

KẾT QUẢ KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT CÓ GHÉP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ KHỚP GIẢ THÂN XƯƠNG CÁNH TAY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ngô Đăng Quang¹, Ngô Văn Toàn², Dương Đình Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân khớp giả thân xương cánh tay và đánh giá kết quả của phương pháp kết hợp xương nẹp vít có ghép xương điều trị khớp giả thân xương cánh tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu và tiến cứu trên 41 bệnh nhân khớp giả thân xương cánh tay được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít có ghép xương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** phần lớn các bệnh nhân là nam giới trong độ tuổi lao động. Gãy kín thường gặp hơn gãy hở, khớp giả phì đại phổ biến hơn khớp giả xơ teo. Đau và hạn chế vận động là các triệu chứng chính. Hầu hết các bệnh nhân bị khớp giả chỉ sau 1 lần can thiệp hoặc phẫu thuật. Sau điều trị, 70,73% bệnh nhân hết đau. Tỷ lệ bệnh nhân có xương cánh tay thẳng trục trước và sau mổ tăng từ 2,44% lên 97,56%. Tỷ lệ liền xương đạt mức độ rất tốt 82,93%, chỉ có 3/41 trường hợp không liền xương. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân khớp giả xương cánh tay là nam giới độ tuổi lao động, trong đó gãy kín chiếm đa số (78,05%). Phần lớn là khớp giả phì đại (80,49%). Tất cả bệnh nhân đã điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, trong đó 78,05% nẹp vít, nhưng vẫn còn tồn tại các triệu chứng đau, hạn chế vận động và gập góc chi. Sau phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít có ghép xương, 82,93% trường hợp có kết quả điều trị rất tốt.

Từ khóa: Khớp giả, thân xương cánh tay, kết hợp xương nẹp vít có ghép xương

SUMMARY

THE RESULT OF SCREW FIXATION COMBINED WITH BONE GRAFT IN TREATING PSEUDARTHROSIS OF A HUMERAL SHAFT FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Purposes: Describe the clinical, radiological characteristics and evaluate the effectiveness of screw fixation combined with bone graft in treating pseudarthrosis of a humeral shaft fracture. **Subjects and methods:** a retrospective and prospective study on 41 patients with humeral pseudarthrosis complications, who were treated with internal fixation

with a plate and bone graft at Viet Duc Hospital from January 2019 to June 2023. **Results:** Most of the patients were men of working age. Closed fractures were more common than open fractures, and hypertrophic pseudarthrosis was more common than atrophic pseudarthrosis. Pain and limited range of motion were the main symptoms. Most patients developed pseudarthrosis joints after only 1 intervention or surgery. After treatment, 70,73% of patients had no pain. The proportion of patients with straight humerus on X-ray before and after surgery increased from 2,44% to 97,56%. 82,93% bone healing reached a very good level, only 3 cases did not heal. **Conclusion:** The majority of patients with humeral pseudarthrosis were men of working age, with a closed humeral fracture (78,05%). 80,49 % of pseudarthrosis are hypertrophic. All patients had previous surgical treatment or procedures, of which 78,05% were screwed, but the symptoms of pain, limitation of motion and flexion of the limb were still existed. After screw fixation combined with bone graft, 82,93% of cases had very good results.

Keywords: pseudarthrosis, humeral sharp fracture, screw fixation combined with bone graft

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp giả là biến chứng nặng nề và khó khăn nhất sau điều trị gãy xương đối với các phẫu thuật viên chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình, ảnh hưởng lớn đến chức năng chi thể và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong đó khớp giả xương cánh tay chiếm tỷ lệ đáng kể với khoảng 5 - 10% số trường hợp gãy xương.¹ Nguyên nhân dẫn đến khớp giả do đặc điểm chấn thương, quá trình điều trị, hoặc tình trạng người bệnh. Có rất nhiều phương pháp điều trị khớp giả xương cánh tay như phương pháp kết hợp xương có sức ép (cố định bên trong hoặc cố định bên ngoài), phương pháp bóc vỏ xương của Judet, phương pháp kích điện, phương pháp ghép xương tự thân hoặc đồng loại...² Tuy nhiên phương pháp được áp dụng phổ biến tại Việt Nam hiện nay là kết hợp xương bằng nẹp vít có ghép xương. Qua nghiên cứu này, chúng tôi muốn tìm hiểu, đánh giá kết quả của phương pháp điều trị này tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 41 bệnh nhân khớp giả thân xương cánh tay được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít có ghép xương tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đăng Quang

Email: ngodangquang97@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán khớp giả thân xương cánh tay được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít có ghép xương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Bệnh nhân không liệt thần kinh quay trước phẫu thuật điều trị khớp giả.

- Đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Khớp giả nhiễm trùng.
- Khớp giả trên nền gãy xương bệnh lý u xương, nang xương.

- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật hoặc lựa chọn phương pháp không phẫu thuật.

- Bệnh nhân không đầy đủ hồ sơ.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu và tiến cứu.
- Địa điểm: khoa Phẫu thuật chi trên và Y học thể thao Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp thu thập số liệu:

- Các bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 đến 06/2023 có chẩn đoán xác định khớp giả thân xương cánh tay được lựa chọn và mời tham gia vào nghiên cứu. Các tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm:

- + Đã quá hai lần thời gian liền xương trung bình.
- + Vẫn còn cử động bất thường.
- + Không còn đau chói
- + X-quang: hai đầu ổ gãy còn giãn cách và các đầu gãy xơ hóa

- Có tổng cộng 41 bệnh nhân phù hợp với chẩn đoán và tất cả đều đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập bao gồm tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng (đau, hạn chế vận động), phim X-quang trước phẫu thuật và điều trị trước đó (phẫu thuật, thủ thuật) được thu thập qua hồ sơ bệnh án. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật (đau, teo cơ), mức độ hồi phục trên lâm sàng (khả năng làm việc), phim X-quang và các biến chứng được đánh giá khi người bệnh tái khám sau phẫu thuật tối thiểu 3 tuần và tối đa 6 tháng.

Phương pháp phẫu thuật:

- Vô cảm: tùy từng người bệnh cụ thể mà dùng các phương pháp vô cảm khác nhau. Thường thì: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay, kết hợp gây tê tại chỗ lấy xương ghép.

Gây mê toàn thân qua đường tĩnh mạch hoặc qua nội khí quản.

- Tư thế BN: đặt BN nằm ngửa, cánh tay dạng 90° so với thân mình trên một bàn con, khuỷu gấp nhẹ để cho cơ trùng lại. Kê mỏng bên

lấy xương chậu.

- Đường mổ: Phương pháp chọn đường mổ tùy thuộc vào vị trí khớp giả, lựa chọn theo giải phẫu, ưu tiên đường mổ cũ. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 41 bệnh nhân đều sử dụng đường mổ trước ngoài, đường rạch da thường bắt đầu từ điểm bám tận cơ delta tới lồi cầu ngoài xương cánh tay. Sau khi rạch cân, xác định vách gian cơ ngoài giữa cơ nhị đầu và cơ tam đầu cánh tay, tách theo vách gian cơ ngoài và kéo cơ nhị đầu về phía trong.

- Giải phóng thần kinh quay cẩn thận từ các mô bên ngoài từ dưới lên trên cho đến khoảng sau xương cánh tay. Thường chúng tôi không bóc trần thần kinh hoàn toàn mà giữ lại một lớp sợi cơ mỏng quanh thần kinh để tránh làm hỏng các mạch máu đi cùng thần kinh.

- Nắn chỉnh xương: Sau khi tìm và làm sạch hai đầu xương, tiến hành nắn chỉnh lại xương gãy, trường hợp có mảnh rời lớn có thể buộc giữ lại bằng các vòng chỉ thép. Đặt nẹp vít ở mặt trước ngoài các thân xương, khoan bắt vít từ đầu xa ổ gãy. Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít cho mỗi đầu gãy và 6-8 vít cho ổ gãy.

- Lấy xương ghép: Chiếm đa số là ghép xương tự thân thường lấy từ cánh xương chậu, ngoài ra 7/41 bệnh nhân ghép xương nhân tạo

- + Bơm rửa vùng mổ cầm máu
- + Đặt một dẫn lưu 48 giờ
- + Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu.
- + Băng vô khuẩn
- + Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu gấp 90° trong 10 ngày.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với 41 bệnh nhân, điều trị và theo dõi trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2023 chúng tôi thu được các kết quả chính như sau:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Tuổi	Nhóm		Nam		Nữ	
	Tính chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<18	Số lượng	Tỷ lệ (%)	0	0	0	0
18-30	9	21,95	9	28,13	0	0
31-50	21	51,22	18	56,25	3	33,33
51-60	4	9,76	3	9,36	1	11,11
>60	7	17,07	2	6,26	5	55,56
Tổng	41	100	32	100	9	100
Tuổi	Trung bình ± sd		Min-Max			
	42,61 ± 16,09		20- 87			

Bảng 3.2. Thời gian từ khi tai nạn đến khi được phẫu thuật

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 7 tháng	7	17,07
7- 9 tháng	6	14,63
10- 12 tháng	17	41,46
13- 18 tháng	5	12,21
>18 tháng	6	14,63
Tổng	41	100
	Trung bình ± sd	Min- Max
Thời gian (tháng)	12,66 ± 7,63	6- 48

Bảng 3.3. Triệu chứng tại vị trí khớp giả trước và sau phẫu thuật

Kết quả	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau	1	2,43	29	70,73
Đau khi thay đổi thời tiết	4	9,76	9	21,95
Đau khi vận động	9	21,95	3	7,32
Đau liên tục	2	4,88	0	0
Hạn chế vận động	25	60,98	/	/
Tổng	41	100	41	100

Bảng 3.4. Phương pháp điều trị dẫn đến khớp giả

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bỏ bột	1	2,44
Nẹp vít	30	73,17
Đinh nội tủy	8	19,51
Cố định ngoài vi	2	4,88
Tổng	41	100

Bảng 3.5. Số lần đã được phẫu thuật điều trị dẫn đến KG

Số lần	Phương pháp		Phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
0	1	2,45		
1	32	78,05		
2	7	17,05		
3	1	2,45		
Tổng	41	100		

Bảng 3.6. Phân loại hình ảnh XQ trước và sau phẫu thuật điều trị KG

Kết quả	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thẳng trục	1	2,44	40	97,56
Gấp góc <10°	14	34,15	1	2,44
Gấp góc >10°	26	63,41	0	0
Tổng	41	100	41	100

Bảng 3.7. Mức độ teo cơ sau mổ KG

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không teo	34	82,93
Teo không đáng kể	5	12,19
Teo vừa	2	4,88
Teo nặng	0	0
Tổng số	41	100

Bảng 3.8. Kết quả liên quan giữa loại gãy xương

Loại gãy	Gãy hở		Gãy kín	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	5	55,56	25	78,12
Tốt	1	11,11	5	15,62
Trung bình	1	11,11	1	3,13
Kém	2	22,22	1	3,13
Tổng	9	100	32	100

Bảng 3.9. Kết quả liên quan đến phân loại KG

Phân loại KG	Phi đại		Xơ teo	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	27	81,82	5	62,50
Tốt	4	12,12	1	12,50
Trung bình	1	3,03	0	0
Kém	1	3,03	2	25,00
Tổng	33	100	8	100

Bảng 3.10. Đánh giá mức độ liền xương (trên XQ)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	34	82,93
Tốt	2	4,88
Trung bình	2	4,88
Kém	3	7,31
Tổng	41	100

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ nam giới chiếm đa số 78,05%. Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu chỉ là 21,05%. Tỷ lệ nam/nữ là 3,7. Tỷ lệ này tương tự tỷ lệ trong nghiên cứu của Trương Trung Văn (2019) với tỷ lệ nam/nữ là 4,6.³ Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 42,61 ± 16,09 tuổi, với nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là nhóm 31-50 tuổi (51,22%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Wei Huang.⁴ Trên thực tế, chưa có bằng chứng chứng minh sự khác biệt về tuổi và giới trong cơ chế tạo khớp giả. Các kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi và những báo cáo trước đó có thể là phù hợp do tỷ lệ chấn thương gãy xương cánh tay cao hơn ở nhóm đối tượng này - những người thường làm công việc có nguy cơ cao hơn.

Thời gian trung bình tính từ lúc chấn thương ban đầu đến khi được phẫu thuật điều trị khớp giả là 12,66 ± 7,63 tháng, trong đó sớm nhất là sau 6 tháng và muộn nhất là sau 4 năm. Thời gian này khá đa dạng, có thể lý giải là do sau khi tai nạn, bệnh nhân được điều trị gãy xương bằng nhiều phương pháp khác nhau nhằm cố định chi gãy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy

rằng, hơn một nửa bệnh nhân phẫu thuật điều trị khớp giả là gãy kín (78,05%). Tỷ lệ gãy xương hở chỉ chiếm 21,95%, ít hơn nhưng nặng hơn nên được theo dõi và điều trị sát sao hơn. Mặt khác, nhiều trường hợp ngay sau tai nạn chỉ gãy bán phần nên không được phát hiện kịp thời và gây chậm trễ trong quá trình điều trị.

Trên thực tế có nhiều cách phân loại khớp giả khác nhau, ở đây chúng tôi sử dụng phân loại Judet chia khớp giả thành 2 loại: khớp giả phì đại (thường do ổ gãy không được cố định vững chắc) và khớp giả xơ teo (do mạch máu bị tổn thương làm nuôi dưỡng ổ gãy giảm).⁵ Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân thuộc loại khớp giả phì đại chiếm đa số (80,49%), kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác.^{3,6} Điều này phản ánh kỹ thuật cố định ổ gãy sau chấn thương còn chưa đảm bảo, trở thành một nguyên nhân dẫn tới di chứng khớp giả cho bệnh nhân.

Triệu chứng khó khăn trong vận động và đau gập ở đa số các trường hợp với tỷ lệ gập lần lượt là 60,98% và 36,59%.

Trên phim X-quang, 97,56% bệnh nhân gập góc tại ổ khớp giả. Mức độ gập góc phản ánh tình trạng bệnh, từ đó giúp bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, cũng như là cơ sở khách quan đánh giá hiệu quả nắn chỉnh sau phẫu thuật.

Trước phẫu thuật điều trị khớp giả, đa phần bệnh nhân được sử dụng nẹp vít (73,17%). Tỷ lệ khớp giả sau nẹp vít cao theo chúng tôi do những nguyên nhân sau: Thứ nhất, nẹp vít được sử dụng nhiều, phổ biến hơn các phương pháp khác. Thứ hai, quá trình cố định nẹp chưa được đảm bảo, đa số các trường hợp trong nghiên cứu có gãy hoặc bong nẹp. Gãy nẹp thường do chọn nẹp không phù hợp kích thước hoặc nẹp không đạt quy chuẩn, trong khi đó bong nẹp chủ yếu xuất phát từ việc chọn vít ngắn, không đủ bám vào thành xương hai bên. Nguyên nhân thứ ba đến từ quá trình tập vận động khi người bệnh không được hướng dẫn hoặc không tuân thủ yêu cầu của nhân viên y tế.

Trong phẫu thuật điều trị khớp giả, trước tiên là phá bỏ tổ chức xơ tại ổ gãy, sau đó kết xương vững chắc tại ổ gãy, sẽ tạo điều kiện giúp tạo can xương tại ổ gãy.⁷ Tuy nhiên chất liệu tạo liền xương tại ổ khớp giả chính là tổ chức ghép xương. Chính vì vậy, ghép xương là yếu tố không thể thiếu trong điều trị khớp giả nói chung cũng như đối với điều trị khớp giả xương cánh tay nói riêng. Ghép xương có thể lấy xương tự thân, xương đồng loại, xương dị loại hoặc xương sinh học và cũng có nhiều cách ghép xương khác nhau. Trong đó loại ghép xương lựa chọn số một

mà các phẫu thuật viên thường dùng là xương xốp tự thân. Xương xốp tự thân có khả năng kích thích sinh xương và khả năng đồng hóa tốt hơn so với các loại xương ghép khác.⁸

Đánh giá lâm sàng trên các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có một tỷ lệ các bệnh nhân sau phẫu thuật điều trị khớp giả còn đau khi thay đổi thời tiết hoặc đau khi vận động. Trên thực tế, sau phẫu thuật khớp giả, bệnh nhân được xử lý tốt các vấn đề gập phải, từ đó các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân cũng mất dần. Có rất nhiều nguyên nhân làm cho bệnh nhân có thể vẫn còn cảm giác đau khi vận động hoặc mỗi khi thay đổi thời tiết như một số trường hợp thương tổn nặng hoặc bệnh nhân có thể chất cao tuổi, loãng xương,... Tỷ lệ bệnh nhân teo cơ thấp có thể giải thích bởi các chỉ định sau mổ và việc theo dõi chặt chẽ. Với đặc điểm của phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít giúp cố định vững chắc ổ gãy, tạo điều kiện thuận lợi cho việc vận động sớm sau phẫu thuật, hạn chế tối đa hiện tượng teo cơ. Bên cạnh đó, đánh giá khả năng làm việc sau điều trị phản ánh tương đối khả năng hồi phục toàn diện của bệnh nhân. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân làm việc bình thường sau phẫu thuật chiếm 90,24% cho thấy phương pháp điều trị đạt được hiệu quả cao.

Đánh giá hình ảnh X-quang sau mổ, hình ảnh xương thẳng trục sau mổ đạt được ở gần như tuyệt đối bệnh nhân (97,56%) mặc dù tỷ lệ này trước phẫu thuật chỉ có 2,44%. Đánh giá biến chứng sau mổ ở nhóm bệnh nhân cho thấy không có trường hợp liệt thần kinh quay hay có biến chứng toàn thân. Biến chứng thần kinh là điểm phải chú ý vì đặc điểm giải phẫu thần kinh quay nằm trong rãnh xoắn sát bề mặt xương, dễ bị tổn thương khi có can thiệp. Ngoài ra việc bộc lộ thần kinh quay cũng gặp khó khăn khi phần mềm xung quanh ổ khớp giả có xuất hiện biến đổi giải phẫu những lần phẫu thuật trước đó. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật điều trị khớp giả có kết quả điều trị rất tốt, chiếm 82,93%. Tuy nhiên vẫn còn bệnh nhân đạt kết quả trung bình chiếm 4,88%, đặc biệt có 3/41 trường hợp kết quả điều trị kém là bệnh nhân không liền xương, gãy nẹp trong đó có 2 bệnh nhân ghép xương nhân tạo.

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân khớp giả xương cánh tay là nam giới độ tuổi lao động, trong đó gãy kín chiếm đa số (78,05%). Phần lớn là khớp giả phì đại (80,49%). Tất cả bệnh nhân đã điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, trong đó 78,05% nẹp vít, nhưng vẫn còn tồn tại các triệu chứng

đau, hạn chế vận động và gập góc chi. Sau phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít có ghép xương, 82,93% trường hợp có kết quả điều trị rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gogoua RD, Traoré M, Yépié A, Kouamé M, Anoumou M.** Aseptic Pseudoarthrosis of the Humeral Diaphysis. Epidemiological Features—Therapeutic Assessment. *Open Journal of Orthopedics*. 2017;7(6):147-155.
2. **R J.** L'osteogenese et les retardes de consolidation et les pseudarthroses des os longs. Imprimerie des Sciences, Bruxelles. Published online 1960:315-525.
3. **Trương Trung Văn.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Khớp Giả Thân Xương Cánh Tay Sau Phẫu Thuật. 2019.
4. **Huang W, Zhang K, Zhu Y, Wang Z, Li Z, Zhang J.** Genetic polymorphisms of NOS2 and predisposition to fracture non-union: A case control study based on Han Chinese population. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193673.
5. **David G. Lavelle.** Delayed Union and Nonunion of Fractures. Vol 27. 11th ed. Campbell's operative orthopedics; 2007.
6. **Dương Đình Xuyên, Ngô Văn Toàn.** Điều trị khớp giả xương cánh tay bằng kết hợp xương nẹp vít và ghép xương tự thân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Published online 2011.
7. **Basile G, Avato FM, Passeri A, et al.** Atrophic pseudoarthrosis of humeral diaphyseal fractures: medico-legal implications and methodological analysis of the evaluation. *Acta Biomed*. 2022;93(3):e2022176.
8. **Wang W, Yeung KWK.** Bone grafts and biomaterials substitutes for bone defect repair: A review. *Bioact Mater*. 2017;2(4):224-247.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY VAN ĐIỀU TRỊ BỆNH VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ HAI LÁ VAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018– 2023

Lê Trường Giang², Nguyễn Hữu Ước^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Van động mạch chủ hai lá van là một dị tật tim bẩm sinh thường gặp. Theo thời gian, lá van dần thoái hóa gây hẹp – hở van dẫn đến bệnh van động mạch chủ và phải mổ thay van. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật thay van điều trị bệnh van động mạch chủ hai lá van tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc các người bệnh được chẩn đoán bệnh van động mạch chủ hai lá van đã được phẫu thuật thay van, từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023. Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Gồm 58 người bệnh với tuổi trung bình 59,9 ± 8,6 tuổi (38 - 80), nam giới chiếm 62,1%. Phân độ suy tim theo NYHA có 100% ở mức độ vừa và nặng (72,4% NYHA 2). Chênh áp qua van động mạch chủ tăng cao / siêu âm tim - trung bình 48,6 ± 19,0 mmHg (72% > 40 mmHg). Trong mổ, thời gian cấp động mạch chủ, thời gian chạy máy trung bình lần lượt là 77 phút (35 – 135) và 98 phút (55 – 157). Sau mổ, thời gian thở máy trung bình là 17,5 ± 14,6 giờ, trong đó đa số rút ống nội khí quản trong 24 giờ (86%). Biến chứng thường gặp sau mổ là tràn dịch màng phổi (12%), nhiễm trùng vết mổ, tràn dịch màng ngoài tim (1,7%), 5% suy thận cấp (không phải lọc máu). Không có tử vong trong và hậu phẫu sau mổ. Siêu âm

tim so sánh tại thời điểm trước mổ so với khi ra viện và khám lại, thấy chỉ số trung bình chênh áp qua van động mạch chủ giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh van động mạch chủ hai lá van gặp khá nhiều. Dù đa số là bệnh nhân cao tuổi, song điều trị bằng phẫu thuật thay van động mạch chủ cho kết quả sớm và trung hạn vẫn khá tốt với tỉ lệ tai biến – biến chứng thấp. Tuy nhiên dùng thuốc chống đông và nhiều bệnh nền là yếu tố ảnh hưởng tới các biến cố gây tử vong ở trung và dài hạn.

Từ khóa: Bệnh van động mạch chủ hai lá van, thay van động mạch chủ, Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF AORTIC VALVE REPLACEMENT SURGERY TO TREAT BICUSPID AORTIC VALVE DISEASE AT VIET – DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD 2018 - 2023

Overview: Bicuspid aortic valve is a common congenital heart disease. Gradually, the valve leaflets gradually degenerate, that make the stenosis and regurgitation of aortic valve, which leads to aortic valve disease, hence valve replacement surgery requirements. This study aims to evaluate the results of valve replacement surgery treating bicuspid aortic valve disease at Viet Duc University Hospital in the period from 2018 to 2023. **Subjects and Methods:** We were using data from SPSS 20.0 software, this is a descriptive study of retrospective cross-sectional with longitudinal follow-up study of patients diagnosed with bicuspid aortic valve disease who underwent valve replacement surgery, from January 2018 to January 2023, at Viet Duc University Hospital. **Results:** There were 58 patients with an average age of 59.9 ± 8.6 years (38 - 80), in which men accounted for 62.1%. NYHA heart failure classification at the moderate and

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ước

Email: uocdhyhn101@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024