

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 91

BS. TRINH XUÂN TIẾN, BS. NGUYỄN HỮU QUÂN
 THS. HOÀNG VĨNH PHÚC - *Bệnh viện Quân y 91*
 Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. PHẠM ĐĂNG NINH
 (2) BSCKII. HOÀNG VĂN ĐẠI

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết quả điều trị phẫu thuật 75 bệnh nhân gãy đầu dưới xương cánh tay, tại Bệnh viện Quân y 91, từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** Bệnh nhân trung bình $34,2 \pm 12,6$ tuổi; đa số là nam giới (61,3%); nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông (64,0%), tổn thương gãy kín đầu dưới xương cánh tay chiếm 81,3%. Phân loại tổn thương theo AO: 20% gãy loại A, 46,7% gãy loại B và 33,3% gãy loại C. 57,3% bệnh nhân được phẫu thuật trong 24 giờ, 26,7% bệnh nhân phẫu thuật sau tổn thương từ 2-4 ngày, 16% bệnh nhân phẫu thuật sau tổn thương 4 ngày. Kỹ thuật điều trị: 90,7% bệnh nhân phẫu thuật kết xương sử dụng găm đinh Kirschner và/hoặc vít xốp; 9,3% bệnh nhân kết xương có sử dụng nẹp vít đầu dưới xương cánh tay. Kết quả điều trị gần: 89,3% bệnh nhân liền vết mổ kì đầu, 10,7% bệnh nhân nhiễm khuẩn nông. Kết quả điều trị xa: 88,9% đạt kết quả tốt và khá, 4,2% đạt kết quả xấu.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương cánh tay, Bệnh viện Quân y 91.

ABSTRACT: A Cross-sectional descriptive study on the results of surgical treatment for 75 patients with humeral lower head fractures at the Military hospital 91, from January 2017 to December 2019. **Results:** The average age of patients was 34.2 ± 12.6 years; the majority were men (61.3%); The main cause of trauma was a traffic accident (64.0%), the injury of closed fractures of humeral lower head accounted for 81.3%. The classification of injuries according to AO: 20% type A fracture, 46.7% type B fracture, and 33.3% type C fracture. There were 57.3% of patients operated within 24 hours, 26.7% of patients operated 2-4 days after injuries, 16% of patients operated 4 days after injuries. The technique of treatment: 90.7% of patients with osteosynthesis use Kirschner nailing pins and/or porous screws; 9.3% of patients with osteosynthesis use brace of the humeral lower head. The immediate results of treatment: 89.3% of patients healed wounds in the first stage, 10.7% of patients with superficial infections. The long-term results of treatment: 88.9% of patients achieved good and fair results, 4.2% achieved bad results.

Keywords: Fracture of the humeral lower head, Military hospital 91.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Trinh Xuân Tiến, Email: txtien1903@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/12/2020; mời phản biện khoa học: 01/2020; chấp nhận đăng: 31/01/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Gãy kín đầu dưới xương cánh tay là một trong những loại gãy xương thường gặp. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao... Ở người lớn, gãy kín đầu dưới xương cánh tay hiếm gặp hơn so với ở trẻ em và với các gãy xương khác, nhưng tổn thương thường phức tạp, di lệch lớn, phạm khớp. Theo nghiên cứu của Jupiter J.B, gãy xương vùng khuỷu chiếm khoảng 6,5-7% tổng số các gãy xương ở người lớn, trong đó, số bệnh nhân (BN) gãy đầu dưới xương cánh tay chiếm quá nửa [3]. Hầu hết trường hợp gãy xương ở người lớn là hậu quả của một lực chấn thương trực tiếp, nên ngoài tổn thương gãy xương phức tạp, còn có tổn thương phối hợp khác, như tổn thương phần mềm, dây chằng, mạch máu, thần kinh và các xương lân cận (mỏm khuỷu, xương quay...). Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật, với kỹ thuật thường áp dụng là kết xương nẹp vít (các xương xốp) kết hợp găm đinh Kirschner (bắt chéo

nhau) và tăng cường bột bất động sau mổ. Mục tiêu của phẫu thuật là phục hồi về hình thể giải phẫu của xương, đặc biệt diện khớp, cố định ổ gãy vững chắc, giúp BN tập vận động sớm.

Những năm qua, Bệnh viện Quân y 91 đã điều trị phẫu thuật kết xương cho nhiều trường hợp gãy đầu dưới xương cánh tay, bước đầu đạt kết quả khả quan. Nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả và rút kinh nghiệm trong công tác điều trị. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương cánh tay bằng phẫu thuật, tại Bệnh viện Quân y 91.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

75 BN gãy đầu dưới xương cánh tay, từ 16 tuổi trở lên, có chỉ định và được điều trị phẫu thuật kết xương tại Bệnh viện Quân y 91, từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2019.

Loại trừ BN gãy xương bệnh lí, gãy xương ở

chỉ có các dị tật, di chứng chấn thương; BN hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh phim X quang chụp khớp khuỷu ở 2 tư thế thẳng, nghiêng.
- Phân loại gãy xương theo AO:
 - + Loại A: gãy ngoài khớp: gãy các mỏm trên lồi cầu, trên ròng rọc (A1), gãy trên lồi cầu (A2), gãy trên lồi cầu nhiều mảnh (A3).
 - + Loại B: gãy một lồi cầu: gãy khối lồi cầu (B1), gãy khối ròng rọc (B2), gãy cắm gắn lồi cầu (B3).
 - + Loại C: gãy liên lồi cầu: gãy liên lồi cầu hình chữ Y, chữ T (C1), gãy liên lồi cầu nhiều mảnh (C2), gãy liên lồi cầu kết hợp thân xương nhiều mảnh (C3).
- Phương pháp phẫu thuật theo quy trình phẫu

thuật gãy đầu dưới xương cánh tay của Bệnh viện Quân y 91, năm 2019.

- Đánh giá kết quả: kết quả gần dựa vào diễn biến tại vết mổ và kết quả kết xương trên phim X quang sau mổ; kết quả xa dựa vào kết quả X quang, kết quả liền xương và kết quả chức năng khớp khuỷu theo thang điểm Flynn. Thời gian đánh giá kết quả xa là sau mổ trên 10 tháng.
- Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp khuỷu theo tiêu chuẩn Flynn:
 - + Tốt: mất biên độ vận động gấp, duỗi khớp khuỷu từ 0-5°.
 - + Khá: mất biên độ vận động gấp, duỗi khớp khuỷu từ 6-10°.
 - + Trung bình: mất biên độ vận động gấp, duỗi khớp khuỷu từ 11-15°.
 - + Xấu: mất biên độ vận động gấp, duỗi khớp khuỷu từ > 15°.
- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS, EXCEL.

- Chỉ định và phương pháp phẫu thuật:

Loại gãy	Chỉ định phẫu thuật	Phương pháp phẫu thuật
Gãy trên lồi cầu xương cánh tay (A2)	Gãy xương di lệch lớn; gãy xương có tổn thương bó mạch thần kinh hoặc đã nắn chỉnh không đạt.	Nẹp vít hoặc vít xỏp, kết hợp găm đinh Kirschner
Gãy mỏm trên lồi cầu, mỏm trên ròng rọc xương cánh tay (A1)	Di lệch nhiều, mảnh xương kẹt vào khe khớp	Găm đinh Kirschner
Gãy khối lồi cầu, khối ròng rọc xương cánh tay (B1, B2)	Gãy xương có di lệch	Găm đinh Kirschner và/hoặc vít xỏp
Gãy đầu dưới xương cánh tay chữ T, Y (C1)	Di lệch nhiều	Vít xỏp kết hợp đinh Kirschner xuyên chéo, hoặc nẹp vít
Các loại gãy khác tùy đặc điểm ổ gãy và di lệch có chỉ định phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật cụ thể cho từng trường hợp.		

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Phân bố BN theo tuổi, giới tính:

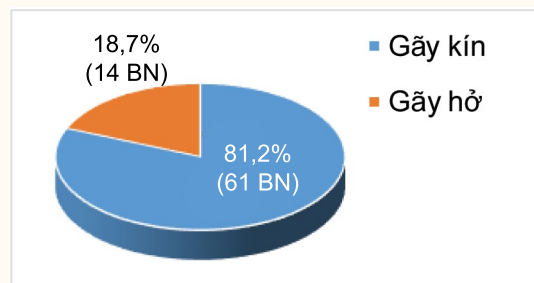
Bảng 1. Phân bố BN theo tuổi, giới tính.

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Từ 16-40	24	13	37 (49,3%)
Từ 41-60	15	10	25 (33,3%)
Trên 60	7	6	13 (17,4%)
Tổng	46 (61,3%)	29 (38,7%)	75 (100%)

Tuổi trung bình của BN là 34,2 ± 12,6 tuổi. BN từ 16-30 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (49,3%). BN nam (61,3%) nhiều hơn BN nữ (38,7%).

- Nguyên nhân gãy xương (n = 75):
 - + Tai nạn giao thông: 48 BN (64,0%).
 - + Tai nạn lao động: 8 BN (10,7%).
 - + Tai nạn sinh hoạt: 19 BN (25,3%).

- Nguyên nhân hay gặp nhất do tai nạn giao thông (64,0%) và tai nạn sinh hoạt (25,3%).
- Phân loại gãy kín, gãy hở (n = 75):



Biểu đồ 1. Phân loại gãy kín, gãy hở.

- Phân loại gãy đầu dưới xương cánh tay theo

A.O (n = 75):

- + Loại A: 15 BN (20,0%).
- + Loại B: 35 BN (46,7%).
- + Loại C: 25 BN (33,3%).
- Tổn thương phối hợp (n = 75):
- + Gãy mỏm khuỷu cùng bên: 3 BN (4,0%).
- + Gãy 1/3 giữa xương cánh tay cùng bên: 3 BN (4,0%).
- + Gãy 1/3 trên xương quay: 5 BN (6,7%).
- + Vết thương phàm mềm cẳng tay: 3 BN (4,0%).
- + Tổng: 14 BN (18,7%).

Trong số 75 BN nghiên cứu có 14 BN (18,7%) có tổn thương kết hợp.

3.2. Chỉ định và phương pháp phẫu thuật:

- Thời điểm phẫu thuật sau tổn thương (n = 75):
- + Dưới 24 giờ: 43 BN (57,3%).
- + Từ 2-4 ngày: 20 BN (26,7%).
- + Từ 5-10 ngày: 5 BN (6,7%).
- + Từ 10-20 ngày: 2 BN (2,6%).
- + Trên 21 ngày: 5 BN (6,7%).

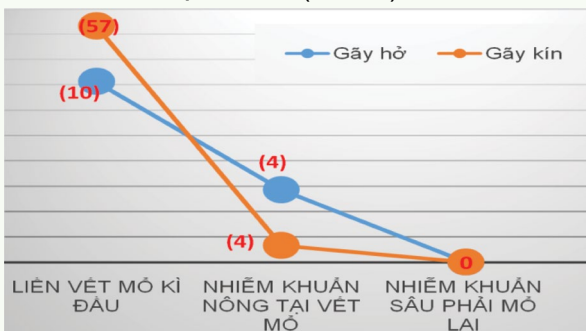
Đa số BN phẫu thuật trong vòng 24 giờ sau tổn thương (57,3%). Tuy nhiên, vẫn có 5 BN (6,7%) phẫu thuật sau tổn thương đến 21 ngày.

- Phương pháp kết xương (n = 75):
- + Đinh Kirschner kết hợp vít xóp: 27 BN (36,0%).
- + Đinh Kirschner hoặc vít xóp: 41 BN (54,7%).
- + Có dùng nẹp đầu dưới xương cánh tay: 7 BN (9,3%).

68 BN (90,7%) phẫu thuật có sự kết hợp giữa bắt vít xóp cố định khối lồi cầu và khối ròng rọc với nhau và/hoặc găm đinh Kirschner từ mỏm trên lồi cầu và mỏm trên ròng rọc bắt chéo lên qua đầu trung tâm; 7 BN (9,3%) kết xương bằng vít xóp cố định các mảnh gãy đầu xương với nhau, sau đó đặt nẹp ở mặt ngoài xương cánh tay cố định đầu xương với thân xương.

3.3. Kết quả điều trị:

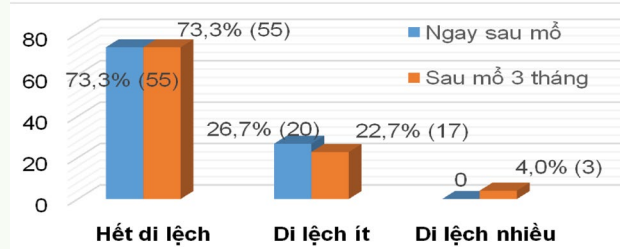
- Kết quả điều trị gần:
- + Diễn biến tại vết mổ (n = 75):



Biểu đồ 2. Diễn biến tại vết mổ.

Có 89,3% BN liền vết mổ kì đầu tốt, 10,7% BN nhiễm khuẩn nông, không BN nào nhiễm khuẩn sâu phải mổ lại. Trong số các BN gãy hở, 28,6% BN nhiễm khuẩn nông vết mổ, cao hơn tỉ lệ nhiễm khuẩn nông vết mổ ở nhóm gãy kín (6,6%).

+ Kết quả nắn chỉnh và kết xương (n = 75):



Biểu đồ 3. Kết quả nắn chỉnh, kết xương.

3 BN (4,0%) có di lệch thứ phát nhiều sau mổ, lệch trục xương, phải mổ nắn chỉnh và kết hợp xương lại.

+ Liên quan giữa thời điểm phẫu thuật và kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ (n = 75):

Bảng 2. Thời điểm phẫu thuật và kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ.

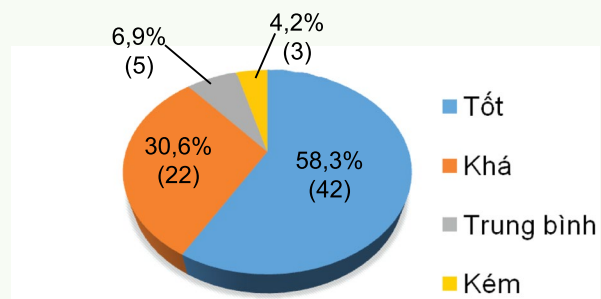
Thời điểm phẫu thuật	Kết quả nắn chỉnh		Tổng
	Hết di lệch	Di lệch ít	
≤ 24 giờ	34 (79,1%)	9 (20,9%)	43 (57,3%)
Từ 2-4 ngày	14 (70%)	6 (30%)	20 (26,7%)
Trên 4 ngày	7 (58,3%)	5 (41,7%)	12 (16%)
Tổng	55	20	75

BN phẫu thuật trong vòng 24 giờ sau tai nạn có kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ hết di lệch cao nhất (79,1%), BN phẫu thuật sau 4 ngày có kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ hết di lệch thấp nhất (58,3%).

- Kết quả điều trị xa (thời gian theo dõi từ 10-40 tháng, trung bình 25,7 tháng; trên 72 BN):

+ Diễn biến tại vết mổ (n = 72): 100% BN sẹo mổ mềm mại không viêm rờ.

+ Phục hồi chức năng theo Flynn (n = 72):



Biểu đồ 4. Kết quả phục hồi chức năng.

Trong số 72 BN theo dõi kết quả xa, kết quả tốt: 42 BN (58,3%); khá: 22 BN (30,6%); trung bình 5

BN (6,9%); kém: 3 BN (4,2%; do vận động khớp khuỷu bị cứng, các BN đều được phẫu thuật lấy phương tiện kết xương, làm vận động khớp khuỷu).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Tuổi trung bình của BN là $34,2 \pm 12,6$ tuổi. BN từ 16-30 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (49,3%). BN nam (61,3%) nhiều hơn BN nữ (38,7%). Nguyên nhân chấn thương hay gặp là tai nạn giao thông (64,0%). Đây là các BN trong độ tuổi lao động, có khả năng phải tham gia giao thông nhiều.

Chủ yếu BN gãy xương kín (81,3%), gãy loại B (46,7%) và gãy loại C (33,3%). Hai loại gãy trên là loại gãy phạm khớp, thường kèm theo di lệch xoay, di lệch chông phức tạp, ảnh hưởng tới vận động khớp khuỷu, nên thường được chỉ định phẫu thuật phục hồi giải phẫu xương và diện khớp.

Tổn thương kết hợp: có 3 BN (4,0%) gãy mỏm khuỷu cùng bên, 3 BN (4,0%) gãy 1/3 giữa xương cánh tay cùng bên, 5 BN (6,7%) gãy 1/3 trên xương quay. Tất cả BN này được chỉ định phẫu thuật kết xương, xử trí các tổn thương kết hợp trong cùng 1 cuộc mổ.

4.2. Chỉ định và phương pháp phẫu thuật:

Trong nghiên cứu này, có 43 BN (57,3%) được mổ trong 24 giờ đầu khi đã chuẩn bị đầy đủ phương tiện kết xương, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép. Những BN này có tổn thương phần mềm ít sưng nề, tổn thương xương không quá phức tạp. Đối với các trường hợp gãy xương hở thì đều có chỉ định mổ cấp cứu ngay khi có đủ các điều kiện cho phép và đều được mổ cấp cứu trong 24 giờ đầu.

20 BN (26,7%) được mổ từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 4 sau tai nạn. Đây là các BN được chuyển từ cơ sở y tế tuyến dưới lên, hoặc vì lí do nào đó mà nhập viện muộn hơn, hoặc do công tác chuẩn bị BN, phương tiện phẫu thuật, phương tiện kết xương, buồng mổ... nên thời gian chờ mổ kéo dài.

Đối với các trường hợp có khu vực tổn thương sưng nề nhiều hoặc có các nốt phỏng nước do rối loạn dinh dưỡng thì được điều trị tích cực trước mổ (bất động, treo cao tay và dùng thuốc chống phù nề). Số BN mổ từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 10 là 5 BN (6,7%). Trong đó, 1 BN có tổn thương gãy xương cánh tay cùng bên và chấn động não nhẹ. 7 BN (9,3%) phẫu thuật từ ngày thứ 11 đến ngày thứ 25, những trường hợp này được điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh, bó bột, nhưng bị di lệch thứ phát, nắn chỉnh lại không đạt yêu cầu. Đối với các loại gãy phạm khớp nói chung, thì việc tiến hành phẫu thuật sớm có ý nghĩa rất quan trọng đối với quá trình phục hồi chức năng sau mổ, do làm giảm

sưng nề tại ổ khớp và cho phép người bệnh tập vận động sớm.

Theo Đặng Kim Châu, các loại gãy xương ở đầu xương dù là phạm khớp hay không phạm khớp cũng cần được xử trí sớm nhất trong điều kiện có thể để bảo đảm nắn chỉnh xương về đúng giải phẫu và phục hồi nhanh chóng chức năng vận động của khớp. Theo nghiên cứu của chúng tôi, những BN được phẫu thuật trước 24 giờ cho kết quả nắn chỉnh hết di lệch đạt 79,1% (tỉ lệ này ở nhóm được phẫu thuật là 70%), phẫu thuật sau 4 ngày cho tỉ lệ nắn chỉnh hết di lệch chỉ đạt 58,3%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đặng Kim Châu, Đặng Hoàng Anh.

Phương pháp kết xương: 68 BN (90,7%) kết xương kết hợp giữa bắt vít xóp cổ định khối lồi cầu và khối ròng rọc với nhau và/hoặc găm đinh Kirschner từ mỏm trên lồi cầu và mỏm trên ròng rọc bắt chéo lên qua đầu trung tâm. 7 BN (9,3%) kết xương vít xóp cổ định các mảnh gãy đầu xương với nhau, sau đó đặt nẹp ở mặt ngoài xương cánh tay để cố định đầu xương với thân xương.

4.3. Kết quả điều trị:

- Kết quả điều trị gần: 89,3% BN liền vết mổ kì đầu tốt, 10,7% BN nhiễm khuẩn nông, không trường hợp nào nhiễm khuẩn sâu phải mổ lại. Trong số các BN gãy hở, 28,6% nhiễm khuẩn nông vết mổ, cao hơn tỉ lệ nhiễm khuẩn nông vết mổ trong nhóm gãy kín (6,6%)

- Kết quả nắn chỉnh, kết hợp xương: kết quả này phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như tuổi, thể trạng, mức độ tổn thương giải phẫu, các tổn thương phối hợp và phương pháp kết hợp xương. Đối với kết xương đầu dưới xương cánh tay, nhiều tác giả cho rằng, những loại gãy đơn giản chỉ nên sử dụng phương tiện kết xương tối thiểu, nghĩa là sử dụng vít xóp đơn thuần hoặc găm đinh Kirschner. Phương pháp này đơn giản nhưng ổ gãy không được vững chắc, vì vậy, phải cố định bột tăng cường. Kết quả đạt được: 100% BN sau phẫu thuật xương hết di lệch hoặc di lệch ít. Tuy nhiên, có 3 BN (4,0%) chụp phim sau mổ 3 tháng thấy xương di lệch nhiều, lệch trục xương, phải mổ nắn chỉnh và kết hợp xương lại. Trong đó, có 2 trường hợp gãy liên lồi cầu phức tạp được kết xương bằng vít xóp và găm đinh Kirschner, cố định nẹp bột sau mổ cho vững. Tuy nhiên, BN tháo bột, vận động sớm gây di lệch thứ phát. 1 trường hợp gãy khối ròng rọc được kết xương bằng găm 2 đinh Kirschner, cố định ổ gãy không vững gây di lệch thứ phát. Các trường hợp dùng nẹp đầu dưới xương cánh tay thường cố định ổ gãy vững hơn, ít gây di lệch thứ phát ổ gãy. Trong nghiên cứu này, không trường hợp nào dùng nẹp vít mà có di lệch thứ phát ổ gãy.

(Xem tiếp trang 9)

Thường xuyên tổ chức các buổi nói chuyện, học tập về vệ sinh phòng bệnh, y học thường thức, về công tác dân số, gia đình và trẻ em... Chú trọng huấn luyện các biện pháp phòng, chống một số dịch bệnh, như COVID-19, não mô não, bạch hầu, sốt xuất huyết, sốt rét, viêm gan virus, bệnh Rubella, sốt mò, quai bị..., phòng chống HIV/AIDS, phòng chống say nắng, say nóng, đuối nước và các tai nạn trong huấn luyện, lao động, luyện tập, sinh hoạt; học tập về nhận biết và sử dụng 10 nhóm thuốc đông y để điều trị một số bệnh thông thường... Các đơn vị thuộc Trường Sa - DK và các đảo xa bờ tiếp tục huấn luyện cho bộ đội về các quy định vệ sinh môi trường, quản lí chất thải, rác thải; quản lí nguồn nước, vệ sinh hầm hào, công sự; các biện pháp chống chuột, ruồi, muỗi, gián... Các đơn vị được trang bị hệ thống khám chữa bệnh từ xa (đảo, đồn biên phòng và tàu cảnh sát biển) cần tổ chức học tập tính năng kĩ thuật, huấn luyện để vận hành thành thạo thiết bị phục vụ nhiệm vụ. Các đơn vị có huấn luyện lực lượng dự bị động viên, dân quân tự vệ cần thực hiện huấn luyện theo đúng nội dung, chương trình Bộ Quốc phòng đã quy định.

Về đào tạo quân y trung, sơ cấp và tập huấn toàn quân.

Các đơn vị, trường nghề được giao nhiệm vụ đào tạo y tá, dược tá thực hiện theo quy định. Tăng cường cập nhật, bổ sung nội dung phù hợp trong huấn luyện chiến sĩ vệ sinh, cứu thương. Bộ phận quân y trong các trường cao đẳng hậu cần duy trì triển khai đào tạo các chuyên ngành theo chỉ tiêu kế hoạch của Bộ Quốc phòng. Năm 2021, Cục Quân y phối hợp với một số cơ quan, đơn vị dự kiến dự kiến tổ chức 12-15 lớp tập huấn quân y toàn quân, chú trọng vào các nội dung: nghiệp vụ ngành Quân y (cho các bác sĩ, dược sĩ quân y tốt nghiệp Học viện Quân y năm 2021); tổ chức và chỉ huy quân y; phòng, chống dịch bệnh; bông và y học thẩm họa; quân y tham gia lực lượng Gin giữ hòa bình...

Để thực hiện tốt các nội dung đào tạo, huấn luyện quân y, chỉ huy quân y các đơn vị cần chủ động tham mưu và xây dựng kế hoạch huấn luyện; phát huy sáng kiến, cải tiến phương thức, mô hình học cụ huấn luyện; tăng cường áp dụng công nghệ thông tin và mô phỏng trong đào tạo, huấn luyện; tổ chức huấn luyện theo phân cấp, thực hiện luôn gắn kết chặt chẽ giữa các cơ sở đào tạo với cơ sở điều trị và dựa trên điều kiện thực tế của đơn vị.

Với truyền thống vinh quang 75 năm ngành Quân y Quân đội nhân dân Việt Nam xây dựng và trưởng thành, phát huy thành tích đã đạt được năm 2020, toàn ngành Quân y quyết tâm thực hiện một cách "cơ bản, thiết thực, vững chắc" các nội dung công tác đào tạo, huấn luyện quân y năm 2021 và những năm tiếp theo. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG PHẪU...

(Tiếp theo trang 25)

- Kết quả điều trị xa: theo dõi được 72/75 BN (96,0%), thời gian từ 10-40 tháng (trung bình 25,7 tháng), thấy 88,9% đạt kết quả tốt và khá; 4,2% có kết quả xấu (do vận động khớp khuỷu bị cứng), trong đó, 1 BN có tổn thương gãy mỏm khuỷu cùng bên, 2 BN gãy liên lồi cầu phức tạp, sau mổ cố định nẹp bột thời gian lâu, gây hạn chế vận động khớp khuỷu. Cả 3 BN này đều được phẫu thuật lại làm vận động khớp khuỷu khi lấy bỏ phương tiện kết xương, kết quả phục hồi chức năng đạt mức trung bình.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 75 BN gãy đầu dưới xương cánh tay, từ 16 tuổi trở lên, có chỉ định và được điều trị phẫu thuật kết xương tại Bệnh viện Quân y 91, kết quả:

- Tuổi trung bình của BN là $34,2 \pm 12,6$ tuổi. Đa số BN là nam giới (61,3%), nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông (64,0%), gãy kín đầu dưới xương cánh tay (81,3%). Phân loại tổn thương theo AO: 20% gãy loại A, 46,7% gãy loại B và 33,3% gãy loại C.

- 57,3% BN được mổ trong 24 giờ, 26,7% BN phẫu thuật từ 2-4 ngày, 16% BN phẫu thuật sau 4 ngày. 90,7% BN phẫu thuật kết xương sử dụng găm đinh Kirschner và/hoặc vít xoắn, 9,3% BN kết xương có sử dụng nẹp vít đầu dưới xương cánh tay.

- Kết quả điều trị gần: 89,3% BN vết mổ liền kì đầu, 10,7% BN nhiễm khuẩn nông. Kết quả điều trị xa: 88,9% đạt kết quả tốt và khá, 4,2% đạt kết quả xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Kim Châu (1963), *Điều trị gãy xương*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 40-51.
2. Nguyễn Đức Phúc (1999), *Bệnh học Ngoại khoa*, tập 2, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 73-78.
3. Nguyễn Đức Phúc (2010), *Chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 230-236.
4. Trần Đình Chiến (2006), *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*, Học viện Quân y, tr. 41-54.
5. Đào Đức Hoàng (2005), *Đánh giá kết quả điều trị gãy xương phạm khớp đầu dưới xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Xanh-pôn, Hà Nội*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.
6. Đặng Hoàng Anh, *Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay bằng kết hợp xương bên trong tại bệnh viện 103*. □