

bên sau khi đặt stent nhánh chính, khả năng thất bại hoặc khó khăn khi đưa lại dây dẫn từ nhánh chính qua mắt stent vào nhánh bên rất cao. Trong nghiên cứu của Carinax cũng cho thấy tổn thương Medina 1.1.1; Medina 1.0.1 và Medina 0.1.1 thường gặp nhiều nhất [8], Góc chia nhánh α tạo bởi đoạn xa nhánh chính và nhánh bên cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn chiến lược can thiệp cho tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành. Ở nghiên cứu của chúng tôi, góc chia nhánh $\alpha < 70^\circ$ gặp chủ yếu với tỷ lệ là 84,4%. Thang điểm Syntax là một công cụ cho điểm để đánh giá mức độ phức tạp của tổn thương động mạch vành trên chụp mạch, góp phần giúp các bác sĩ lựa chọn chiến lược điều trị cho bệnh nhân. Trong đa số các trường hợp, khi điểm Syntax > 32 thì sẽ ưu tiên lựa chọn phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành (CABG) cho bệnh nhân, vì các nguy cơ rủi ro khi can thiệp cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Syntax trung bình là $18 \pm 6,3$ và tỷ lệ bệnh nhân có điểm Syntax < 23 chiếm đa số (80,85%), phù hợp với can thiệp động mạch vành qua da. Có 3 bệnh nhân (2,13%) có điểm Syntax > 32 .

V. KẾT LUẬN

- Nam gặp nhiều hơn nữ, với tuổi lớn hơn 60 gặp chủ yếu và tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch gặp nhiều nhất.
- Tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành thường gặp nhất trên động mạch liên thất trước

và tổn thương phần lớn thuộc các nhóm tổn thương phức tạp (Medina 1.1.1, Medina 1.0.1 và Medina 0.1.1). Góc chia nhánh $\alpha < 70^\circ$, và điểm Syntax < 23 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt (2015), Thực hành bệnh tim mạch, Nhà xuất bản Y học.
2. Louvard Y. và Medina A. (2015). Definitions and classifications of bifurcation lesions and treatment. EuroIntervention. 2015;11:V23-V26.
3. Louvard Y., Thomas M., Dzavik V., et al. Classification of coronary artery bifurcation lesions and treatments: Time for a consensus! Catheterization & Cardiovascular Interventions 2008; Pages 175-183.
4. Medina A, Suárez de Lezo J, Pan M. (2006), [A new classification of coronary bifurcation lesions]. Rev Esp Cardiol. 2006 Feb;59(2):183 - 184.
5. Lassen JF, Holm NR, Stankovic G, et al. Percutaneous coronary intervention for coronary bifurcation disease: Consensus from the first 10 years of the European bifurcation club meetings. EuroIntervention. 2014;545-560.
6. Zhang J.-J., Ye F., Xu K. và cộng sự. (2020). Multicentre, randomized comparison of two-stent and provisional stenting techniques in patients with complex coronary bifurcation lesions: the DEFINITION II trial. Eur Heart J, 41(27), 2523-2536.
7. Bùi Long (2019), Nghiên cứu kết quả điều trị can thiệp bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp bằng stent phủ thuốc có polymer tự tiêu, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
8. Briguori C., Donahue M., Visconti G. và cộng sự. (2017). Coronary artery bifurcation narrowing treated by Axxess stent implantation: The CARINAX registry. Catheter Cardiovasc Interv, 89(4), E112-E123.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY ĐIỀU TRỊ BIẾN DẠNG KHUYU VEỌ TRONG

Đỗ Viết Tuyền*, Đào Xuân Tích**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Cắt xương hình chêm bên ngoài là phương pháp điều trị thường được áp dụng để chỉnh biến dạng khuỷu veọ trong hiện nay. Kết xương nhằm cố định ổ cắt xương, duy trì kết quả nắn chỉnh đến khi liền xương. Kỹ thuật cắt xương hình chêm, cố định bằng hai vít + buộc néo ép số 8 của French là đơn giản, dễ thực hiện và an toàn. **Đối tượng và phương pháp:** 63 bệnh nhân (BN) biến dạng khuỷu

veọ trong sau gãy trên trên đầu dưới xương cánh tay, tuổi trung bình là $9,3 \pm 2,6$ (6 - 15) được phẫu thuật cắt xương hình chêm bên ngoài để chỉnh trục, thực hiện trong thời gian từ 6/2015 đến tháng 12 /2019. **Kết quả:** Theo dõi xa được 52/63 (82,5%) với thời gian trung bình là $44,8 \pm 11,1$ tháng (21 - 82 tháng). Kết quả xa theo tiêu chuẩn của Ippolito: 33 bệnh nhân có kết quả tốt, 14 kết quả khá và 5 BN kết quả kém. **Kết luận:** Chúng tôi cho rằng phương pháp French cải biến điều trị biến dạng khuỷu veọ trong thật sự đơn giản và hiệu quả điều trị tốt cả về thẩm mỹ và chức năng.

Từ khóa: Biến dạng khuỷu veọ trong, cắt xương hình chêm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF DISTAL HUMERUS OSTEOTOMY TREATMENTING

*Bệnh viện Đa khoa Mê Linh, HN

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Viết Tuyền

Email: Doviettuyenvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 7/6/2021

Ngày duyệt bài: 25/6/2021

CUBITUS VARUS DEFORMITY

Aim: Lateral closed wedge (LCW) osteotomy is a commonly accepted method for the correction of the cubitus varus deformity. The fixation of osteotomy is required to prevent loss of correction achieved till the union is achieved. The fixation of the osteotomy by the two screw and figure of eight wire is commonly technique to maintain the peroperatively achieved correction. In this study the fixation was supplemented by plaster. **Materials and methods:** Sixty three patients of the cubitus varus deformity following of the distal humeral fracture were operated by LCW (lateral condylar wedge) osteotomy during June 2016 to December 2019. The mean age of the patients at the time of corrective surgery was $9,3 \pm 2,6$ (range 6–15 years). The osteotomy was fixed by two screws with figure of eight tension band wire between them. **Result:** Examination far results in 52 patients (82,5%), the mean follow-up period was $44,8 \pm 11,1$ months (range, 21–82 months). The far results were assessed as per Ippolito criteria. 33 patients showed excellent results and 14 patients showed good results and 5 patients showed poor results. **Conclusion:** We believe that the modified French method of treating cubitus varus deformity of the elbow is really simple and gives good treatment effect in both cosmetically and function.

Key words: Cubitus varus deformity, lateral condylar wedge osteotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến dạng khuỷu vẹo trong (cubitus varus) là một biến chứng thường gặp sau gãy xương ở đầu dưới xương cánh tay ở trẻ em. Nguyên nhân sớm của biến chứng này là do nắn chỉnh không hết di lệch còn di lệch gấp góc, di lệch xoay trong quá mức của lồi cầu ngoài; nguyên nhân muộn là do hoại tử hoặc kém phát triển của lồi cầu trong [1]. Di lệch mở góc vào trong là biến dạng có vai trò quyết định, bên cạnh đó di lệch xoay trong cũng góp một phần quan trọng. Nhiều kỹ thuật cắt xương ở đầu dưới xương cánh tay để chỉnh trục xương đã được đề xuất. Phương pháp cắt xương mở hình chêm ở thành trong để dẫn đến mất vững khớp khuỷu, khó cố định và có nguy cơ tổn thương TK trụ cao. Cắt xương hình chêm đáy ở thành ngoài là phương pháp đã được thực hiện từ lâu và an toàn. Điều còn tranh luận là chọn phương pháp cố định nào sau cắt xương để cố định ổ cắt xương vững hơn và ít nguy cơ biến chứng hơn. [1], [2].

French đề xuất kỹ thuật cắt tam giác chêm xương ở thành ngoài, và cố định bằng 2 vít kết hợp với buộc néo ép số 8. Bellemore đã cải biên kỹ thuật của cắt xương của French bằng cách giữ lại vỏ xương ở thành trong còn dính cốt mạc, chỉ bẻ gãy rời sau đó kết xương theo kỹ thuật giống như French đã mô tả [3]. Chúng tôi đã áp

dụng kỹ thuật trên để điều trị cho 63 trẻ em tại Bệnh viện Chỉnh hình phục hồi chức năng tỉnh Ninh Bình. Nhằm rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị biến dạng khuỷu vẹo trong ở trẻ em, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị biến dạng khuỷu vẹo trong bằng phẫu thuật cắt xương chỉnh trục" nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị biến dạng khuỷu vẹo trong bằng phẫu thuật cắt xương chỉnh trục theo kỹ thuật French cải biên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 63 BN có biến dạng khuỷu vẹo trong sau gãy đầu dưới xương cánh tay, gồm có 12 nữ (19%) và 51 nam (81%). Khuỷu vẹo trong ở tay phải là 26 BN (41,3%), tay trái là 37 BN (58,7%). Tuổi trung bình của BN ở thời điểm gãy là 6 (4-9), thời điểm mổ là $9,3 \pm 2,6$ (6 - 15). Biên độ gấp duỗi khuỷu trước mổ đạt từ $142,3 \pm 5,2^\circ$ ($126-145^\circ$).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt xương chỉnh trục và kết xương theo phương pháp French cải biên trong thời gian từ tháng 6/2015 đến 12/2019. Trước khi cắt xương, tiến hành khoan và bắt 2 vít song song với hai cạnh của chêm xương và sau khi cắt thì buộc néo ép số 8 bằng dây thép để đích cố định ổ cắt xương. Sau mổ tăng cường máng bột cánh bàn tay 3-4 tuần.

Khớp khuỷu sau phẫu thuật tạo hình được khám và đánh giá so với bên lành:

+ Đo góc cánh cẳng tay trên phim X quang chụp khớp khuỷu tư thế thẳng 2 bên.

+ Tình trạng chênh lệch hơn 10° so với bên lành và những phần nắn của bệnh nhân và cha mẹ được coi là yếu tố để chỉ định phẫu thuật.

+ Các BN được tái khám mỗi tháng một lần trong vòng 6 tháng, chụp phim X quang khớp khuỷu tại các thời điểm sau mổ 1,3,6 và 12 tháng để đánh giá sự duy trì kết quả chỉnh trục đạt được sau mổ.

+ Đánh giá kết quả xa theo tiêu chuẩn của Ippolito.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả chức năng theo Ippolito (1990) [4]

Tiêu chí đánh giá	Kết quả		
	Tốt	Khá	Xấu
Liên xương	Liên xương	Liên xương	Liên xương
Góc cánh cẳng tay	$> 0^\circ$	$< 0^\circ$	$< 0^\circ$
Chênh lệch góc cánh cẳng tay 2 bên	$< 10^\circ$	$< 10^\circ$	$> 10^\circ$
Biên độ gấp duỗi khuỷu	Giảm $< 10^\circ$	$> 10^\circ$	$> 10^\circ$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm biến dạng vẹo khuỷu

Bảng 3.1. Kết quả đo lâm sàng góc cánh cẳng tay 2 bên trước mổ. (n=63)

Nhóm tuổi	Góc cánh cẳng tay bên vẹo	Góc cánh cẳng tay bên lành	P
6 tuổi	-17,7 ± 3,3(-21,5 – (- 11,2)) Trung vị: -18,5	7,6 ± 0,4(7,0 – 8,0) Trung vị: 7,5	< 0,05
7 tuổi	-16,0 ± 3,9(-27 – (- 12,8)) Trung vị: -15,2	8,1 ± 0,3(8,0 – 9,0) Trung vị: 8,0	< 0,05
8 tuổi	-16,8 ± 4,6(-25 – (- 11)) Trung vị: -15,9	8,2 ± 0,3(8,0 – 9,0) Trung vị: 8,1	< 0,05
9 tuổi	-16,4 ± 2,5(-20 – (- 12,4)) Trung vị: -17,0	9,1 ± 0,4(9,0 – 10,0) Trung vị: 9,2	< 0,05
10 tuổi	-20,1 ± 4,5(-25,4 – (- 13,8)) Trung vị: -21,3	9,1 ± 0,4(9,0 – 10,0) Trung vị: 9,2	< 0,05
11 tuổi	-17,1 ± 3,9(-26,2 – (- 12,5)) Trung vị: -16,8	9,5 ± 0,4(9,0 – 10,0) Trung vị: 9,5	< 0,05
12 tuổi	-15,6 ± 1,0(-16,5 – (- 14,5)) Trung vị: -15,8	10,3 ± 0,3(10,0 – 11,0) Trung vị: 10,5	< 0,05
13 tuổi	-13,9 ± 0,7(-14,4 – (- 13,4)) Trung vị: -13,9	10,2 ± 0,5(10,0 – 11,0) Trung vị: 10,2	< 0,05
14 tuổi	-17,0 ± 3,5(-21,0 – (- 14,5)) Trung vị: -15,5	11,1 ± 0,6(11,0 – 12,0) Trung vị: 11,5	< 0,05
15 tuổi	-16,4 ± 1,4(-18 – (- 15,3)) Trung vị: -16,0	11,5 ± 0,7(11,0 – 12) Trung vị: 11,8	< 0,05
Giá trị trung bình chung	-16,9 ± 3,6(-27 – (- 11)) Trung vị: -16,5	8,9 ± 1,2(7 – 12) Trung vị: 8,8	< 0,05

- Có 34 BN (54%) bị biến dạng xoay trong trên lâm sàng (góc xoay đo được TB là $9,3^{\circ} \pm 2,7^{\circ}$ (8,5- 20 $^{\circ}$)).

- Có 16 BN (25,4%) có khuỷu ưỡn (dưới quá mức) so với tay lành, TB là $5,7^{\circ} \pm 1,4^{\circ}$ (5-10 $^{\circ}$).

- Biên độ gấp khớp khuỷu trung bình là: $142,30^{\circ} \pm 5,20$ (126 $^{\circ}$ – 145 $^{\circ}$).

3.2. Kết quả khảo sát góc cánh cẳng tay trên X quang qui ước.

Bảng 3.2. Kết quả đo trên phim X quang góc cánh cẳng tay 2 bên trước mổ. (n=63).

Nhóm tuổi	Góc cánh cẳng tay bên biến dạng	Góc cánh cẳng tay TB bên lành	P
6 tuổi	-17,7 ± 3,4(-21,4 – (- 11)) Trung vị: -18,5	7,6 ± 0,4(7,0 – 8,2) Trung vị: 7,6	< 0,05
7 tuổi	-16,1 ± 1,2(-27 – (- 13)) Trung vị: -15,2	8,1 ± 0,2(7,8 – 8,4) Trung vị: 8,2	< 0,05
8 tuổi	-16,7 ± 1,6(-25 – (- 11)) Trung vị: -15,5	8,2 ± 0,3(7,8 – 8,7) Trung vị: 8,2	< 0,05
9 tuổi	-16,5 ± 2,6(-20 – (- 12,4)) Trung vị: -17,2	9,1 ± 0,3(8,5 – 9,4) Trung vị: 9,2	< 0,05
10 tuổi	-20,1 ± 4,5(-25,5 – (- 13,8)) Trung vị: -21,4	9,1 ± 0,4(8,6 – 9,5) Trung vị: 9,1	< 0,05
11 tuổi	-17,1 ± 3,8(-26 – (- 12,7)) Trung vị: -16,5	9,5 ± 0,4(8,8 – 9,8) Trung vị: 9,6	< 0,05
12 tuổi	-15,8 ± 1,8(-17 – (- 14,5)) Trung vị: -15,75	10,4 ± 0,3(10 – 10,6) Trung vị: 10,5	< 0,05
13 tuổi	-14,0 ± 0,7(-14,5 – (- 13,5)) Trung vị: -14,0	10,1 ± 0,4(9,8 – 10,4) Trung vị: 10,1	< 0,05
14 tuổi	-17,2 ± 3,6(-21,3 – (- 15)) Trung vị: -15,3	11,2 ± 0,6(10,5 – 11,5) Trung vị: 11,5	< 0,05
15 tuổi	-16,3 ± 1,5(-18 – (- 15)) Trung vị: -16	11,5 ± 0,6(10,8 – 12) Trung vị: 11,8	< 0,05
Giá trị TB	-17,0 ± 3,6 (-27 – (- 11)) Trung vị: -16,4	9,0 ± 1,1(7 – 12) Trung vị: 8,8	< 0,05

- Số đo góc cánh cẳng tay bên veo khuỷu trước mổ và bên lành theo từng nhóm tuổi khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Ở nhóm 6 tuổi góc chênh lệch giữa 2 tay là lớn nhất.

- Ở nhóm 13 tuổi góc chênh lệch giữa 2 tay là nhỏ nhất.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Kết quả gần (3 tháng đầu)

- Diễn biến tại vết mổ: Liên kỳ đầu có 60 BN (95,2%). Nhiễm khuẩn vết mổ nông 3 BN (4,8%). Không gặp biến chứng nhiễm khuẩn sâu, viêm xương.

3.3.2. Kết quả khảo sát góc C - CT trên phim X quang tại thời điểm 6 tháng

Bảng 3.3. Góc cánh cẳng tay (C-CT) trên phim X quang sau mổ 6 tháng (n=63)

Nhóm tuổi	Góc C-CT bên mổ (độ)	Góc C-CT bên lành (độ)
6 tuổi	3,5 ± 5,1(-3,5 – 8,5) Trung vị: 7,0	8,0 ± 0,4(7,2 – 8,4) Trung vị: 8,2
7 tuổi	5,4 ± 3,9(-3,0 – 9,0) Trung vị: 7,0	8,4 ± 0,6(7,6 – 9,5) Trung vị: 8,5
8 tuổi	5,3 ± 5,5(-5,0 – 11,3) Trung vị: 7,0	8,2 ± 0,4(7,5 – 9,0) Trung vị: 8,2
9 tuổi	7,4 ± 3,6(2,0 – 12,5) Trung vị: 6,5	9,3 ± 0,5(8,8 – 10,2) Trung vị: 9,2
10 tuổi	8,3 ± 2,8(4,5 – 12,2) Trung vị: 8,7	9,3 ± 0,7(8,5 – 10,2) Trung vị: 9,0
11 tuổi	7,1 ± 5,6(0,0 – 16,5) Trung vị: 8,0	9,7 ± 0,5(10,0 – 10,3) Trung vị: 9,8
12 tuổi	6,3 ± 4,4(1,0 – 9,8) Trung vị: 8,0	11,1 ± 0,5(10,5 – 11,5) Trung vị: 11,3
13 tuổi	5,5 ± 2,1(4,0 – 7,0) Trung vị: 5,5	10,8 ± 0,6(10,3 – 11,2) Trung vị: 10,8
14 tuổi	9,6 ± 2,7(6,5 – 11,2) Trung vị: 11,0	11,8 ± 0,7(11,0 – 12,3) Trung vị: 11,2
15 tuổi	10,7 ± 3,3(7,3-13,8) Trung vị: 11,0	11,7 ± 0,6(11,0 – 12,2) Trung vị: 11,8
Giá trị trung bình chung	6,4 ± 4,5(-5 – 16,5) Trung vị: 7,0	9,2 ± 1,3(7,2 – 12,3) Trung vị: 9,0
$P < 0,05$		

Số đo góc cánh cẳng tay bên veo khuỷu sau mổ 6 tháng và bên lành theo từng nhóm tuổi khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.3. Kết quả xa. Có 52/63 BN được theo dõi kết quả xa (82,5%). Thời gian theo dõi TB là 44,8 ± 11,1 tháng (từ 21-82 tháng).

Bảng 3.4. Kết quả khảo sát góc Cánh cẳng tay trên phim X quang tại thời điểm kiểm tra xa (n=52).

Nhóm tuổi	Góc C-CT kiểm tra xa (độ)	Góc C-CT tay lành (độ)
6 tuổi	3,2 ± 5,2(-4,0 – 8,6) Trung vị: 6,5	8,3 ± 0,4(7,5 – 8,5) Trung vị: 8,5
7 tuổi	5,4 ± 4,1(-3,5 – 9,0) Trung vị: 7,4	8,7 ± 0,6(8,0 – 9,8) Trung vị: 8,8
8 tuổi	4,1 ± 6,5(-5,5 – 10,0) Trung vị: 7,2	8,5 ± 0,7(7,8 – 9,5) Trung vị: 8,5
9 tuổi	7,8 ± 4,0(2,4 – 12,5) Trung vị: 6,5	9,6 ± 0,5(9,6 – 10,5) Trung vị: 6,5
10 tuổi	7,5 ± 2,3(4,5 – 10,2) Trung vị: 8,0	9,4 ± 0,4(9,0 – 10,0) Trung vị: 9,0
11 tuổi	7,3 ± 6,3(0,5 – 16,8) Trung vị: 8,5	9,9 ± 0,6(9,0 – 10,5) Trung vị: 10,0
12 tuổi	6,4 ± 4,6(1,2 – 10,0) Trung vị: 8,0	11,4 ± 0,5(10,8 – 11,8) Trung vị: 11,5
13 tuổi	5,4 ± 2,3(3,8 – 7,0) Trung vị: 5,4	11,0 ± 0,7(10,5 – 11,5) Trung vị: 11,0
14 tuổi	9,5 ± 2,5(6,6 – 11,0) Trung vị: 11,0	11,8 ± 0,8(11,0 – 12,5) Trung vị: 12,0
15 tuổi	13,5 ^o	13 ^o
Giá trị trung bình chung	6,1 ± 4,8(-5,5 – 16,8) Trung vị: 7,0	9,5 ± 1,3(7,5 – 13,0) Trung vị: 9,2
$P < 0,05$		

Góc cánh cẳng tay tại thời điểm kiểm tra xa, trung bình là 6,1^o ± 4,8 (-5,5^o – 16,8^o) nhỏ hơn so với góc cánh cẳng tay trung bình bên lành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Kiểm định Wilcoxon, $p < 0,05$). So sánh ở từng lứa tuổi góc cánh cẳng tay đạt được thời điểm kiểm tra xa nhỏ hơn so với tay lành. Tuy nhiên góc cánh cẳng tay này vẫn là góc dương, tức là không còn biến dạng khuỷu veo trong.

Bảng 3.5. So sánh góc cánh cẳng tay trên X quang sau mổ 6 tháng và thời điểm kiểm tra xa. (n =52)

Nhóm tuổi	Góc C-CT sau mổ 6 tháng (độ)	Góc C-CT kiểm tra xa (độ)
6 tuổi	3,5 ± 5,1(-3,5 – 8,5) Trung vị: 7,0	3,2 ± 5,2(-4,0 – 8,6) Trung vị: 6,5
7 tuổi	5,4 ± 4,1(-3,0 – 9,0) Trung vị: 7,3	5,4 ± 4,1(-3,5 – 9,0) Trung vị: 7,4
8 tuổi	4,1 ± 6,4(-5,0 – 10,0) Trung vị: 7,0	4,1 ± 6,5(-5,5 – 10,0) Trung vị: 7,2
9 tuổi	7,6 ± 4,0(2,0 – 12,5) Trung vị: 6,5	7,8 ± 4,0(2,4 – 12,5) Trung vị: 6,5
10 tuổi	7,6 ± 2,4(4,5 – 10,2) Trung vị: 8,0	7,5 ± 2,3(4,5 – 10,2) Trung vị: 8,0
11 tuổi	6,9 ± 6,4(0,0 – 16,5) Trung vị: 8,0	7,3 ± 6,3(0,5 – 16,8) Trung vị: 8,5
12 tuổi	6,3 ± 4,6(1,0 – 9,8) Trung vị: 8,0	6,4 ± 4,6(1,2 – 10,0) Trung vị: 8,0

13 tuổi	5,5 ± 2,1(4,0 – 7,0) Trung vị: 5,5	5,4 ± 2,3(3,8 – 7,0) Trung vị: 5,4
14 tuổi	9,6 ± 2,7(6,5 – 11,2) Trung vị: 11,0	9,5 ± 2,5(6,6 – 11,0) Trung vị: 11,0
15 tuổi	13,5 ⁰	13,5 ⁰
Giá trị trung bình chung	6,1 ± 4,8(-5 – 16,5) Trung vị: 7,0	6,1 ± 4,9(-5,5 – 16,8) Trung vị: 7,0
	P > 0,05	

Số đo góc cánh cẳng tay trung bình ở thời điểm sau mổ 6 tháng và khi kiểm tra xa khác nhau không có ý nghĩa thống kê (Kiểm định Sample T- test, $p > 0,05$). So sánh cặp ở từng nhóm tuổi, góc cánh cẳng tay ở 2 thời điểm trên khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.4. Kết quả xa theo Ipollito

Bảng 3.6. Phân loại kết quả chung theo Ipollito (n=52)

Kết quả chung	Số bệnh nhân	%
Tốt	33	63,5
Khá	14	26,9
Kém	5	9,6
Tổng	52	100

- Kiểm tra kết quả xa có 33/52 BN (63,5%) đạt kết quả tốt và 14/52 BN (26,9%) đạt kết quả khá theo tiêu chuẩn của Ipollito (1990).

- Không có BN nào có biến chứng tổn thương mạch máu, thần kinh.

IV. BÀN LUẬN

Đầu dưới xương cánh tay ở trẻ em có những điểm cốt hóa và sụn tiếp hợp, những điểm này trong quá trình lớn lên của trẻ sẽ phát triển và gắn liền với thân xương. Sụn tiếp hợp ở đầu dưới xương cánh tay và các điểm cốt nhân sinh xương rất dễ bị ảnh hưởng trong chấn thương vùng khuỷu và phổ biến là gãy trên lồi cầu xương cánh tay.

Khuỷu vẹo trong (Cubitus varus deformity), là một di chứng thường gặp sau gãy trên lồi cầu xương cánh tay và các chấn thương có tổn thương sụn tiếp hợp ở vùng này ở trẻ em. Nguyên nhân là do rối loạn sự cốt hoá đầu dưới xương cánh tay làm cho lồi cầu và rỗng rọc phát triển không đều nhau, lồi cầu ngoài thường phát triển mạnh hơn.

Biến dạng khuỷu vẹo trong thường ít ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp khuỷu nhưng một số nghiên cứu gần đây cho thấy nếu để lâu có thể dẫn đến tổn thương liệt thần kinh trụ, bán trật khớp khuỷu và lỏng lẻo khớp [2], [5].

Do đó vấn đề điều trị sớm biến dạng khuỷu vẹo trong ngày càng được quan tâm nhiều hơn. Phẫu thuật cắt xương ở trên lồi cầu xương cánh tay để chỉnh trục đang được áp dụng phổ biến hiện nay với nhiều cách cố định ổ cắt xương khác nhau như: găm đinh Kirschner, kết xương bằng khung cố định ngoài, kết xương căng dẫn và kết xương nẹp vít.

Roach và CS cho rằng nếu ổ cắt xương không được cố định vững sẽ dẫn đến trượt 2 mặt cắt và dẫn đến mất kết quả chỉnh trục xương [2]. Có nhiều phương pháp cố định ổ cắt xương đã được áp dụng như bắt hai vít và buộc néo ép số 8 bằng dây thép như kỹ thuật của French, cố định bằng nẹp vít, đinh Kirschner xuyên chéo, cố định bằng khung cố định ngoài hoặc trước đây một số tác giả sau khi cắt xương chỉ bó bột.

Theo chúng tôi kỹ thuật cải biên của French để cố định vững chắc ổ cắt xương hình chêm bên ngoài trong điều trị biến dạng khuỷu vẹo trong có những thuận lợi nhất định. Thêm nữa, trong lúc mổ cho phép đánh giá về lâm sàng và kiểm soát được tình trạng di chuyển xoay và gập góc tốt hơn. Do đó phương pháp này đã giảm được tỷ lệ biến dạng tái phát. Với kỹ thuật này, chúng tôi đã bảo tồn được màng xương vì không bóc cốt mạc rộng và nhất là giữ nguyên được màng xương ở thành trong. Vì vậy tại ổ cắt xương, điều kiện sinh học tại chỗ tốt hơn, ổ cắt xương liền nhanh hơn. Kinh nghiệm đã chỉ ra rằng yếu tố sinh học quyết định liền xương ổ gãy cũng quan trọng như yếu tố cơ học và cần phải duy trì cả 2. [2], [6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bị liệt thần kinh trụ. Theo Sang và CS việc duy trì cố định vững chắc ổ cắt xương đến khi liền xương để tập vận động sớm là điều quan trọng nhất cần chú ý. Chúng tôi không đục gãy rời thành xương bên trong và dùng 2 vít xương cứng bắt song song với hai cánh của hình chêm kết hợp buộc néo ép số 8 bằng dây thép để ép dần hai mặt cắt áp khít nhau, làm cho cố định vững chắc hơn, đồng thời sau mổ tăng cường máng bột trong thời gian 4 tuần, đủ cho hình thành can xương tại vị trí cắt xương. Nhờ vậy mà tất cả 63 bệnh nhân không có trường hợp nào mất kết quả chỉnh trục. Kết quả nghiên cứu của bảng 3.5 cho thấy sử dụng phương pháp cố định này kết quả phẫu thuật chỉnh trục đạt được duy trì cho đến khi ổ cắt xương liền chắc.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi cho rằng phương pháp French cải biên điều trị biến dạng khuỷu vẹo trong thật sự đơn giản, có thể chấp nhận được và cho hiệu quả điều trị tốt cả về thẩm mỹ và chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Srivastava K.A., Srivastava D.C., Gaur S.C. (2008)**, Lateral closed wedge osteotomy for cubitus varus deformity. IJO - October - December 2008 / Volume 42 / Issue 4.
2. **Roach J.W., Hernandez M.A. (1991)**. Corrective osteotomy for cubitus varus after Supracondylar fracture. J Paediatr Orthop 1991;14:187-91.
3. **Ahmad I., Khan A., Idrees.M (2007)**. Modified French Osteotomy for cubitus varus deformity. Pakistan journal of Surgery, Volume 33, p270-272.
4. **Ippolito E., Moneta M.R., D'Arrigo C. (1990)**. Post-traumatic cubitus varus. J Bone Joint Surg Am. 1990;72(5):757-765.
5. **Ranjib K.J., Santosh T., Dhiraj S. (2019)**. Outcome of Corrective Dome Osteotomy for Cubitus Varus Deformity. Journal of Nobel Medical College, Volume 08, Number 02, Issue 15, July-December 2019, 42-46.
6. **Kim H.T., Lee J.S., Yoo C.I. (2005)**. Management of cubitus varus and valgus. J Bone Joint Surg Am. 2005;87

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN ĐIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY

Lê Quốc Việt¹, Phạm Đức Hiếu¹,
Đông Ngọc Minh¹, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán điện ở người bệnh tổn thương thần kinh quay giai đoạn sớm; 2) mô tả các yếu tố tiên lượng phục hồi ở người bệnh tổn thương thần kinh quay giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 người bệnh được chẩn đoán tổn thương thần kinh quay giai đoạn sớm tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2020 đến 12/2020. **Kết quả:** Tổn thương tại cánh tay chiếm 57,8%, 29,7% số ca có hiện tượng nguyền dân truyền thần kinh. Tỷ lệ có phục hồi chức năng thần kinh là 71,9%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng và điện chẩn cơ trong tổn thương dây thần kinh quay rất đa dạng, phụ thuộc vào vị trí, thời gian và hình thái tổn thương. Dây thần kinh quay có tiên lượng phục hồi tốt, có liên quan tới thời gian phát hiện và điều trị, hình thái tổn thương và dấu hiệu trên điện chẩn cơ.

Từ khóa: Điện sinh lý thần kinh, tổn thương thần kinh quay, liệt thần kinh quay.

SUMMARY

CLINICAL, ELECTROPHYSIOLOGY AND THE RECOVERING PROGNOSTIC FACTORS IN RADIAL NERVE PALS

Objectives: 1) Describe the clinical and electrophysiology characteristics of the early radial nerve palsy. 2) Describe the recovering prognostic factors in radial nerve palsy. **Subjects and method:** A cross-sectional descriptive study on 64 patients diagnosed with radial nerve palsy at Viet Duc university Hospital from 1/2020 -12/2020. **Results:** Injury to the arm accounts for 57.8%, 29.7% of cases

have neurotransmitter obstruction. The rate of neurological rehabilitation is 71.9%. **Conclusions:** The clinical and electrodiagnostic symptoms of radial nerve injury are variety, depending on the location, duration and morphology of the lesion. The radial palsy nerve has a good prognosis for recovery, related to detection and treatment time, lesion morphology and electromyographic signs.

Key words: Electroneurophysiology, radial injury, radial nerve palsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thần kinh quay có đường đi dài, quanh co và đi gần thân xương cánh tay nên thường bị tổn thương. Tổn thương thần kinh quay có thể xảy ra ở bất cứ điểm nào trên đường đi dây thần kinh và nguyên nhân cũng rất khác nhau [1]. Chẩn đoán dựa trên thăm khám lâm sàng, chẩn đoán điện và X - quang để xác định vị trí và mức độ tổn thương. Tổn thương thần kinh chia thành ba loại: mất thực dụng thần kinh (neurapraxia); tổn thương sợi trục (axonotmesis); tổn thương thần kinh (neurotmesis) [2]. Điều trị bảo tồn có thể hiệu quả ở 70% trường hợp liệt thần kinh quay cao [3].

Phục hồi thần kinh phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, giới, thời gian, phương pháp điều trị, hình thái tổn thương...[4]. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán điện ở người bệnh tổn thương thần kinh quay giai đoạn sớm. 2) Mô tả các yếu tố tiên lượng phục hồi ở người bệnh tổn thương thần kinh quay giai đoạn sớm

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân bị tổn thương thần kinh quay giai đoạn sớm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2020 – 12/2020.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Việt

Email: leviet11051989@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/4/2021

Ngày phản biện khoa học: 18/5/2021

Ngày duyệt bài: 12/6/2021