

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Howes BHL, Watson DI, Xu C, Fosh B,** Canepa M, Dean NR. Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* 2016;69(9):1184-1191.
2. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL):** position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1982. 1995;41(10):1403-1409.
3. **Zhang P, Li CZ, Wu CT, et al.** Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: A meta-analysis. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol.* 2017;43(2):285-293.
4. **Thorarinsson A, Fröjd V, Kølby L, Ljungdal J, Taft C, Mark H.** Long-Term Health-Related Quality of Life after Breast Reconstruction: Comparing 4 Different Methods of Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2017;5(6):e1316.
5. **Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al.** An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2020;29(7):1923-1933.
6. **Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ.** Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(2):345-353.
7. **Ng SK, Hare RM, Kuang RJ, Smith KM, Brown BJ, Hunter-Smith DJ.** Breast Reconstruction Post Mastectomy: Patient Satisfaction and Decision Making. *Ann Plast Surg.* 2016;76(6):640-644.
8. **Sisco M, Johnson DB, Wang C, Rasinski K, Rundell VL, Yao KA.** The quality-of-life benefits of breast reconstruction do not diminish with age. *J Surg Oncol.* 2015;111(6):663-668.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CAN LỆCH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Nguyễn Mạnh Tiến²,
Trần Minh Long Triều¹, Âu Hoàng Khang¹, Bùi Hải Bằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang can lệch đầu dưới xương quay và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị can lệch đầu dưới xương quay. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, tiến cứu trên 33 bệnh nhân can lệch đầu dưới xương quay được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, theo dõi và khám lại tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 03/2016 đến tháng 08/2019. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân đều đến viện vì triệu chứng đau, hạn chế vận động cổ tay, trong đó 63,7% bệnh nhân thỉnh thoảng đau khi không làm việc và 3% bệnh nhân đau liên tục. Phân loại gãy trước mổ theo AO cho thấy loại A chiếm 45,5%, loại B chiếm 24,2% và loại C chiếm 30,3%. Đặc điểm X quang trước phẫu thuật cho thấy: có tới 48,5% bệnh nhân có VA dưới -10 độ, có 21,2% bệnh nhân có UV trên 4 mm, có 63,6% bệnh nhân có RL dưới 10 mm. Chỉ số X quang sau mổ trung bình như sau: VA 11,48 độ ± 1,82, UA 20,97 độ ± 3,40, UV - 0,03mm ± 2,84, sự khác biệt của các chỉ số X quang trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien, cho kết quả có 87,88% bệnh nhân xếp loại tốt và rất tốt, 12,12% bệnh nhân xếp loại vừa và xấu, trong đó có

9,09% bệnh nhân xếp loại xấu. **Kết luận:** điều trị can lệch đầu dưới xương quay bằng phương pháp phẫu thuật đa số cho kết quả tốt, tuy nhiên cần thêm những nghiên cứu tương tự để khẳng định.

Từ khóa: can lệch, gãy đầu dưới xương quay, phẫu thuật

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL METHOD IN TREATING MALUNION AFTER DISTAL RADIUS FRACTURE AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: describe the clinical manifestations and radiographic index of malunions after distal radius fractures and evaluate the results of surgical method in treating malunion after distal radius fracture. **Subjects and methods:** prospective and retrospective cross-sectional study of 33 patients who went on surgery to treat malunion after distal radius fracture at Viet Duc Hospital from 2016 March to 2019 August. **Results:** All patients came to the hospital because of pain, limited wrist movement, of which 63.7% of patients had occasional pain when not working and 3% of patients had constant pain. Fracture classification according to AO showed that type A accounted for 45.5%, type B accounted for 24.2% and type C accounted for 30.3%. Preoperative radiographic characteristics showed that up to 48.5% of patients had VA below -10 degrees, 21.2% had UV above 4 mm, and 63.6% had RL less than 10 mm. The average postoperative radiographic index was as follows: VA 11.48 degrees ± 1.82, UA 20.97 degrees ± 3.40, UV - 0.03mm ± 2.84, the difference of previous radiographic indices and after surgery was statistically significant with p<0.001. Regards to function assessment after surgery according to Green and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức;

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 7.10.2022

O'Brien, 87.88% of patients rated good and very good, 12.12% of patients rated moderate and bad, in which there are 9.09% of patients rated bad. **Conclusions:** Treating malunion after distal radius fracture by surgical method mostly gives good results, however, more similar studies are needed to confirm it.

Keywords: malunion, distal radius fracture, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là gãy xương chi trên thường gặp nhất ở người lớn, nguyên nhân thường gặp do tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, chiếm tỷ lệ cao (hơn 16 ca trên 10.000 ca 1 năm) trong tổng số các loại gãy xương [1]. Đây là những tổn thương phức tạp, có thể để lại di chứng nặng nề, theo một số tài liệu cho thấy kết quả cơ năng xấu rất phổ biến từ 24%-31% số ca [2]. Các biến chứng này làm giảm hoặc mất chức năng cổ bàn tay ảnh hưởng tới các động tác linh hoạt, khéo léo trong cuộc sống sinh hoạt và lao động.

Gần đây, với sự tiến bộ của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, phân loại kiểu gãy và kỹ thuật điều trị cụ thể cho từng ca bệnh, gãy đầu dưới xương quay thường được xử lý sớm và đạt kết quả khá hơn [3,4]. Tuy vậy gãy đầu dưới xương quay vẫn có nguy cơ để lại các biến chứng, một trong số đó, chủ yếu là biến chứng can lệch (liền lệch) đầu dưới xương quay [2]. Biến chứng can lệch đầu dưới xương quay dẫn tới đau cổ tay và ảnh hưởng tới chức năng vận động của cổ tay, bàn tay, làm ảnh hưởng tới lao động và sinh hoạt của người bệnh. Khi đó phẫu thuật can lệch đầu dưới xương quay là một lựa chọn trong việc điều trị đem lại chức năng vận động tốt hơn cho người bệnh.

Ở Việt Nam, điều trị phẫu thuật can lệch đầu dưới xương quay chưa được quan tâm nhiều. Các báo cáo nghiên cứu về điều trị can lệch đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật còn ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị can lệch đầu dưới xương quay tại bệnh viện Việt Đức" với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang can lệch đầu dưới xương quay và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị can lệch đầu dưới xương quay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 33 bệnh nhân can lệch đầu dưới xương quay được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, theo dõi và khám lại tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 03/2016 đến tháng 08/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân can lệch đầu dưới xương quay có chỉ định phẫu

thuật, phá can kết hợp xương và có thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, khám lại đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có dị tật cũ, đã mất một phần chức năng cổ bàn tay, các bệnh nhân tâm thần, chấn thương sọ não có rối loạn tri giác, không hợp tác điều trị và nghiên cứu cũng loại trừ những bệnh nhân có thông tin bệnh án không đầy đủ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 03/2016 đến 08/2019 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, tiền cứu

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Các đặc điểm nhân khẩu học. Nguyên nhân gây chấn thương. Thời gian từ khi bị gãy đến khi phẫu thuật. Các phương pháp điều trị trước can lệch.

Triệu chứng lâm sàng và đặc điểm X quang.

Kết quả gần: phục hồi giải phẫu xương qua hình ảnh X quang sau mổ.

Đánh giá kết quả xa: Phục hồi chức năng.

Thu thập số liệu nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu: Thu thập số liệu của bệnh nhân tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 03/2016 đến 03/2018, gồm bệnh án, phim X quang trước phẫu thuật và sau phẫu thuật cho 14 bệnh nhân.

Nghiên cứu tiền cứu: Từ 03/2018 đến 03/2019: khám bệnh nhân, làm bệnh án, tham gia phẫu thuật, điều trị theo dõi, chụp phim trước và sau phẫu thuật cho 19 bệnh nhân.

Cách thức tiến hành nghiên cứu tiền cứu:

Khám phát hiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân can lệch đầu dưới xương quay, tiến hành chụp Xquang thường quy thẳng nghiêng và đo các chỉ số độ chênh quay trụ (UA), góc nghiêng trụ (UV), góc nghiêng lòng (VA), chiều cao mặt khớp (RL) bằng thước đo góc, làm bệnh án nghiên cứu theo mẫu bệnh án đã tạo.

Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ, kê tay trên bàn riêng. Gây mê hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay. Đặt Garo hơi áp lực 250 mmHg. Đường mổ: Rạch da theo đường mổ thuận lợi đã chọn phù hợp với loại can lệch, bóc tách bóc lộ đầu dưới xương quay. Kỹ thuật xử lý can lệch xương: Bóc lộ rõ diện khớp, diện xương can lệch. Đục can xương và nắn sửa hết di lệch chông, di lệch góc, ghép xương nếu ngăn xương quay, cắt ngắn xương trụ nếu độ chênh quay trụ lớn hơn 0 mm. Kiểm tra bằng C-Arm sao cho các chỉ số UV, UA, VA, RL đạt giá trị gần bình thường. Cố định vững ổ gãy bằng nẹp vít chữ T, nẹp vít khóa hoặc kim Kirschner. Kiểm tra độ vững ổ gãy sau khi kết hợp xương, kiểm tra bằng

C-Arm. Cầm máu kỹ vết mổ và đặt ống dẫn lưu ở gãy. Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu. Cơ sấp vuông được khâu lại.

Điều trị sau phẫu thuật: Nếu kết hợp xương vững cho vận động các khớp lân cận sớm. Nếu kết hợp xương không vững cần phải bó bột cẳng bàn tay thêm 3-4 tuần. Kháng sinh toàn thân 5 – 7 ngày. Dẫn lưu rút sau 24 – 48 giờ.

Chương trình vật lý trị liệu sau phẫu thuật: Giai đoạn sau phẫu thuật 1-3 tuần: nâng cao tay. Vận động thụ động nhẹ nhàng cổ tay và bàn tay. Vận động chủ động trợ giúp các khớp liên đốt bàn đốt, khớp khuỷu và vai. Đặt cổ tay trong nẹp dưới cổ tay 30⁰.

Giai đoạn sau phẫu thuật 4 – 7 tuần: tập chủ động có đề kháng nhẹ các hoạt động của cổ tay như gập, duỗi, nghiêng trụ, nghiêng quay, quay sấp, quay ngửa. Tập các bài tập tăng cường sức mạnh nhóm cơ cầm nắm bàn tay. Hoạt động trị liệu các cử động điều hợp, khéo léo bàn ngón tay trong sinh hoạt hàng ngày như cầm nắm, nhặt vật nhỏ...

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Chụp Xquang kiểm tra: Sau mổ.

Đánh giá kết quả lâm sàng theo bệnh án mẫu thiết kế cho nghiên cứu, bao gồm :

Đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu: Dựa vào các chỉ số Xquang, đo bằng thước đo góc: UV, VA, UA. Đánh giá khả năng phục hồi giải phẫu theo Hass JL và JLde la Caffinière [5].

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo Hệ thống thang điểm đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney [2,5].

Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý thống kê theo thuật toán thống kê Y học trên máy tính bằng phần mềm SPSS – 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp nhận của Hội đồng thông qua đề cương trường Đại học Y Hà Nội. Người tham gia nghiên cứu biết được mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân can lệch

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng	33	100
Giới tính: Nữ	9	27,3
Nam	24	72,7
Nhóm tuổi: <10	02	6,1

10 – 19	10	30,3
20 – 29	06	18,2
30 – 39	09	27,2
40 – 49	03	9,1
≥ 50	03	9,1
Nghề nghiệp		
Cán bộ, viên chức	06	18,2
Nông dân	03	9,1
Công nhân	09	27,3
Học sinh, sinh viên	11	33,3
Nghề khác	04	12,1
Nguyên nhân chấn thương		
Tai nạn sinh hoạt	15	45,5
Tai nạn lao động	03	9,1
Tai nạn giao thông	14	42,4
Nguyên nhân khác	01	3,0
Thời gian từ khi bị gãy đến khi phẫu thuật		
≤ 4 tuần	19	57,6
5 - 8 tuần	7	21,2
> 8 tuần	7	21,2
Các phương pháp điều trị trước phẫu thuật can lệch		
Bó bột	32	97,0
Phẫu thuật	1	3,0

Số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 72,7%. Độ tuổi tập trung chủ yếu là tuổi học sinh sinh viên từ 10 đến 19 tuổi là 10/33 bệnh nhân chiếm 30,3% và độ tuổi đang lao động là 30 đến 39 tuổi là 9/33 bệnh nhân chiếm 27,2%. Số bệnh nhân trong nghiên cứu đa số là học sinh, sinh viên chiếm 33,3% và công nhân 27,3%. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt chiếm 45,5% và tai nạn giao thông xếp thứ hai với 14/33 bệnh nhân chiếm 42,4%. Thời gian bị gãy đến khi phẫu thuật can lệch nhiều nhất là 4 tuần có 19/33 bệnh nhân chiếm 57,6%. Đa số các bệnh nhân đều đã được bó bột ở các cơ sở y tế địa phương, có 1/33 bệnh nhân đã được phẫu thuật ở Bệnh viện tỉnh.

2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân can lệch đầu dưới xương quay

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân can lệch

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng	33	100
Đau		
Liên tục	1	3,0
Thỉnh thoảng	21	63,7
Khi làm việc	11	33,3
Không đau	0	0
Hạn chế vận động	33	100
Biến dạng cổ bàn tay	33	100
Tê ngón tay		

Có	1	3,0
Không	32	97,0

Tất cả các bệnh nhân khi đến viện đều bị đau khi làm việc, vận động cổ bàn tay. Ngoài ra, tất cả các bệnh nhân đến khám được phẫu thuật can lệch đều có lý do vào viện là hạn chế vận động. Hơn thế nữa, tất cả các bệnh nhân đến phẫu thuật sau tháo bột thấy cổ bàn tay gãy biến dạng so với bàn tay lành. Có 1/33 bệnh nhân thấy tê ngón tay thứ 3, một phần ngón 2, ngón 4 và một phần bàn tay do chèn ép thần kinh giữa hay còn gọi là hội chứng ống cổ tay.

3. Đặc điểm Xquang trước phẫu thuật

Bảng 3: Đặc điểm Xquang trước phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Các chỉ số Xquang	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Tổng	33	100	
Phân loại gãy theo AO			
A	15	45,5	
B	8	24,2	
C	10	30,3	
Các chỉ số Xquang			
VA	>20 ^o	7	21,2
	11 ^o -20 ^o	9	27,3
	1 ^o -10 ^o	1	3
	-10 ^o -0 ^o	0	0

UA	<-10 ^o	16	48,5
	> 30 ^o	0	0
	21 ^o -30 ^o	12	36,4
	11 ^o -20 ^o	12	36,4
	1 ^o -10 ^o	6	18,1
UV	<0 ^o	3	9,1
	<-2 mm	0	0
	-2-0mm	10	30,3
	1-2mm	5	15,2
	3-4mm	11	33,3
RL	>4mm	7	21,2
	<0 mm	1	3,0
	1-3mm	1	3,0
	4-6 mm	10	30,3
	7-9 mm	9	27,3
	10- 12mm	11	33,4
>12mm	1	3,0	

So với các chỉ số bình thường, RL có giá trị trung bình 11 – 12mm, UA có trung bình 22 - 23^o, UV có giá trị trung bình -2 – 0 mm. Đánh giá các chỉ số X quang cho thấy: về chỉ số VA có tới 16/33 bệnh nhân có VA dưới – 10 độ, 6/33 BN dưới 10 độ; về chỉ số UV: 7/33 bệnh nhân có UV trên 4mm và 11/33 bệnh nhân từ 3-4 mm; về chỉ số RL: có 21/33 bệnh nhân có RL dưới 10mm.

4. Các chỉ số Xquang sau mổ

Bảng 4: Phục hồi các chỉ số Xquang sau mổ của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ	Hiệu chênh lệch	P
VA	-6,0 ± 28,96	11,48 ± 1,82	-1,75 ± 27,60	0,000
UA	12,94 ± 10,93	20,97 ± 3,40	-8,03 ± 11,26	0,000
UV	2,49 ± 3,53	-0,03 ± 2,27	2,52 ± 2,84	0,000

Sau mổ, các chỉ số XQ phục hồi tốt và rất tốt: góc nghiêng lòng trung bình 12,94^o, góc nghiêng trụ trung bình 20,97^o, độ chênh quay trụ -0,03mm, sự khác biệt của các chỉ số X quang trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

5. Đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay

Bảng 5: Hệ thống thang điểm đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien

Chỉ số đánh giá	Kết quả	Thang điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Đau	25	Không đau	21	63,6
	20	Nhẹ và thỉnh thoảng	6	18,1
	15	Vừa, chịu được	4	12,1
	0	Nhiều hoặc không chịu được	2	6,1
Phục hồi chức năng	25	Trở lại công việc cũ	19	57,6
	20	Công việc bị giới hạn	12	36,4
	15	Thay đổi công việc	1	3,0
	0	Không hoạt động được vì đau	1	3,0
Biên độ cử động gấp – duỗi cổ tay	25	So với bên lành 100%	27	81,9
	15	75 - 99%	4	12,1
	10	50 - 74%	1	3,0
	5	25 - 49%	1	3,0
	0	0 - 24%	0	0
Lực nắm	25	100% so với bên lành	3	9,1
	15	75 - 99%	26	78,8

	10 5 0	50 - 74 25 - 49 < 25	2 2 0	6,1 6,1 0
Kết quả cuối cùng	90 - 100 80 - 89 65 - 79 < 65	Rất tốt Tốt Vừa Xấu	25 4 1 3	75,8 12,1 3,0 9,1

Đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien, cho kết quả có 29/33 bệnh nhân xếp loại tốt và rất tốt, 4 bệnh nhân xếp loại vừa và xấu, trong đó có 3/33 bệnh nhân xếp loại xấu. Trong đó, có 63,6% bệnh nhân không đau, 57,6% bệnh nhân có thể trở lại công việc cũ, 81,9% bệnh nhân có biên độ vận động cổ tay như bên lành, 78,8% bệnh nhân nhận xét lực nắm so với bên lành phục hồi trên 75%.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi tập trung chủ yếu là tuổi học sinh, sinh viên từ 10 đến 19 tuổi là 10/33 bệnh nhân chiếm 30,3 % và độ tuổi đang lao động là 30 đến 39 tuổi là 9/33 bệnh nhân chiếm 27,3%. Nghiên cứu của tác giả Alvin Chao-Yu Chen thì tuổi trung bình là 61,8 tuổi (khoảng 49 đến 81 tuổi) [6], cao hơn so với nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Chúng tôi cho rằng có thể do số lượng mẫu còn nhỏ nên chưa có ý nghĩa thống kê hoặc kỹ thuật điều trị gãy đầu dưới xương cánh tay ở Việt Nam và các nơi khác có sự khác biệt và cần có thêm những nghiên cứu khác để kiểm chứng.

Thời gian bị gãy đến khi phẫu thuật can lệch là 4 tuần có 19/33 bệnh nhân chiếm nhiều nhất với 57,6%, đây là thời gian bệnh nhân được các cơ sở y tế điều trị ban đầu hạn chế kiểm tra tháo bột. Đặc điểm này khác với các tác giả khác. Theo một nghiên cứu của Alvin Chao thời gian trung bình từ thương tích tới khi phẫu thuật là 10,7 tuần (khoảng 4 - 18 tuần), một nghiên cứu khác của ông cho kết quả gần tương tự: 12,0 ± 6,6 tuần (4 - 28 tuần) [6].

Tất cả các bệnh nhân đều bị đau tùy từng mức độ. Đau cũng chính là nguyên nhân đầu tiên gợi ý bệnh nhân đến khám. Hạn chế vận động là nguyên nhân thứ hai khiến bệnh nhân đi khám. Sau khi gãy 4 tuần trở lên, ổ gãy đã liền, bệnh nhân bắt đầu tháo bột hay các phương tiện cố định để vận động nhưng hạn chế vận động làm bệnh nhân lo lắng và đi khám. Biến dạng cổ bàn tay cũng là nguyên nhân nhưng không phải tất cả các bệnh nhân đều đặt vấn đề thẩm mỹ. Có 1/33 bệnh nhân đi khám vì lý do ngoài lý do trên còn thấy tê đầu ngón tay. Một nghiên cứu của Brett Peterson chỉ ra tất cả các bệnh nhân có triệu

chứng: bị biến dạng cổ tay với phạm vi chuyển động hạn chế và đau trước phẫu thuật [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy trung bình các chỉ số X quang phục hồi tốt. Góc nghiêng lòng trung bình $11,48 \pm 1,82^\circ$ với mức hiệu chênh lệch trung bình $-1,75 \pm 27,6^\circ$; góc nghiêng trụ trung bình $20,97 \pm 3,4^\circ$, hiệu chênh lệch trung bình $-8,03 \pm 11,26$; độ chênh quay - trụ trung bình $-0,03 \pm 2,27$ mm hiệu chênh lệch trung bình $2,52 \pm 2,84$. Như vậy, góc nghiêng lòng có sự thay đổi rất lớn giữa trước và sau mổ, sau đó đến góc nghiêng trụ. So sánh các chỉ số X quang trước và sau mổ cho thấy sau mổ, các chỉ số đã đạt kết quả tốt, VA trước mổ có giá trị trung bình là $-6 \pm 28,96$, sau mổ là $11,48 \pm 1,82$. UA trước mổ có giá trị trung bình là $12,94 \pm 10,93$, sau mổ là $20,97 \pm 3,4$. UV trước mổ có giá trị trung bình là $2,49$, sau mổ là $-0,3 \pm 2,27$. Tất cả các chỉ số so sánh trước và sau mổ với phép thử so sánh bằng phần mềm SPSS 16.0 có $P = 0,000 < 0,001$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rất lớn. Vận động sớm có vai trò hết sức quan trọng trong vấn đề phục hồi chức năng cổ bàn tay nhất là những bệnh nhân đã điều trị can lệch, tại ổ gãy đã có biến chứng xơ dính gân và phần mềm. Đau sau mổ là một trở ngại lớn cho việc tập luyện phục hồi chức năng của bệnh nhân.

Kết quả cuối cùng cho thấy có 25/33 bệnh nhân xếp loại rất tốt đạt 75,8%, 4 bệnh nhân xếp loại tốt, vừa là 1 bệnh nhân và xấu là 3 bệnh nhân chiếm 9,1%, 3 bệnh nhân có kết quả sau phẫu thuật xếp loại xấu cũng là 3 bệnh nhân gãy xương phức tạp phân loại C theo AO. So sánh với các nghiên cứu của Luigi Tarallo, trong nghiên cứu phẫu thuật 20 bệnh nhân can lệch ngoài khớp cho kết quả 14 kết quả xuất sắc (70%) và 6 kết quả tốt (30%), tương đương với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi [8].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn những điểm hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, thời gian nghiên cứu còn ngắn nên những đánh giá về chức năng còn chưa đầy đủ như tình trạng viêm khớp cổ tay chưa được ghi nhận. Đây cũng là một trong các lý do khiến điểm số chức năng thấp và chức năng loại tốt và rất tốt của chúng tôi cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân điều trị phẫu thuật can lệch đầu dưới xương quay, chúng tôi rút ra một số kết luận: độ tuổi tập trung chủ yếu từ 10 – 19 tuổi, chiếm 30,3% và 30 – 39 tuổi chiếm 27,3%. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn sinh hoạt (45,5%) và tai nạn giao thông (42,4%). Thời gian đến khám và phẫu thuật sau khi bị gãy đầu dưới xương quay chủ yếu là 4 tuần (57,6%). Tất cả bệnh nhân đều đến viện vì triệu chứng đau, hạn chế vận động cổ tay, trong đó 63,7% bệnh nhân thỉnh thoảng đau khi không làm việc và 3% bệnh nhân đau liên tục. Phân loại gãy theo AO cho thấy loại A chiếm 45,5%, loại B chiếm 24,2% và loại C chiếm 30,3%. Đặc điểm X quang trước phẫu thuật cho thấy: chỉ số VA có tới 48,5% bệnh nhân có VA dưới – 10 độ, chỉ số UV có 21,2% bệnh nhân có UV trên 4 mm, chỉ số RL có 63,6% bệnh nhân có RL dưới 10 mm. Chỉ số X quang sau mổ trung bình như sau: VA 11,48 độ ± 1,82, UA 20,97 độ ± 3,40, UV – 0,03mm ± 2,84, sự khác biệt của các chỉ số X quang trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Các chỉ số này cho thấy kết quả phẫu thuật tốt, các chỉ số về gần với chỉ số ở người bình thường. Đa số các bệnh nhân đều có chỉ số UA, VA, UV đạt kết quả tốt, tuy vậy vẫn còn 4/33 bệnh nhân có chỉ số chênh lệch nhiều so với chỉ số bình thường. Đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới

xương quay theo Green và O'Brien, cho kết quả có 87,88% bệnh nhân xếp loại tốt và rất tốt, 12,12% bệnh nhân xếp loại vừa và xấu, trong đó có 9,09% bệnh nhân xếp loại xấu. Như vậy, điều trị can lệch đầu dưới xương quay bằng phương pháp phẫu thuật thu được những kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karl JW et al (2015)**. The Epidemiology of Upper Extremity Fractures in the United States. Journal of Orthopaedic Trauma;29(8):e242
2. **Cooney WP et al (1980)**. Complications of Colles' fractures. J Bone Joint Surg Am;62(4):613-619.
3. **Jupiter JB (1991)**. Current concepts review: fractures of the distal end of the radius. J Bone Joint Surg Am;73(3):461-469.
4. **Shehovych A et al (2016)**. Adult distal radius fractures classification systems: essential clinical knowledge or abstract memory testing? Ann R Coll Surg Engl;98(8):525-531.
5. **Haas JL, Caffiniere de la J Y (1995)**. Fixation of distal radial fractures: intramedullary pinning versus external fixation. Fractures of the distal radius London: Martin Dunitz;27:229-239.
6. **Chen ACY et al (2017)**. Intramedullary nailing for correction of post-traumatic deformity in late-diagnosed distal radius fractures. J Orthop Traumatol;18(1):37-42
7. **Peterson B et al (2008)**. Corrective Osteotomy for Deformity of the Distal Radius Using a Volar Locking Plate. Hand (New York, N,Y);3(1):61-68
8. **Tarallo L (2014)**. Malunited extra-articular distal radius fractures: corrective osteotomies using volar locking plate. J Orthopaed Traumatol;15(4):285-290

ĐÁNH GIÁ PHƯƠNG PHÁP DẪN LƯU THẬN QUA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM VÀ DSA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Tuấn Linh*, Nguyễn Đăng Sơn*, Nguyễn Ngọc Cương**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dẫn lưu thận qua dưới hướng dẫn của siêu âm và DSA là phương pháp xâm lấn tối thiểu điều trị ứ nước, ứ mủ thận có nhiều ưu điểm và ít tai biến cho bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 45 bệnh nhân được dẫn lưu thận qua da tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6/2021 đến 08/2022. **Kết quả:** Trong số 45 bệnh nhân được dẫn lưu bể thận

nguyên nhân chủ yếu là sỏi tiết niệu chiếm 66,7%, sau đó đến hẹp niệu quản và nguyên nhân ác tính chiếm 15,5%. Phần lớn là các bệnh nhân ứ nước và ứ mủ bể thận độ II và III chiếm 75,5% và có suy thận có 57,8% số bệnh nhân. Tỷ lệ thành công là 100%. Chức năng thận đều được cải thiện. Biến chứng xảy ra trong và sau thủ thuật ít, đều có thể xử trí được.

Từ khóa: Ứ nước, ứ mủ bể thận. Dẫn lưu bể thận qua da.

SUMMARY

ASSESSMENT PROCEDURE PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY UNDER ULTRASOUND AND DSA GUIDANCE AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Percutaneous nephrostomy (PCN) under Ultrasound and DSA guidance is a minimal invasion for treating Hydronephrosis and Pyelonephritis. It has much benefits and is safety for patients. **Subject and methods:** cross-sectional descriptive study with 45

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp Điện quang - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Sơn

Email: dangsonhhbg@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022