thị Hồng Phương (2016) là 36,8% [1]. Nguyên nhân là do đối tượng trong NC này là UMN nên sọ, vị trí xa các não thất và kích thước nhỏ. Đa số UMN trong NC này không đè đẩy đường giữa, chiếm tỷ lệ 61,7%, tương tự NC của Lê Thị Hồng Phương (2016) là 70,2% [1].

Dấu hiệu đuôi màng cứng là hình ảnh dày và tăng ngấm thuốc của màng cứng cạnh UMN. Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ này là 60,5%. Theo Lê Thị Hồng Phương (2016), tỷ lệ UMN có dấu hiệu đuôi màng cứng là 61,4% [1]. Kết quả này tương đương với kết quả NC của chúng tôi. Trần Văn Việt (2011) NC trên 86 BN UMN, tỷ lệ này là 41,9% [2], thấp hơn so với NC của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

– Đa số trường hợp là UMN đơn độc, vòm sọ là vị trí hay gặp nhất. U có kích thước đa dạng, trong đó hầu hết là từ 3 – 6cm, trung bình là $40,19 \pm 16,45$ mm.

– Trên hình ảnh CHT: đa số UMN đồng tín hiệu trên T1W, tăng nhẹ tín hiệu trên T2W. Sau tiêm, u ngấm thuốc mạnh và đồng nhất. Có 60,5% khối u có dấu hiệu đuôi màng cứng. Khối u có thành phần vôi hóa, thành phần nang trong u, chảy máu trong u chiếm tỷ lệ thấp. Đa số UMN không gây phù não, hoặc chỉ gây phù não mức độ nhẹ.

– Ngoài ra, CHT giúp đánh giá mức độ chèn ép, xâm lấn tổ chức xung quanh của UMN. Tỷ lệ UMN gây biến đổi xương cạnh u rất thấp, chiếm 9,9% tổng số khối u. Trong NC có 38,3% tổng số khối u có chèn ép xoang tĩnh mạch. Tỷ lệ UMN chèn ép mạch máu và thần kinh lân cận là 22,2% và 28,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hồng Phương** (2016). Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ và mối liên quan với triệu chứng lâm sàng của u màng não nên sọ. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Văn Việt** (2011). Nghiên cứu giá trị chụp cộng hưởng từ, chụp mạch số hóa xóa nền trong chẩn đoán và điều trị u màng não. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Minh Thuận** (2019). Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bước đầu u màng não vòm sọ tại bệnh viện K. Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
4. **F. Salah, A. Tabbarah, N. Alarab y. et al.** (2019), "Can CT and MRI features differentiate benign from malignant meningiomas?". *Clinical Radiology*, 74(11), pp. 898.e15-898.e23.
5. **J. Watts, G. Box, A. Galvin. et al.** (2014), "Magnetic resonance imaging of meningiomas: a pictorial review". *Insights Imaging*, 5(1), pp. 113-22.
6. **Antonios Drevelegas** (2010), *Imaging of brain tumors with histological correlations*, Springer Science & Business Media
7. **T. Zhang, J. M. Yu, Y. Q. Wang. et al.** (2018), "WHO grade I meningioma subtypes: MRI features and pathological analysis". *Life Sci*, 213, pp. 50-56.

THAY KHỚP KHUYU ĐIỀU TRỊ MẤT VẬN ĐỘNG KHUYU DO DI CHỨNG CHẤN THƯƠNG, 3 CA LÂM SÀNG

Trần Quyết¹, Trần Trung Dũng^{1,2}, Nguyễn Trần Quang Sáng¹,
Phạm Trung Hiếu^{1,2}, Vũ Tú Nam^{1,2}, Võ Sỹ Quyền Năng¹,
Trần Đức Thanh¹, Phan Khoa Nguyễn¹

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo 3 ca lâm sàng thay khớp khuỷu toàn phần điều trị mất vận động khuỷu do di chứng chấn thương. Trong đó có 1 ca cứng khớp khuỷu ở tư thế khuỷu duỗi 30 độ, 1 ca cứng ở tư thế khuỷu duỗi 25 độ, 1 ca mất vững khớp khuỷu. Độ tuổi trung bình là 35, thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 4 tháng.

Kết quả sau mổ biên độ khớp khuỷu gấp trung bình đạt 113 độ, duỗi trung bình thiếu 3 độ, sấp cẳng tay chủ động 73 độ, ngửa cẳng tay chủ động 53 độ, thang điểm đánh giá chức năng khớp khuỷu Mayo [3] đạt mức rất tốt với 95 điểm. Cả 3 bệnh nhân đều hoàn toàn hài lòng với kết quả sau phẫu thuật. Có nhiều báo cáo về các ca thay khớp khuỷu điều trị hạn chế vận động khuỷu do di chứng chấn thương đều cho kết quả khả quan với việc cải thiện tầm vận động khớp khuỷu ở các mức độ khác nhau. Ở Việt Nam thay khớp khuỷu vẫn là phương pháp điều trị hoàn toàn mới. Để có kết quả tốt nhất cần có kế hoạch chuẩn bị trước mổ và quản lý bệnh nhân sau mổ một cách toàn diện.

Từ khóa: Thay khớp khuỷu toàn phần, mất vận động khuỷu, di chứng chấn thương.

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết

Email: quyettran.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 6.7.2021

SUMMARY**ELBOW REPLACEMENT IN TREATMENT
ELBOW MOTION LOSS DUE TO TRAUMA
SEQUALAE: 3 CASES REPORT**

3 cases report about total elbow replacement in treatment loss of elbow movement. 1st case elbow stiffness in position extensor 30, 2nd case elbow stiffness in extensor position 25, 3rd case – instability of the elbow. Mean ages is 35, follow-ups is 4 months. The outcome scores ROM 113, extensor 3, 73,53, MAYO scores reached 95 points. All 3 patients are completely satisfied with the results after surgery. There have been many reports of total elbow replacement for treatment of limited movement in elbow joint due to post traumatic sequelae, with positive results with varying degrees of elbow range. Total elbow replacement in Vietnam is still a completely new treatment. For the best results, it is necessary to have a good pre operative plan.

Key words: total elbow replacement, loss of elbow movement, post traumatic sequelae.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp khuỷu được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1925 bởi Robineau. Với việc sử dụng loại khớp unconstrained (Khớp không ràng buộc) cho bệnh nhân 20 tuổi bị mất đoạn đầu xa xương cánh tay. Loại khớp này được thiết kế với thành phần từ kim loại và cao su lưu hóa. Đến năm 1941 Boerema giới thiệu 1 loại khớp khuỷu có bản lề được làm từ kim loại và mở đầu cho sự phát triển của các thể hệ khớp khuỷu về sau này [1]. Đầu năm 1970 Dee là người thiết kế loại khớp khuỷu liền dạng bản lề, đến năm 1972 ông báo cáo kết quả 12 ca thay khớp khuỷu bằng thể hệ khớp này [2].

Với các trường hợp di chứng sau chấn thương gây hạn chế vận động khớp khuỷu, có rất nhiều phương pháp có thể thực hiện giúp cải thiện vận động từ việc tập phục hồi chức năng, phẫu thuật mở hoặc nội soi khớp khuỷu. Tuy nhiên những trường hợp di chứng nặng nề như dính hoàn toàn khớp khuỷu gây cứng khớp hoặc những trường hợp khuyết xương vùng khuỷu gây mất vận động khuỷu thì những phương pháp trên không thể giúp phục hồi vận động khuỷu một cách tốt nhất. Thay khớp khuỷu là giải pháp tối ưu nhất cho những trường hợp này nhằm phục hồi tối đa biên độ vận động khớp khuỷu [7],[8]. Chúng tôi giới thiệu 3 ca lâm sàng bị di chứng nặng nề sau chấn thương gây hạn chế vận động khớp khuỷu được tiến hành thay khớp khuỷu toàn phần. Trong đó có 1 ca cứng khớp khuỷu ở tư thế khuỷu mất duỗi 30 độ, 1 ca cứng ở tư thế khuỷu mất duỗi duỗi 25 độ, 1 ca khuyết xương đầu trên xương trụ, trật đài quay gây mất vững

khớp khiến bệnh nhân không thể tự gấp duỗi khuỷu tay được. Độ tuổi trung bình là 35, thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 4 tháng. Kết quả sau mổ biên độ khớp khuỷu gấp trung bình đạt 113 độ, duỗi trung bình thiếu 3 độ, sấp cẳng tay chủ động 73 độ, ngửa cẳng tay chủ động đạt 53 độ, thang điểm đánh giá chức năng khớp khuỷu Mayo đạt mức rất tốt với 95 điểm. Cả 3 bệnh nhân đều hoàn toàn hài lòng với kết quả sau phẫu thuật.

I. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Bệnh nhân nữ 35 tuổi. Tiền sử cách vào viện 30 tháng bị tai nạn giao thông gãy Monteggia xương cẳng tay trái, bệnh nhân được điều trị ở cơ sở khác trước khi đến với chúng tôi, Lần đầu tiên bệnh nhân được kết hợp xương trụ nẹp vít và đặt lại khớp quay trụ trên. Sau mổ 9 tháng bị khớp giả xương trụ trái, được tiến hành nẹp vít và ghép xương mào chậu. Sau lần mổ này 1 năm xuất hiện nhiễm trùng vết mổ, hạn chế gấp duỗi khuỷu. Bệnh nhân tiếp tục mổ tháo nẹp cắt lọc, làm sạch đặt xi măng kháng sinh và điều trị xi măng kháng sinh đường tĩnh mạch thêm 3 tuần. Lần gần đây nhất bệnh nhân được mổ cắt lọc làm sạch lấy bỏ xi măng kháng sinh cách đây 4 tháng. Sau lần điều trị này tay bệnh nhân đã hết nhiễm trùng, bilan viêm cũng trở về bình thường nhưng biên độ khớp khuỷu bị hạn chế vận động. Bệnh nhân đến với chúng tôi trong tình trạng: biên độ vận động khớp khuỷu như sau: Mất vững khớp khuỷu, không thể tự gấp duỗi chủ động, sấp 70 độ, ngửa 5 độ. Điểm chức năng khớp khuỷu theo thang điểm Mayo: tình trạng đau nhẹ (30 điểm), biên độ vận động giới hạn 80 độ (15 điểm), độ vững của khớp ở mức mất vững (0 điểm), về sinh hoạt hàng ngày bệnh nhân chỉ đạt 2/5 chức năng cơ bản là ăn và tự vệ sinh cơ thể, không thể tự chải tóc và đi giày dép (10 điểm). Tổng điểm theo thang điểm Mayo được 55 điểm, ở mức kém, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Trên phim Xquang và CT trước mổ có hình ảnh dính khớp khuỷu, khuyết xương đầu trên xương trụ, trật đài quay.



Hình 1: Dính Khớp khuỷu trước mổ, khuyết đoạn đầu trên xương trụ in trên phim CT 3D

Chúng tôi quyết định thay khớp loại bản lề liên kết tiêu chuẩn không tháo rời. Thiết kế 3D cá thể hóa dựa vào phim chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân, có phần nổi bù xương khuyết, bằng vật liệu hợp kim Titan do hãng Chunli Medical, Bắc kinh, Trung Hoa sản xuất.

Bệnh nhân được gây mê toàn thân. Đặt garo hơi, nằm nghiêng 90 độ, tay để trên giá đỡ bọc lộ mặt sau khớp khuỷu. Chúng tôi rạch da mặt sau khớp khuỷu theo sẹo cũ bóc tách bọc lộ thần kinh trụ, vén thần kinh sang bên. Bộc lộ khớp khuỷu và ổ gãy cũ xương trụ thấy khớp khuỷu thoái hóa toàn bộ. Đầu trên xương trụ khuyết hổng 1 đoạn dài 3cm, dài quay trật và thoái hóa, biến dạng hoàn toàn.

Phẫu tích cánh 2 bên điểm bám gân cơ tam đầu vào mỏm khuỷu, bảo tồn toàn bộ điểm bám. Cắt bỏ dài quay tại cổ xương quay, cắt rãnh liên lồi cầu và doa ống tủy xương cánh tay. Khoan và doa ống tủy xương trụ. Khoan tạo hình rãnh ở mỏm khuỷu cho khớp nhân tạo đi qua. Đặt xi măng kháng sinh vào lòng tủy, đưa khớp nhân tạo vào lòng tủy. chờ xi măng cứng, kiểm tra biên độ vận động khuỷu sau mổ đạt gấp 140 độ, duỗi 0 độ, sấp 70 độ, ngửa 70 độ. Chúng tôi chủ động chuyển giường thần kinh trụ ra trước sau đó khâu phục hồi lại vết mổ theo giải phẫu. Sau mổ bệnh nhân được tập gấp – duỗi thụ động từ ngày thứ 2 sau mổ, tập sấp – ngửa thụ động từ ngày thứ 5. Tập chủ động từ ngày thứ 10. Tập chịu lực từ ngày thứ 14.



Hình 2: X-quang sau mổ

Bệnh nhân được hẹn khám lại định kỳ 2 tuần 1 lần. Lần khám lại gần nhất là 3 tháng sau mổ. sẹo mổ liền hoàn toàn. Biên độ khớp khuỷu: gấp thụ động 140 độ, gấp chủ động 130 độ, duỗi chủ động 0 độ, sấp chủ động cẳng tay 70 độ, ngửa thụ động 60 độ, ngửa chủ động 50 độ. Điểm chức năng Mayo đạt mức xuất sắc với 100 điểm (Đau 45 điểm, tầm vận động 20 điểm, độ vững khớp khuỷu 10 điểm, khả năng sinh hoạt hàng ngày không bị hạn chế với 25 điểm). Bệnh nhân có thể trở lại với sinh hoạt thường ngày mà không gặp khó khăn gì.



Hình 3: Sau mổ 3 tháng

Ca lâm sàng 2: Bệnh nhân nữ 51 tuổi. Cách vào viện 1 năm bị tai nạn giao thông được chẩn đoán đa chấn thương, gãy xương sườn trái, gãy xương bả vai trái, gãy phức tạp xương vùng khuỷu tay trái và gãy xương cánh tay trái, lóc sâu toàn bộ da mặt trước ngoài từ cánh tay đến cẳng tay trái. Được phẫu thuật cấp cứu kết hợp xương cánh tay trái, cố định xương vùng khuỷu trái, kết hợp vá da che phủ cánh cẳng tay trái tại 1 bệnh viện khác. Bệnh nhân đến với chúng tôi trong tình trạng cứng khớp khuỷu ở tư thế mất duỗi 30 độ, Sấp chủ động cẳng tay 5 độ và không ngửa được cẳng tay. Thang điểm chức năng Mayo ở mức độ kém với 45 điểm, bệnh nhân không thể tự chải tóc, ăn uống hay mặc quần áo bằng tay tổn thương. Trên hình ảnh X-quang trước mổ bệnh nhân có hình ảnh dính khớp khuỷu, có cầu xương dính giữa đầu trên xương quay và xương trụ.



Hình 4: X-quang trước mổ dính hoàn toàn khớp khuỷu

Chúng tôi quyết định thay khớp khuỷu toàn phần cho bệnh nhân. Loại khớp sử dụng vẫn là khớp khuỷu bản lề không tháo rời tiêu chuẩn của hãng Chunli với thông số của khớp được chúng tôi đo đạc và tính toán trước trên cắt lớp vi tính.

Về tư thế và kỹ thuật mổ chúng tôi vẫn thực hiện giống ca lâm sàng 1 nhưng bệnh nhân này

bị cứng và dính khớp khuỷu nên khi bộc lộ đến khớp khuỷu chúng tôi thực hiện kỹ thuật cắt móm khuỷu và giữ nguyên điểm bám gân tam đầu. Sau khi cắt móm khuỷu sẽ tiến hành bộc lộ hoàn toàn khớp khuỷu thấy một mảnh đầu trên xương quay dính vào khối lõi cầu xương cánh tay, chúng tôi tiến hành lấy bỏ mảnh xương này, cầu xương dính giữa đầu trên xương quay và xương trụ cũng được cắt bỏ và gỡ dính. Sau khi giải phóng khớp khuỷu và tạo hình 2 đầu xương thì tiếp tục các thao tác doa lòng tủy và đặt khớp nhân tạo có xi măng. sau đó chúng tôi tiến hành néo ép móm khuỷu bằng đinh kirchner và chỉ thép, đóng vết mổ theo giải phẫu. Kiểm tra biên độ khớp khuỷu ngay sau mổ thấy: gấp thụ động 110 độ, thiếu duỗi 20 độ, sấp cẳng tay thụ động 70 độ, ngửa cẳng tay thụ động 60 độ. Bệnh nhân vận động chưa hết biên độ khớp khuỷu và sấp ngửa 1 phần là do sẹo co kéo làm cản trở. Vì vậy sau khi vết mổ khô và ổn định chúng tôi chuyển vật da tại chỗ để giải quyết vấn đề sẹo co kéo. Bệnh nhân được tập phục hồi chức năng theo chương trình hướng dẫn khi về nhà.



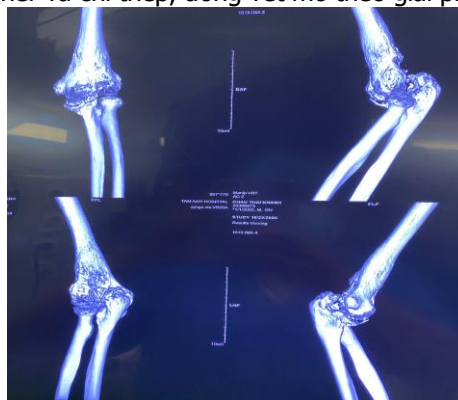
Hình 5: Khớp khuỷu nhân tạo sau mổ trên phim X-quang

Lần khám lại gần nhất là 5 tháng sau mổ biên độ vận động khớp khuỷu của bệnh nhân cải thiện tốt với: gấp khuỷu chủ động 120 độ, duỗi thiếu 10 độ, sấp cẳng tay chủ động 70 độ, ngửa cẳng tay chủ động 60 độ. Thang điểm Mayo đạt mức xuất sắc 100 điểm. Bệnh nhân hài lòng với sinh hoạt hàng ngày.

Ca lâm sàng 3: Bệnh nhân nam 18 tuổi bị ngã xe cách vào viện 10 tháng gãy đầu dưới xương cánh tay trái, đã mổ kết hợp xương 2 lần, sau đó mổ gỡ dính, làm vận động khuỷu trái cách đây 2 tháng. Bệnh nhân đến với chúng tôi trong tình trạng khớp khuỷu trái cứng ở tư thế mất duỗi 25 độ (gấp khuỷu 25 độ), sấp chủ động 40 độ, ngửa chủ động 10 độ. Khớp khuỷu trái thoái hóa hoàn toàn, biến dạng. thang điểm Mayo đạt 45 điểm, ở mức kém. Xquang và CT trước mổ có hình ảnh dính khớp khuỷu.

Bệnh nhân được chỉ định thay khớp khuỷu trái toàn phần với loại khớp bản lề tiêu chuẩn của hãng Chunli được đo đạc các thông số trên dữ liệu phim CT trước mổ.

Kỹ thuật mổ được thực hiện giống như ca lâm sàng 2, có cắt móm khuỷu. vào khớp thấy khớp khuỷu dính hoàn toàn. Sau khi cắt móm khuỷu lật lên chúng tôi tiến hành đục, tạo hình lại mặt khớp và tiến hành các giai đoạn đến khi đặt khớp. Kiểm tra thụ động các tư thế trong mổ: gấp khuỷu thụ động 110 độ, duỗi 0 độ, sấp cẳng tay thụ động 80 độ, ngửa cẳng tay thụ động 70 độ. Tiến hành đóng móm khuỷu bằng đinh kirchner và chỉ thép, đóng vết mổ theo giải phẫu.



Hình 6: Dính khớp khuỷu trên CT trước mổ

Bệnh nhân nằm viện 5 ngày. Ra viện được hướng dẫn tập luyện khi về, khám lại cách 1 tuần để kiểm soát biên độ tập phục hồi chức năng.

Lần khám lại gần nhất sau mổ là 4 tháng với biên độ khớp khuỷu cải thiện tốt: gấp khuỷu thụ động 110 độ, gấp chủ động 90 độ, duỗi chủ động thiếu 5 độ, duỗi thụ động 0 độ, sấp cẳng tay chủ động 80 độ, ngửa chủ động 50 độ. Thang điểm Mayo đạt mức 85 điểm, mức tốt. Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với kết quả.



Hình 7: X-quang sau thay khớp khuỷu 4 tháng

II. BÀN LUẬN

Nhiều tác giả báo cáo về thay khớp khuỷu toàn phần điều trị hạn chế vận động, mất vững khớp khuỷu hoặc cứng khớp khuỷu do di chứng chấn thương và nguyên nhân khác với kết quả

cải thiện biên độ vận động khuỷu rất khả quan. Các tác giả cũng đồng ý rằng những trường hợp di chứng nặng nề như dính hoàn toàn khớp khuỷu gây cứng khớp hoặc những trường hợp khuyết xương vùng khuỷu gây mất vận động khuỷu thì những phương pháp như mổ mở gỡ dính hoặc nội soi khớp khuỷu không thể giúp phục hồi vận động khuỷu một cách tốt nhất. Chỉ định Thay khớp khuỷu là giải pháp tối ưu nhất cho những trường hợp này nhằm phục hồi tối đa biên độ vận động khớp khuỷu [7],[8].

Theo Peden và Morrey, từ năm 1982 đến năm 2004, 13 bệnh nhân có khuỷu tay bị dính khớp tự phát đã được điều trị bằng thay khớp khuỷu toàn phần bán ràng buộc. Tuổi phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là 54 (24 đến 80). Trong đó cứng khớp sau chấn thương có 10 bệnh nhân, cứng khớp do viêm khớp thiếu niên vô căn có 1 bệnh nhân và viêm khớp dạng thấp có 2 bệnh nhân. Các bệnh nhân được theo dõi trong thời gian trung bình là 12 năm (2 đến 26 năm) và được đánh giá về mặt lâm sàng bằng cách sử dụng thang điểm Mayo, cũng như hình ảnh X quang. Kết quả của thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình khuỷu thiếu duỗi 37 độ, gấp đạt 118 độ. Kết quả tốt hoặc rất tốt ở 7 bệnh nhân. Tuy nhiên, một nửa số bệnh nhân phải phẫu thuật lại vì các biến chứng nhiễm trùng, gãy xương quanh chuôi, dính lại khớp khuỷu. Các biện pháp dự phòng cho quá trình canxi hoá bất thường không thành công [4]. Kết quả này khác với kết quả của chúng tôi khi 3 ca đều không có biến chứng lỏng chuôi, nhiễm trùng. Biên độ khớp khuỷu trung bình của chúng tôi: thiếu duỗi 3 độ, gấp khuỷu trung bình 113 độ. Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng, tuy nhiên thời gian theo dõi sau mổ của chúng tôi còn ngắn với trung bình là 4 tháng, và số lượng ca còn ít, cần theo dõi lâu hơn.

Từ năm 1973 đến năm 1985, Morrey và cộng sự thực hiện 53 ca thay khớp khuỷu do thoái hóa khớp sau chấn thương được theo dõi trung bình 6,3 năm, từ 2 đến 14,4 năm với kết quả phẫu thuật ban đầu tỷ lệ hài lòng đạt 64%. Gấp duỗi trước mổ biên độ trung bình: thiếu duỗi 41 độ, gấp đạt 111 độ. Sau thay khớp biên độ cải thiện rõ biên độ gấp duỗi khuỷu: thiếu duỗi 34 độ, gấp đạt 128 độ. Sấp ngửa trước mổ tương ứng là 58 và 64 độ, sau mổ thay khuỷu cải thiện ở mức 68 và 76 độ. Trong đó có 11 ca biến chứng lỏng chuôi phải thay lại khớp. Kết quả thay khớp có cải thiện trước mổ với mức độ hài lòng cao tuy nhiên Morrey sử dụng thể hệ khớp liên dạng bản lề thể hệ thứ nhất không có độ lỏng vẹo trong

ngoài nên tỷ lệ lỏng chuôi khớp còn cao [5]. Biên độ vận động khuỷu sau phẫu thuật của chúng tôi có khác 1 chút với thiếu duỗi 5 độ, gấp khuỷu trung bình 113 độ, Khớp chúng tôi sử dụng có độ lỏng nhất định, có thể vẹo trong và ngoài từ 5-7 độ nên giảm được tỷ lệ lỏng chuôi. Theo kinh nghiệm của chúng tôi nên sử dụng khớp thể hệ thứ 2 hoặc 3, đây là 2 thể hệ khớp có độ lỏng trong ngoài nhất định giúp phân tán 1 phần tải lực của khớp khuỷu nhân tạo khi chuyển động, làm giảm tỷ lệ lỏng khớp về sau. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi các ca lâm sàng trong 1 thời gian xa hơn nữa để đánh giá kết quả.

Năm 2013, trong nghiên cứu thuần tập tiến cứu của Kodde, đánh giá kết quả lâm sàng của thay khớp khuỷu toàn phần bằng loại khớp liên loại có thể tháo rời ở bệnh nhân thoái hóa hoặc biến dạng khớp sau chấn thương như: Khớp giả, can lệch xương cánh tay, trật khớp khuỷu tái diễn và đau do thoái hóa khớp sau chấn thương. Nghiên cứu gồm 17 bệnh nhân được điều trị với độ tuổi từ 55-82, gồm 4 nam và 13 nữ thời gian từ 2006 đến 2011. Kết quả được đánh giá qua các thông số như tầm vận động, độ vững khớp, thang điểm Mayo trước và sau phẫu thuật, thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 2,6,12,24 và 36 tháng cho thấy kết quả chức năng ngắn hạn đạt kết quả tốt. Cung vận động khớp khuỷu trung bình trước mổ là 67 độ, sau mổ cải thiện với 105 độ, thang điểm Mayo trước mổ trung bình là 54 và sau mổ cải thiện lên 93. Tuy nhiên trong số này tỷ lệ biến chứng vẫn còn khá cao bao gồm: 1 ca nhiễm trùng nông, 1 ca nhiễm trùng sâu và gây lỏng chuôi, 1 trường hợp lỏng chuôi vô trùng, 1 ca gãy xương quanh chuôi và lỏng chuôi, 1 ca rối loạn cảm giác tổn thương thần kinh trụ và 1 trường hợp không cải thiện tầm vận động khuỷu. Trong 6 biến chứng này thì có 2 ca không cần phẫu thuật lại, còn 4 ca cần phẫu thuật lại do biến chứng. Điều này cho thấy tỷ lệ thay khớp khuỷu vẫn cao hơn khá nhiều so với các khớp lớn khác như lỏng chuôi, mất vững và nhiễm trùng sâu [6]. Trong báo cáo này tỷ lệ biến chứng vẫn còn khá cao, 3 ca mổ của chúng tôi không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào vì thời gian sau mổ còn ngắn và số lượng chỉ là báo cáo số ca lâm sàng. Cần theo dõi ở thời điểm xa hơn với số ca lâm sàng nhiều hơn.

Năm 2019, Ambrosi báo cáo 1 trường hợp bệnh nhân nam 38 tuổi vào viện vì dính khớp khuỷu. Triệu chứng lâm sàng đau và cứng khớp khuỷu phải. Hình ảnh Xquang có dính hoàn toàn khớp cánh tay trụ. Thang điểm Mayo trước mổ ở mức kém với 31 điểm. khớp khuỷu phải bị cứng

ở tư thế gấp 90 độ. Bệnh nhân được tiến hành thay khớp khuỷu phải bán ràng buộc (semiconstrained). Sau mổ 2,1 năm cung vận động gấp duỗi đạt 120 độ, điểm Mayo đạt mức xuất sắc với 100 điểm, bệnh nhân có thể thực hiện mọi động tác trong sinh hoạt hàng ngày mà không có trở ngại, không có bất kỳ biến chứng nào đến thời điểm theo dõi [7]. Kết quả này tốt hơn kết quả trung bình của chúng tôi một chút. Thang điểm Mayo trung bình của chúng tôi là 95 cũng đạt ở mức rất tốt, chỉ có 1 bệnh nhân khó khăn trong việc mặc áo. Cung vận động trung bình của 3 bệnh nhân chúng tôi là 108 độ. Thể hệ khớp của Ambrosi sử dụng là thể hệ khớp thứ 2, có độ dơ nhất định trong quá trình gấp duỗi nên hạn chế lực tải lên khớp nên giảm được biến chứng nhanh lỏng chuôi và hao mòn khớp. Đây cũng là thể hệ khớp tương tự với thể hệ khớp của chúng tôi nên giảm được một phần nguy cơ lỏng khớp về sau.

III. KẾT LUẬN

Thay khớp khuỷu toàn phần là một lựa chọn rất hiệu quả đối với các trường hợp cứng khớp, Mất vững khớp hoặc dính khớp khuỷu gây hạn chế vận động do di chứng chấn thương, nhằm phục hồi hình thể và chức năng cho khớp khuỷu. Tuy nhiên để đạt kết quả tốt nhất cần đánh giá

biên độ khớp khuỷu và các khớp lân cận cũng như có 1 kế hoạch chuẩn bị trước mổ chu đáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prkic A, van CJA B, The B, Eygendaal D. Total elbow arthroplasty is moving forward: review on past, present and future. World J Orthop. 2016;7(1):44–9.
2. Dee R. Total replacement arthroplasty of the elbow for rheumatoid arthritis. J Bone Joint Surg Br. 1972; 54:88–95.
3. "Mayo Elbow Performance Score" (2006), Journal of Orthopaedic Trauma. 20(7), S127.
4. Peden, J. P., & Morrey, B. F. (2008). Total elbow replacement for the management of the ankylosed or fused elbow. The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume, 90-B(9), 1198-1204.
5. Morrey, B., Adams, R., & Bryan, R. (1991). Total replacement for post-traumatic arthritis of the elbow. The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume, 73-B(4), 607–612.
6. Kodde, I. F., van Riet, R. P., & Eygendaal, D. (2013). Semiconstrained Total Elbow Arthroplasty for Posttraumatic Arthritis or Deformities of the Elbow: A Prospective Study. The Journal of Hand Surgery, 38(7), 1377–1382.
7. D'Ambrosi, R., Formiconi, F., Ursino, N., & Rubino, M. (2019). Treatment of complete ankylosed elbow with total arthroplasty. BMJ Case Reports, 12(7), e231123.
8. P.Y.Barthel, P.Mansat, F.Sirveaux et al (2014), Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, Volume 100, Issue 1, 113-118.

TÌNH TRẠNG THIẾU VITAMIN A VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ 7-9 TUỔI TẠI HUYỆN PHÚ BÌNH, TỈNH THÁI NGUYÊN, NĂM 2017

Hoàng Nguyễn Phương Linh, Nguyễn Song Tú¹,
Trần Thúy Nga¹, Nguyễn Thúy Anh¹

TÓM TẮT

Thiếu vitamin A là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng tại các nước thu nhập thấp và đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Nhằm xác định tình trạng thiếu vitamin A và một số yếu tố liên quan ở trẻ 7-9 tuổi, nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 716 trẻ có Zscore chiều cao/tuổi < -1 tại Thái Nguyên. Sử dụng phương pháp hỏi ghi, cân đo (cân nặng, chiều cao) và lấy máu xác định nồng độ vitamin A, sắt, kẽm huyết thanh và hemoglobin. Kết quả cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD-TLS) là 4,7%, ở mức nhẹ có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng,

nhưng tỷ lệ trẻ có VAD-TLS và nguy cơ VAD-TLS là 39,2%. Nồng độ vitamin A huyết thanh trung bình là $1,15 \pm 0,45 \mu\text{mol/L}$. Phân tích hồi qui logistic cho thấy thiếu kẽm và suy dinh dưỡng (SDD) nhẹ cân có liên quan tới tỷ lệ VAD-TLS và nguy cơ VAD – TLS ($p < 0,01$). Trẻ SDD nhẹ cân có nguy cơ VAD-TLS cao hơn 1,6 lần nhóm không SDD ($p < 0,01$). Trẻ thiếu kẽm có nguy cơ VAD-TLS cao hơn 1,5 lần nhóm bình thường ($p < 0,05$). Vì vậy, cần triển khai can thiệp cải thiện tình trạng thiếu vi chất trên trẻ tuổi học đường, đặc biệt trên trẻ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi.

Từ khóa: thiếu vitamin A, tiểu học, trẻ tuổi học đường, yếu tố liên quan, thấp còi.

SUMMARY

VITAMIN A DEFICIENCY STATUS AND RELATED FACTORS IN STUDENTS 7-9 YEARS OLD IN PHU BINH DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE, 2017

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Nguyễn Phương Linh

Email: hoangnguyenvphuonglinh@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2021

Ngày duyệt bài: 2.7.2021