

kết quả nghiên cứu của Aipeng Li (2015) khi số bệnh nhân có thị lực kém (<20/400) chỉ 19% và có tới 33% có thị lực tốt ($\geq 20/40$).⁵ 100% nhãn áp của nhóm nghiên cứu trong giới hạn bình thường. Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương toàn bộ thị trường là 40%, nhóm bệnh nhân có khuyết 1/2 thị trường phía dưới là 37,5% trong khi tổn thương khuyết 1/2 thị trường phía trên có 12,5%. Nghiên cứu của Aipeng Li (2015) cho thấy khuyết thị trường trên và dưới, hạn chế thị trường và phía mũi chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 16,9%, 11,5%, 20,1% và 16,2%) trong khi đó tổn thương thị trường toàn bộ chỉ chiếm 5,2%.⁵ Qua đó thấy các tổn thương về thị lực, thị trường trong nghiên cứu của chúng tôi là nặng nề hơn.

Bảng 3.4 cho thấy trên hình ảnh huỳnh quang, số bệnh nhân có hình ảnh giảm tưới máu huỳnh quang thì hắc mạc là đa số với 31 BN, chiếm tới 77,5%, chỉ 7,5% là không thấy tổn thương. Nghiên cứu của Kim (2016) chỉ ra có 56,5% số bệnh nhân NAION có tổn thương trên chụp đáy mắt huỳnh quang,⁶ thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu chúng tôi. Bảng 3.5 chỉ ra tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh ở 4 vị trí trên, dưới, phải, trái có sự khác nhau. Tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh phía trên < 38% chiếm tới 70%, tỷ lệ tưới máu phía dưới < 38% chiếm 40%, tỷ lệ tưới máu phía mũi và phía thái dương < 38% chiếm 35%. Tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh phía mũi > 40% là nhiều nhất chiếm 52,5%, tỷ lệ tưới máu phía trên > 40% ít nhất chiếm 15%. Nghiên cứu của Ali và cộng sự (2019) chỉ ra tỷ trọng tưới máu đầu thị thần kinh ở 4 vị trí cũng có sự khác nhau, trong đó thấp nhất là đầu thị

thần kinh phía thái dương (30,9%) và cao nhất là đầu thị thần kinh phía dưới ($41,5 \pm 7,6\%$).⁷

V. KẾT LUẬN

Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm có đặc điểm cận lâm sàng đa dạng, tương đối nặng nề, diễn biến cấp tính. Trong đối tượng nghiên cứu có 42,5% bệnh nhân có thị lực kém; 40,0% bệnh nhân tổn thương thị trường toàn bộ và 77,5% có hình ảnh giảm tưới máu huỳnh quang thì hắc mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hơn.** nhãn Khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012;3: 305-309
2. **Guyser DR, Miller NR, Auer CL, Fine SL.** The risk of cerebrovascular and cardiovascular disease in patients with anterior ischemic optic neuropathy. Arch Ophthalmol Chic Ill 1960. 1985; 103(8): 1136-1142. doi: 10.1001/archoph. 1985. 01050080048018
3. **Chow DR, Oliveira PRC de Oliveira MD et al.** OCT Angiography. Thieme; 2017;16:112-126.
4. **Bialer OY, Stiebel-Kalish H.** Clinical characteristics of progressive nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Int J Ophthalmol. 2021;14(4):517-522. doi:10.18240/ijo.2021.04.06
5. **Li A, Li L, Li M, Shi X.** A new characterization for nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Int J Clin Exp Med. 2015;8(10):18681-18688.
6. **Kim MK, Kim US.** Analysis of Fundus Photography and Fluorescein Angiography in Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy and Optic Neuritis. Korean J Ophthalmol KJO. 2016; 30(4): 289-294. doi: 10.3341/ kjo.2016. 30.4.289
7. **Ali AEMES, Abd Al-Halim NEDAAH, Hussein MMS.** Optical Coherence Tomography Angiography of Acute Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. Egypt J Hosp Med. 2019; 75(6): 3079-3082. doi: 10.21608/ ejhm. 2019.34239

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG ĐÌNH NỘI TỦY CÓ CHỐT ĐA HƯỚNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Nguyễn Xuân Thùy², Vũ Quang Việt²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy

có chốt đa hướng tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy thân hai xương cẳng chân, điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương đinh nội tủy có chốt đa hướng tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 4/2019 đến hết tháng 5/2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $39,8 \pm 14,8$ tuổi, nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông, chiếm tỷ lệ 78,85%, gây phức tạp theo phân độ AO loại B và C chiếm tới 50% các trường hợp. Kết quả chung sau mổ tốt: kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman rất tốt và tốt chiếm

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024

98,08%, kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière: rất tốt và tốt chiếm 96,88%. **Kết luận:** Gãy thân hai xương cẳng chân là một loại gãy thường gặp. Phương pháp phẫu thuật bằng đinh nội tủy có chốt đa hướng cho kết quả sau mổ tốt, là một trong những lựa chọn điều trị tốt cho gãy thân hai xương cẳng chân.

Từ khóa: Gãy thân hai xương cẳng chân, đinh nội tủy có chốt đa hướng

SUMMARY

OUTCOMES OF TREATMENT OF TIBIA AND FIBULA FRACTURES BY USING CANNULATED TIBIAL NAIL WITH MULTIDIRECTIONAL LOCKING SCREWS SYSTEM AT VIET DUC HOSPITAL

Introduction: Study to assess outcomes of treatment of tibia and fibula fractures by using cannulated tibial nail with multidirectional locking screws system at Viet Duc Hospital. **Method:** A retrospective and prospective descriptive study on 52 patients diagnosed tibia and fibula fractures, treated by ORIF using cannulated tibial nail with multidirectional locking screws system from April 2017 to May 2022 at Viet Duc Hospital. **Result:** The average age of the study subjects is $39,8 \pm 14,8$ years old, traffic accident is the most common cause of injury, accounted for a high rate (78.8%), AO/OTA classification type B and C account for 50%. Good overall results: anatomic restoration (Larson and Bostman standard): good and very good: 98.8%, bone healing (JL Haas and JY De La Cafinière standard): good and very good: 96.88%. **Conclusion:** Tibia and fibula fractures is a common injury. ORIF using cannulated tibial nail with multidirectional locking screws system gives a good outcome, becomes one of good operation method for tibia and fibula fractures.

Keywords: tibia and fibula fractures, multidirectional locking screws system

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương cẳng chân là gãy xương từ dưới nếp gấp gối 5cm và trên nếp gấp cổ chân 5cm, là loại gãy dưới hành xương của mâm chày và trên hành xương của trăn chày.¹

Ở nước ta trung bình có 26 trường hợp gãy 2 xương cẳng chân trong 100000 người hàng năm. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ 41:12/100000 dân mỗi năm.² Tỷ lệ gãy thân xương cẳng chân chiếm khoảng 18% các loại gãy xương.³

Về mặt cấu tạo giải phẫu vùng cẳng chân và các đặc điểm về cơ chế chấn thương mà mức độ tổn thương giải phẫu trong gãy thân xương cẳng chân rất đa dạng, mức độ tổn thương khác nhau nên phương pháp điều trị gãy thân xương cẳng chân cũng rất phong phú đa dạng. Trong đó phương pháp điều trị gãy thân xương cẳng chân bằng đinh nội tủy (ĐNT) là phương pháp phẫu thuật kinh điển.

Năm 1940, Kuntscher G.⁴ báo cáo việc sử dụng ĐNT để điều trị cho bệnh nhân gãy thân xương và sau đó kỹ thuật này với nhiều ưu điểm không ngừng được cải tiến. Những năm 60-70 thế kỉ XX, thế hệ ĐNT thứ 2 ra đời, tiêu biểu như đinh SIGN, đinh Kempf.I, đinh Russell –Taylor. với đặc điểm nổi trội là ĐNT có vít chốt trên và dưới ổ gãy, chống di lệch xoay, xoắn vặn tốt hơn thế hệ ĐNT trước. Tuy nhiên còn nhiều hạn chế với KHX gãy xương vị trí hành xương, gãy xương 1/3 trên, gãy xương 1/3 dưới hay loại gãy phức tạp giữa thân xương cẳng chân. Từ năm 1998, thế hệ ĐNT thứ 3 ra đời khắc phục những hạn chế trên của thế hệ ĐNT thứ 2, ĐNT thế hệ 3 có đặc điểm thiết kế bắt vít chốt trên nhiều phương diện (đa hướng) và cải tiến vật liệu ĐNT là titan. Từ đó đến nay loại ĐNT này được đưa thực hành lâm sàng một cách rộng rãi trên thế giới.

Ở nước ta hiện nay ĐNT có chốt đa hướng được đưa vào thực tiễn lâm sàng rộng rãi.

Trong những năm gần đây (từ 2018 đến nay), Viện Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Việt Đức các phẫu thuật viên đã sử dụng đinh nội tủy có chốt đa hướng điều trị gãy thân xương cẳng chân và cũng đã cho kết quả rất khả quan.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt đa hướng tại bệnh viện Việt Đức nhằm mục đích tổng kết, rút ra những ưu, nhược điểm của phương pháp phẫu thuật để có thêm một lựa chọn hợp lý cho việc điều trị gãy thân hai xương cẳng chân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín thân hai xương cẳng chân, được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương đinh nội tủy có chốt đa hướng tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 04/2019 đến tháng 05/2020.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có độ tuổi từ 18 trở lên, lâm sàng phù hợp với gãy kín thân hai xương cẳng chân, được chụp X quang có hình ảnh gãy thân hai xương cẳng chân, được phẫu thuật bằng phương pháp kết hợp xương đinh nội tủy có chốt đa hướng và các vít chốt được chốt theo ít nhất hai bình diện khác nhau. Bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu và có hồ sơ bệnh án đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy xương bệnh lý, có tổn thương mạch máu, thần kinh lớn

kèm theo, có tổn thương phối hợp nặng (Chẩn thương sọ não Glasgow ≤ 8 điểm...), dị dạng ống tủy xương chày.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 20.0.

Sử dụng hệ thống bảng, biểu đồ để mô tả số liệu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân gãy hai xương cẳng chân trong nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng

| Đặc điểm | Phân loại | Số bệnh nhân (n=52) | Tỷ lệ (%) | Trung bình (max; min) |
|---|--------------------|---------------------|-----------|-----------------------|
| Tuổi | ≤ 30 tuổi | 18 | 34,62 | 39,8 ± 14,8 (83;18) |
| | 31-60 tuổi | 30 | 57,69 | |
| | ≥ 61 tuổi | 4 | 7,69 | |
| Giới tính | Nam | 29 | 55,77 | |
| | Nữ | 23 | 44,23 | |
| Nguyên nhân chấn thương | Tai nạn giao thông | 41 | 78,85 | |
| | Tai nạn lao động | 8 | 15,38 | |
| | Tai nạn sinh hoạt | 3 | 5,77 | |
| Thời gian từ khi chấn đoán đến khi phẫu thuật | 0-2 ngày | 33 | 64,46 | 3,02 ± 3,12 (16;0) |
| | 3-4 ngày | 10 | 19,23 | |
| | | 6 | 11,54 | |
| | ≥ 7 ngày | 3 | 5,77 | |
| Thời gian phẫu thuật | < 30 phút | 6 | 11,54 | 41,15±11,62 (65;25) |
| | 30 – 60 phút | 43 | 82,69 | |
| | > 60 phút | 3 | 5,77 | |
| Thời gian nằm viện | 3-4 ngày | 9 | 17,31 | 7,62 ± 4,86 (25;3) |
| | 5-8 ngày | 29 | 55,77 | |
| | ≥ 9 ngày | 14 | 26,92 | |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân gãy thân hai xương cẳng chân trong nghiên cứu là 39,8 ± 14,8 tuổi, trong đó các bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động chiếm 92,31%.

Hay gặp hơn ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,26.

Trong các nhóm nguyên nhân chấn thương, tai nạn giao thông gặp tỷ lệ cao nhất (78,85%), tiếp đến là tai nạn lao động (15,38%).

Thời gian từ khi chẩn đoán đến khi phẫu thuật hay thời gian chờ phẫu thuật trung bình là 3,02 ± 3,12. Thời gian chờ mổ 0-2 ngày chiếm tỷ

lệ cao nhất (64,46%). Bệnh nhân chờ mổ lâu nhất là 16 ngày.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 41,15 ± 11,62 phút. Hầu hết bệnh nhân có thời gian phẫu thuật 30-60 phút (82,69%), ngắn nhất là 25 phút, dài nhất là 65 phút.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 7,62 ± 4,86 ngày, dài nhất là 25 ngày, ngắn nhất là 3 ngày.

Bảng 3.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

| Đặc điểm | Phân loại | Số bệnh nhân (n=52) | Tỷ lệ (%) | |
|------------------|-----------|---------------------|-----------|-------|
| Vị trí gãy xương | 1/3 trên | 3 | 5,77 | |
| | 1/3 giữa | 28 | 53,85 | |
| | 1/3 dưới | 21 | 40,38 | |
| Phân độ theo AO | A | A1 | 9 | 17,31 |
| | | A2 | 5 | 9,62 |
| | | A3 | 12 | 23,08 |
| | B | B1 | 8 | 15,38 |
| | | B2 | 10 | 19,23 |
| | | B3 | 0 | 0,00 |
| | C | C1 | 1 | 1,92 |
| | | C2 | 7 | 13,46 |
| | | C3 | 0 | 0,00 |

Nhận xét: Vị trí gãy xương 1/3 giữa và 1/3 dưới là hay gặp nhất trong đó gãy 1/3 giữa chiếm 53,85%, gãy 1/3 dưới chiếm 40,38%.

Phân loại theo AO: 50% số bệnh nhân gãy đơn giản, trong đó gãy chéo vát chiếm 26,93%. Gãy phức tạp chiếm tỷ lệ lớn 50% và gãy kiểu 2 tầng 3 đoạn chiếm đến 13,46%.

3.2. Kết quả điều trị

- Biến chứng: Không có bệnh nhân nào bị biến chứng trong phẫu thuật. Sau phẫu thuật, không có bệnh nhân nào bị viêm tấy, nhiễm trùng vết mổ.

- Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo Larson và Bostman

Bảng 3.3. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo Larson và Bostman

| | Gãy đơn giản | | Gãy có mảnh rời | Tổng cộng | % |
|---------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------|-------|
| | Đường gãy ngang | Gãy chéo xoắn | | | |
| Hết di lệch | 9 | 10 | 14 | 33 | 63,46 |
| Di lệch ít | 5 | 2 | 11 | 18 | 34,62 |
| Di lệch nhiều | 0 | 0 | 1 | 1 | 1,92 |
| Tổng cộng | 14 | 12 | 26 | 52 | 100 |

Nhận xét: + Kết quả chỉnh hết di lệch là 33/52 bệnh nhân chiếm 63,46%.

+ Chỉnh còn di lệch cho phép là 18/52 bệnh nhân chiếm 34,62%.

+ Có 01 trường hợp di lệch nhiều, BN này có phân độ AO C2, chiếm tỷ lệ 1,92%.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa độ gãy xương và kết quả nắn chỉnh ổ gãy

| Độ gãy | Kết quả nắn chỉnh | | | | Tổng | | p |
|--------|-------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| | Rất tốt | | Tốt | | Số BN | % | |
| | Số BN | % | Số BN | % | | | |
| A | 19 | 73,08 | 7 | 26,92 | 26 | 100% | 0.01 |
| B | 12 | 66,67 | 6 | 33,33 | 18 | 100% | |
| C | 2 | 25,00 | 6 | 75,00 | 8 | 100% | |

(*p < 0,05, test χ^2 Fisher)

Nhận xét: 73,08% bệnh nhân gãy độ A có kết quả nắn chỉnh tốt theo Larson – Bostman. 66,7% bệnh nhân gãy độ B có kết quả nắn chỉnh rất tốt, 25% số bệnh nhân độ gãy C có kết quả nắn chỉnh tốt. Mối liên quan giữa độ gãy và kết quả nắn chỉnh có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Đánh giá sự liền xương (thời điểm 6 tháng, n = 32):

Bảng 3.5. Đánh giá sự liền xương theo tiêu chuẩn JL Haas và JY De La Cafinière

| Kết quả liền xương | Số BN (n=32) | % |
|--------------------|--------------|-------|
| Rất tốt | 29 | 90,63 |
| Tốt | 2 | 6,25 |
| Trung bình | 1 | 3,12 |
| Kém | 0 | 0,00 |
| Tổng | 32 | 100 |

Nhận xét: Sau 6 tháng phẫu thuật có 30/32 bệnh nhân liền xương rất tốt, chiếm tỷ lệ 90,63%, liền xương trung bình chiếm 3,12%.

Bảng 3.6. Đánh giá sự liền xương theo phân loại gãy xương AO (n=32)

| Phân loại | Sự liền xương | | | | | |
|-----------|---------------|-------|-----|------|------------|------|
| | Rất tốt | % | Tốt | % | Trung bình | % |
| A | 16 | 50,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| B | 9 | 28,13 | 1 | 3,13 | 1 | 3,13 |
| C | 4 | 12,50 | 1 | 3,13 | 0 | 0 |
| Tổng | 29 | 90,63 | 2 | 6,25 | 1 | 3,13 |

Nhận xét: Nhóm gãy xương phân độ A: có 16 BN; gãy xương phân độ B có 11 BN; gãy xương phân độ C có 5 BN. Có 31/32 BN liền xương tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 96,88%, trong đó tỷ lệ rất tốt chiếm tới 90,63%, có 1/32 BN liền xương chậm chiếm tỷ lệ 3,13%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân gãy hai xương cẳng chân trong nghiên cứu. Thời gian từ khi chẩn đoán tới khi phẫu thuật trung bình là 3,02 ± 3,12 ngày. Bệnh nhân chờ mổ lâu nhất là 16 ngày, trường hợp này là do bệnh nhân có kèm chấn thương sọ não mức độ trung bình kèm theo

cần điều trị trước. Nghiên cứu của tác giả Sùng Đức Long⁵ cho thấy thời gian chờ mổ trung bình là 3,36 ngày, thời gian chờ mổ dưới 3 ngày chiếm 71,9% là khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Theo chúng tôi, thời điểm thích hợp để phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng bệnh nhân khi vào viện, tổn thương tại chỗ, tổn thương phối hợp, điều kiện cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, trình độ phẫu thuật viên. Xu hướng ngày nay, nếu bệnh nhân có đủ các điều kiện thì phẫu thuật nên được thực hiện sớm nhất có thể với mục tiêu giảm chi phí, cải thiện tinh thần bệnh nhân và người nhà, giảm thiểu quá tải và nhiễm trùng bệnh viện.

Thời gian phẫu thuật là thời gian từ lúc rạch da đến lúc đóng xong vết mổ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 41,15 ± 11,62 phút. Theo Guo J.J⁸ nghiên cứu trên 82 bệnh nhân đóng đinh nội tủy kín, thời gian phẫu thuật trung bình là 79 phút. Khác biệt này là do chúng tôi mở nhỏ ổ gãy nên nắn chỉnh ổ gãy tốt hơn và giảm thời gian nắn chỉnh cũng như thời gian phẫu thuật chung.

Số ngày nằm viện trung bình là 7,62 ± 4,86 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật dài nhất là 25 ngày, ngắn nhất là 3 ngày. Trường hợp nằm viện dài thường là do thời gian chờ mổ dài do cần điều trị những bệnh phối hợp kèm theo như chấn thương sọ não.

Về đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, vị trí ổ gãy 1/3 trên chiếm tỷ lệ ít nhất 5,77%, vị trí gãy 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm tỷ lệ lần lượt 53,85% và 40,38%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quý⁶ cho tỷ lệ gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới lần lượt là 2,5%, 30,8%, 66,7%. Sự khác biệt không nhiều, trong đó tỷ lệ gãy 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm đa số giống nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu cho thấy tính ưu việt của đóng đinh nội tủy có chốt trong điều trị gãy thân hai xương cẳng chân có chỉ định rộng rãi trong nhiều vị trí gãy xương, đặc biệt là vùng 1/3 trên và 1/3 dưới là vùng dễ di lệch xoay.

Chúng tôi thực hiện phân loại hình ảnh gãy xương theo AO, thu được kết quả 50% bệnh nhân gãy đơn giản, trong đó gãy chéo vát chiếm 26,93%, gãy phức tạp chiếm tỷ lệ lớn 50% và kiểu gãy 2 tầng 3 đoạn chiếm đến 13,46%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quý⁶ cho kết quả gãy loại A chiếm 48,7%, gãy loại B và C chiếm 51,3% các trường hợp, trong đó gãy 2 tầng 3 đoạn chiếm 2,7%. Nghiên cứu của tác giả Sùng Đức Long⁵ cho kết quả gãy loại A chiếm tỷ lệ cao nhất 82%, loại B chiếm 12,3%, gãy loại C chiếm 5,6%. Sự khác biệt về kết quả giữa các

ngghiên cứu do các tác giả nghiên cứu gãy xương cẳng chân do lực tác động gấp, thường là gãy năng lượng thấp. Phân độ gãy xương theo AO có giá trị tiên lượng khi tiến hành phẫu thuật và thời gian liền xương sau này.

4.2. Kết quả điều trị. Tổng kết 52 trường hợp được phẫu thuật kết hợp xương đinh nội tủy có chốt đa hướng điều trị gãy thân hai xương cẳng chân tại bệnh viện Việt Đức, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị biến chứng trong mổ. Phẫu thuật viên tại bệnh viện là những người có nhiều kinh nghiệm, đã thuần thục trong thực hiện các kỹ thuật và nắm vững cấu trúc giải phẫu vùng cẳng chân, đồng thời vết mổ chỉ được mở tối thiểu nhất có thể đủ để đặt dụng cụ kết hợp xương nên ít gây xâm hại. Sau phẫu thuật, chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào bị biến chứng không liền vết mổ hay nhiễm trùng sau mổ.

Về kết quả nắn chỉnh ổ gãy, có 63,46% các trường hợp hết di lệch, 24,62% di lệch nhỏ chấp nhận được. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quý⁶ nghiên cứu 39 bệnh nhân cho thấy 87,18% bệnh nhân hết di lệch, 12,82% các trường hợp còn di lệch nhỏ. Kết quả hai nghiên cứu có điểm tương đồng là hầu hết các bệnh nhân sau phẫu thuật có độ nắn chỉnh đạt hết di lệch hoặc di lệch nhỏ không đáng kể. Theo nghiên cứu của tác giả Sùng Đức Long⁵, kết quả nắn chỉnh ổ gãy sau mổ rất tốt chiếm 93,3%, tốt chiếm 6,7%. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoan⁷, tỷ lệ rất tốt chiếm 93,23%, tốt chiếm 6,77%. Nghiên cứu của Sean E. Nork⁹ cho kết quả nắn chỉnh rất tốt 88,5%, tốt 10,5%, không có trường hợp nào trung bình và xấu. Những nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ rất tốt cao hơn chúng tôi một chút nhưng tổng tỷ lệ rất tốt và tốt đều chiếm tỷ lệ rất cao. Theo bảng 3.4, chúng tôi thấy mối liên quan giữa độ gãy xương và kết quả nắn chỉnh có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhìn chung kết quả phản ánh kết quả kết hợp xương đạt yêu cầu về giải phẫu, phẫu thuật gặp khó khăn hơn khi điều trị các loại gãy phức tạp AO loại C nhưng vẫn đạt kết quả khá cao.

Về kết quả liền xương, chúng tôi đánh giá ở thời điểm 6 tháng sau mổ, trong đó khám lại và đánh giá được trên 32 bệnh nhân trong số 52 bệnh nhân vì một số bệnh nhân ở xa, ảnh hưởng bởi dịch bệnh nên không đến khám lại được hoặc bệnh nhân chưa đủ thời gian đánh giá kết quả xa. Bệnh nhân được khám lâm sàng và đánh giá liền xương trên X quang cẳng chân hai tư thế thẳng, nghiêng. Hình ảnh liền xương trên phim

rất tốt chiếm 93,75%, liền xương tốt có 2 trường hợp chiếm 6,26% (tiêu chuẩn đánh giá liền xương của JL Haas và JY De la Caffinière). Hai trường hợp này đều gãy vị trí 1/3 dưới trong đó một trường hợp có mảnh ba (AO loại B2) và một trường hợp gãy 2 tầng 3 đoạn (AO loại C2). Theo chúng tôi, do đặc điểm giải phẫu 1/3 dưới cẳng chân tình trạng nuôi dưỡng kém hơn các vị trí khác, có mảnh ba tổn thương màng xương nên ảnh hưởng ít nhiều đến nuôi dưỡng và hạn chế liền xương hơn. Theo tác giả Lê Minh Hoan⁷, khi nghiên cứu 62 trường hợp thấy tỷ lệ chậm liền xương chiếm 2,38%. Báo cáo của Bhandari và Mohit¹⁰ cho thấy điều trị gãy thân xương chày bằng đinh nội tủy có kết quả liền xương cao, với tỷ lệ liền xương từ 96 – 100%. Thời gian liền xương phụ thuộc vào nhiều yếu tố như cơ địa bệnh nhân, tình trạng thương tổn tại chỗ, vị trí gãy, phương tiện kết hợp xương, các phương tiện điều trị hỗ trợ...

V. KẾT LUẬN

Gãy thân hai xương cẳng chân là một bệnh lý thường gặp với nguyên nhân chính là tai nạn giao thông, gặp ở nam nhiều hơn nữ và đa số bệnh nhân trong độ tuổi lao động. Phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy có chốt đa hướng đem lại hiệu quả nắn chỉnh và kết quả liền xương cao, là một trong các phương án điều trị rất tốt cho bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Dũng và các cộng sự**, Chẩn đoán và điều trị gãy xương, trật khớp chi dưới (2020).
2. **Court-Brown CM, McBirnie J.** The epidemiology of tibial fractures. *J Bone Joint Surg Br* 1995; 77:417-21.
3. **Nguyễn Đức Phúc và các cộng sự**, "Hội chứng khoang", Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, (2012), tr. 444.
4. **Canale S.T., Beaty J.H., Azar F.M.**, "Intramedullary Nailing of Tibial Shaft Fractures", *Campbell's Core Orthopaedic Procedures*, Elsevier Health Sciences, (2015), pp. 250 - 255.
5. **Sùng Đức Long**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy" Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Dược Thái Nguyên. (2015).
6. **Nguyễn Văn Quý, Vũ Nhật Định**, Kết quả bước đầu điều trị gãy kín thân xương chày bằng đinh nội tủy NEOGEN. *Tạp chí Y- Dược học quân sự* 2015(số 6): p. 149-154
7. **Lê Minh Hoan**, Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương chày bằng đinh Sign không mở ổ gãy, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y khoa Huế. (2006).
8. **Guo J., Tang N., Yang H., Tang T.**, "A prospective, randomised trial comparing closed intramedullary nailing with percutaneous plating in the treatment of distal metaphyseal fractures of

the tibia", Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume. 92(7), (2010), pp. 984 - 988.

9. **Nork S.E., Schwartz A.K., Agel J., Holt S.K.**, "Intramedullary nailing of distal metaphyseal tibial fractures", The Journal of Bone & Joint Surgery. (2005), 87(6), pp. 1213- 1221.
10. **Bhandari, Mohit**, "Economic evaluation of

reamed versus unreamed intramedullary nailing in patients with closed and open tibial fractures: Results from the study to prospectively evaluate reamed intramedullary nails in patients with tibial fractures (sprint)", Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume. (2012), 94(Supp xxxviii), pp. 76 -76.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI CÓ VIÊM MÀNG HOẠT DỊCH BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM CORTICOID KẾT HỢP UỐNG DIACEREIN VÀ GLUCOSAMIN TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Phạm Ngọc Ân¹, Lưu Thị Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân thoái hóa khớp gối (THKG) có viêm màng hoạt dịch (VMHD) bằng liệu pháp tiêm Corticoid kết hợp uống Diacerein và Glucosamin tại Bệnh viện A Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc 37 bệnh nhân THKG có VMHD được chỉ định điều trị bằng liệu pháp tiêm Corticoid kết hợp uống Diacerein và Glucosamin tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ 10/2022 - 10/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,76±10,66. Dấu hiệu bập bênh xương bánh chè giảm sau điều trị 1 tháng, p<0,05. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, hạn chế vận động, bập bênh xương bánh chè giảm sau điều trị 3 tháng và 6 tháng, p<0,05. Điểm đau VAS sau điều trị 1 tháng là 4,62±0,95; sau điều trị 3 tháng là 3,03±0,76 và sau điều trị 6 tháng là 1,49±0,69; p<0,05. Điểm WOMAC chung sau điều trị 1 tháng là 62,89±9,88; sau điều trị 3 tháng là 44,70±8,57 và sau điều trị 6 tháng là 21,46±6,74; p<0,05. Tỷ lệ cải thiện ít sau 1 tháng điều trị là 56,8%; sau 3 tháng điều trị là 94,6%. Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ cải thiện rõ là 59,5% và cải thiện ít 40,5%. Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân không gặp tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** Điều trị bệnh nhân THKG có VMHD bằng liệu pháp tiêm Corticoid kết hợp uống Diacerein và Glucosamin cho kết quả cao, kéo dài và không có tác dụng không mong muốn. **Từ khóa:** thoái hóa khớp gối, viêm màng hoạt dịch, corticoid, diacerein, glucosamin

SUMMARY

THE TREATMENT RESULTS OF KNEE OSTHROSIS PATIENTS WITH SYNOVITIS BY CORTICOID INJECTION COMBINED WITH DIACEREIN AND GLUCOSAMIN

Therapy at Thai Nguyen A Hospital

Objective: to evaluate the treatment results of knee osteoarthritis patients with synovitis by corticoid injection combined with oral diacerein and glucosamine therapy at Thai Nguyen A hospital. **Study subjects and methods:** A longitudinal follow-up intervention study was conducted on 37 knee osteoarthritis patients with synovitis by corticoid injection combined with oral diacerein and glucosamine therapy at Thai Nguyen A hospital from 10/2022 - 10/2023. **Results:** The average age of patients was 66.76±10.66. Signs of bobbing of the kneecap decreased after 1 month of treatment, p<0.05. Signs of morning stiffness, limited movement, and bobbing of the kneecap decreased after 3 months and 6 months of treatment, p<0.05. VAS pain score after 1 month treatment was 4.62±0.95; after 3 months of treatment was 3.03±0.76 and after 6 months treatment was 1.49±0.69; p<0.05. The overall WOMAC score after 1 month treatment was 62.89±9.88; after 3 months treatment was 44.70±8.57 and after 6 months treatment was 21.46±6.74; p<0.05. The slight improvement rate after 1 month treatment was 56.8%; after 3 months treatment was 94.6%. After 6 months of treatment, the clear improvement rate was 59.5% and the slight improvement rate was 40.5%. Overall (100.0%) patients did not experience adverse drug reaction. **Conclusion:** Treating knee osteoarthritis patients with synovitis by corticoid injection combined with oral diacerein and glucosamine therapy have high, long-lasting results and no adverse drug reaction.

Keywords: knee osteoarthritis, synovitis, corticosteroids, diacerein, glucosamine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh lý xương khớp với tỷ lệ mắc ở người ≥60 tuổi là 10,0% ở nam giới và 13,0% ở nữ giới. THKG đang là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở người cao tuổi [7]. THKG nếu không được điều trị kịp thời sẽ gây nhiều biến chứng, thậm chí gây tàn phế

¹Bệnh viện Đa khoa Thiện Nhân

²Sở Y tế Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Ân

Email: nhatminhdbp@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024