

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG NẠP KHÓA ĐIỀU TRỊ GẦY KÍN THẦN XƯƠNG ĐÒN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

BSC.KII. NGUYỄN ANH TUẤN - Bệnh viện Quân y 211
PGS.TS. LÊ VĂN ĐOÀN, TS. NGUYỄN NĂNG GIỎI
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Phản biện khoa học: PGS.TS. PHẠM ĐĂNG NINH
Chủ nhiệm Bộ môn Chấn thương chỉnh hình,
Học viện Quân y

TÓM TẮT: Tiến cứu và hồi cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc không đối chứng 73 bệnh nhân gãy xương đòn, phẫu thuật kết xương nẹp khóa, tại Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2013-3/2017. Kết quả:

- Bệnh nhân chủ yếu là nam (83,6%), từ 21-60 tuổi (89%), gãy xương đòn do tai nạn giao thông (80,8%), được phẫu thuật sau tai nạn từ 2-5 ngày (41,1%). Tổn thương gãy xương đòn bên trái (67,1%) nhiều hơn bên phải (32,9%); vị trí gãy hay gặp là 1/3 giữa (93,2%). Tổn thương kết hợp gặp ở 28,8% bệnh nhân, trong đó 23,3% có gãy xương khác kèm theo, 5,5% có chấn thương sọ não, 1,4% có tràn dịch màng phổi.

- Kết quả gần: 100% bệnh nhân kết xương đúng kỹ thuật, 95,9% hết di lệch ổ gãy, 4,1% còn di lệch ít, 100% liền vết mổ kỳ đầu. Kết quả xa (ở 46 BN, từ 9-12 tháng): 97,8% bệnh nhân sẹo mổ mềm mại, liền xương, hết di lệch; 2,2% liền xương còn di lệch ít; 100% có chức năng khớp vai bình thường.

Từ khóa: Gãy xương đòn, kết xương nẹp khóa.

ABSTRACT: Prospective study and retrospective cross-sectional description, vertical tracking without control of 73 patients with fracture of collar bone, operated with osteosynthesis at the Orthopedic Trauma hospital, Central Military hospital 108, from July 2013 to March 2017. Result:

- The patients were mainly male (83.6%), at the age of 21-60 years old (89%), fractured collar bone by traffic accidents (80.8%), who had operated 2-5 days after accidents (41.1%). Fractures of left collar bone (67.1%) were more than right collar bone (32.9%); Common fracture sites were one-third middle (93.2%). Combination lesions were observed in 28.8% of patients, included 23.3% with other fractures, 5.5% with brain trauma, and 1.4% with hydrothorax.

- The immediate results: 100% of the patients were osteosynthesis with correct technique, 95.9% of the fractures were not displaced, 4.1% of the patients were displaced a little, and 100% with primary healing incisions.

- Long-term results (in 46 patients, 9-12 months): 97.8% of patients with soft scars, heading of broken bones, not displaced; 2.2% with heading of broken bones, but displaced a little; 100% with normal shoulder joint function.

Keywords: Fracture of collar bone, osteosynthesis.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSC.KII. Nguyễn Anh Tuấn, Email: nguyenanhtuanqt34@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/6/2017; mời phản biện khoa học: 22/6/2017; chấp nhận đăng: 15/7/2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Gãy xương đòn là gãy xương thường gặp nhất ở vùng vai và chi trên, chủ yếu do cơ chế chấn thương gián tiếp, khi ngã đập vai xuống nền cứng [15]. Ở Việt Nam, gãy xương đòn có xu hướng ngày càng hay gặp do sự gia tăng của tai nạn giao thông và tai nạn lao động [2]. Có nhiều phương pháp điều trị bảo tồn gãy xương đòn đạt hiệu quả tương đối tốt. Song, trong nhiều trường hợp gãy xương đòn (như gãy hở; ổ gãy không vững hoặc có di lệch lớn; đầu xương gãy nhọn sắc, có mảnh rời lớn, nguy cơ gây tổn thương bó mạch thần kinh dưới đòn...), phẫu thuật

kết xương đòn cần thiết được chỉ định. Trước đây, phương pháp phẫu thuật điều trị gãy xương đòn phổ biến là đóng đinh nội tủy kết hợp buộc chỉ thép hoặc kết xương bằng nẹp vít. Những năm gần đây, sự ra đời của nẹp khóa đã giúp cho phẫu thuật kết xương nói chung, kết xương đòn nói riêng đạt nhiều kết quả khả quan hơn.

Nẹp khóa là loại phương tiện kết xương có nhiều ưu điểm về cơ, sinh học. Trong kết cấu nẹp khóa, nẹp-vít-xương tạo thành một khối, nên ổ gãy được cố định vững chắc. Nẹp phù hợp với hình thể giải phẫu xương đòn; vít không cần thiết phải bắt qua hai thành

xương như nẹp vít thông thường nên tránh được nguy cơ gây tổn thương các thành phần dưới đòn khi khoan và bắt vít. Vít được khóa vào nẹp tạo một góc cố định làm cho hệ nẹp khóa có nguyên lý làm việc tương tự như khung cố định ngoài nhưng vững chắc hơn. Với nguyên lý cơ học như vậy, nẹp khóa khắc phục được những hạn chế của nẹp vít thường và các phương tiện kết xương trước đó [3]. Do vậy, nẹp khóa giúp hạn chế tối đa các tai biến, biến chứng và giúp bệnh nhân (BN) tập vận động sớm, phục hồi sự liền xương tốt nhất.

Trong hơn 5 năm qua, Viện Chấn thương chỉnh hình (Bệnh viện Trung ương Quân đội 108) đã áp dụng kết xương nẹp khóa điều trị các trường hợp gãy xương đòn có chỉ định. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương đòn bằng nẹp khóa.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

73 BN gãy kín thân xương đòn, từ 16-70 tuổi, điều trị phẫu thuật kết xương bằng nẹp khóa tại Viện Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2013-3/2017.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN gãy kín thân xương đòn có tối thiểu 1 trong các đặc điểm: di lệch chông ≥ 2 cm; di lệch ngang > 1 thân xương; di lệch giãn cách > 5 mm; di lệch lớn hoặc ổ gãy nhiều mảnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN gãy xương đòn do bệnh lý, BN có bệnh mạn tính hoặc chấn thương kết hợp chưa điều trị ổn định trước phẫu thuật; BN hồi cứu không đủ dữ liệu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu và hồi cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc không đối chứng. Trong đó, hồi cứu 64 BN (điều trị từ 7/2013-12/2016, có hồ sơ bệnh án đủ thông tin); tiến cứu 9 BN (điều trị từ 1-3/2017, đồng ý tham gia nghiên cứu).

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Một số đặc điểm chung; đặc điểm tổn thương; phương pháp mổ; kết quả điều trị gần và kết quả điều trị xa.

+ Đánh giá đường gãy xương theo phân loại của A.O [9].

+ Đánh giá kết quả gần: căn cứ vào diễn biến vết mổ, hình ảnh ổ gãy sau mổ trên X quang, các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng, toác vết mổ lộ nẹp vít...

+ Đánh giá kết quả xa (sau mổ ít nhất 9 tháng) căn cứ vào tình trạng sẹo mổ, chức năng khớp vai, hình ảnh X quang (mức độ liền xương, di lệch, tình trạng nẹp-vít...), biến chứng muộn [2], gồm các mức độ: tốt (sẹo mổ mềm mại không dính xương; ổ gãy

liền xương hết di lệch; chức năng khớp vai không bị ảnh hưởng); khá (sẹo mổ mềm mại, ổ gãy liền xương còn di lệch ít, chức năng khớp vai bị hạn chế ít); trung bình (sẹo mổ dính xương hoặc viêm rò, ổ gãy liền xương còn di lệch lớn, chức năng khớp vai bị ảnh hưởng nhiều); kém (sẹo mổ viêm rò, gãy nẹp, bật nẹp, viêm rò hoặc khớp giả, chức năng khớp vai bị ảnh hưởng lớn).

- Kỹ thuật cơ bản mổ kết xương nẹp khóa xương đòn: thực hiện theo quy trình kỹ thuật thường quy.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học Stata. Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học, sử dụng thuật toán X², T-test, Fisher test.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

3.1.1. Tuổi và giới tính:

Tuổi	Giới tính		Tổng (n = 73)
	Nam (n = 61)	Nữ (n = 12)	
16-20	4 (6,6%)	0	4 (5,5%)
21-40	31 (50,8%)	1 (8,3)	32 (43,8%)
41-60	23 (37,7%)	10 (83,4)	33 (45,2%)
61-70	3 (4,9%)	1 (8,3)	4 (5,5%)
Trung bình	39,38 ± 13,21	47,83 ± 10,14	40,77 ± 13,08

BN có tuổi trung bình là 40,77 ± 13,08 tuổi, chủ yếu từ 21-60 tuổi (89%). Tỷ lệ BN nam (83,6%) nhiều hơn BN nữ (16,4%).

3.1.2. Nguyên nhân gây xương:

- Tai nạn giao thông: 59 BN (80,8%).

- Tai nạn sinh hoạt: 12 BN (16,4%).

- Tai nạn lao động: 1 BN (1,4%).

- Tai nạn khác: 1 BN (1,4%).

Tất cả các BN gãy xương đều do cơ chế gián tiếp, trong đó nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (80,8%).

3.1.3. Đặc điểm tổn thương:

- Triệu chứng lâm sàng tại chỗ:

+ Điểm đau chói cố định: 73 BN (100%).

+ Biến dạng ổ gãy: 70 BN (95,9%).

+ Sưng nề vùng gãy, mất hố thượng đòn: 69 BN (94,5%).

+ Vết bầm tím tại ổ gãy: 18 BN (24,7%).

+ Đầu gãy đội ngay dưới da: 20 BN (27,4%).

+ Lạo xạo xương: 48 BN (65,8%).

100% BN có dấu hiệu đau chói, 95,9% BN biến dạng ổ gãy, 94,5% BN sưng nề vùng gãy và 65,6% BN có dấu hiệu lạo xạo xương.

- Vị trí ổ gãy: gãy xương đòn bên trái 49 BN (67,1%), bên phải 24 BN (32,9%); vị trí gãy hay gặp nhất là 1/3 giữa (93,2%); không BN nào gãy ở 1/3 trong.

- Đường gãy xương (phân loại theo A.O):

+ Kiểu A: 16 BN (21,9%). Trong đó, kiểu A1 (gãy

ngang, vát ngắn): 5 BN (6,9%); A2 (gãy vát dài làm thành góc > 30°): 4 BN (5,5%); A3 (gãy xoắn đơn giản): 7 BN (9,6%).

+ Kiểu B: 21 BN (28,8%). Trong đó, kiểu B1 (gãy có mảnh rời hình chêm xoắn): 9 BN (12,3%); B2 (gãy có mảnh rời hình chêm uốn cong): 12 BN (16,4%); không có BN nào gãy kiểu B3 (gãy có mảnh rời hình chêm vụn).

+ Kiểu C: 36 BN (49,3%). Trong đó, kiểu C1 (gãy có nhiều mảnh nhỏ): 6 BN (8,2%); C2 (gãy 3 đoạn): 2 BN (2,7%); C3 (gãy có mảnh di lệch lớn): 28 BN (38,4%).

Gặp nhiều nhất là kiểu C3-gãy phức tạp có mảnh rời di lệch lớn (38,4%) và kiểu B2-gãy có mảnh rời, đường gãy hình chêm uốn cong (16,4%).

- Biến chứng: tràn dịch màng phổi 1 BN (1,4%); tổn thương đám rối thần kinh cánh tay 1 BN (1,4%).

- Tổn thương kết hợp: chấn thương sọ não 4 BN (5,5%); gãy xương khác 17 BN (23,3%).

3.2. Phương pháp điều trị:

3.2.1. Phương pháp điều trị:

Phương pháp điều trị	Phân loại A.O			Cộng
	Kiểu A	Kiểu B	Kiểu C	
Nẹp khóa đơn thuần	14	6	6	26 (35,6%)
Nẹp khóa và buộc vòng dây thép	2	15	30	47 (64,4%)
Nẹp 6 lỗ	14	18	27	59 (80,8%)
Nẹp 8 lỗ	2	3	9	14 (19,2%)

64,4% BN kết xương bằng nẹp khóa và buộc vòng dây thép (chủ yếu là BN gãy kiểu B và C); 19,2% BN sử dụng nẹp 8 lỗ (chủ yếu là BN gãy kiểu C).

3.2.2. Thời điểm phẫu thuật:

- Trong ngày đầu: 10 BN (13,7%).
- Từ 2-5 ngày: 30 BN (41,1%).
- Từ 6-10 ngày: 21 BN (28,8%).
- Trên 10 ngày: 12 BN (16,4%).
- Trung bình: $6,66 \pm 8,19$ ngày.

BN chủ yếu được phẫu thuật ở thời điểm từ 2 đến 5 ngày (41,1%). Thời gian chờ phẫu thuật trung bình $6,66 \pm 8,19$ ngày.

3.3. Kết quả điều trị:

3.3.1. Kết quả gần:

- Diễn biến tại chỗ: 100% BN liền vết mổ kỳ đầu, không BN nào nhiễm khuẩn hay viêm rò vết mổ.
- Kết quả nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu xương gãy:

Kết quả nắn chỉnh	Phân loại A.O			Cộng
	Kiểu A	Kiểu B	Kiểu C	
Xương thẳng trục, hết di lệch	15	19	36	70 (95,9%)
Còn di lệch ít	1	2	0	3 (4,1%)
Cộng	16	21	36	73 (100%)

95,9% có kết quả xương thẳng trục hết di lệch, 4,1% BN còn di lệch ít, không trường hợp nào còn di lệch lớn.

- Tai biến, biến chứng: không BN nào có tai biến, biến chứng trong và sau mổ.

3.3.2. Kết quả xa:

Chúng tôi theo dõi sau mổ từ 9-29 tháng được 46 BN, kết quả như sau:

- Sẹo mổ: 46 BN (100%) có sẹo mổ liền đẹp, không trường hợp nào sẹo co kéo hoặc sẹo lồi.

- Kết quả liền xương:

Kết quả liền xương	Đường gãy xương			Cộng
	Kiểu A	Kiểu B	Kiểu C	
Liền xương tốt	10	15	20	45 (97,8%)
Liền xương trung bình	0	1	0	1 (2,2%)

- Kết quả phục hồi chức năng: 46 BN (100%) không đau vùng vai, biên độ vận động khớp vai bình thường, mang vác nặng không bị ảnh hưởng.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Về đặc điểm BN gãy xương đòn:

BN gãy xương đòn nhiều nhất ở độ tuổi từ 20-60 tuổi (89%); BN nam (83,6%) nhiều hơn nữ (16,4%). Kết quả này phù hợp với các tác giả Phạm Ngọc Nhữ (88,1% BN từ 16-50 tuổi [2]); Hoàng Văn Dũng (92,3% BN từ 16-50 tuổi, chủ yếu là nam [1]). Tỷ lệ cao gãy xương đòn ở lứa tuổi lao động, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông là vấn đề xã hội rất cần được quan tâm, có biện pháp phòng ngừa hiệu quả. Wentz S [4] cho rằng, gãy xương đòn do tai nạn giao thông thường do lực chấn thương mạnh nên di lệch lớn.

Chấn thương gãy xương đòn thường đơn độc, ít khi có kết hợp với các tổn thương khác. Nhưng khi có tổn thương kết hợp thì bệnh cảnh lâm sàng thường phức tạp và làm cho việc điều trị thêm khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương kết hợp gồm gãy xương khác 23,3%, chấn thương sọ não 5,5%, không trường hợp nào bị tổn thương mạch máu dưới đòn. Fuchs M gặp 15,2% BN có tổn thương kết hợp, trong đó 6,5% chấn thương khớp vai và 6,5% ảnh hưởng đến mạch máu thần kinh [10]. Hoàng Văn Dũng gặp chấn thương kết hợp là 17,5%, trong đó 6,3% chấn thương sọ não, 2,8% chấn thương ngực-

phổi-màng phổi, 0,7% tổn thương đám rối thần kinh cánh tay và 7,7% là các tổn thương khác [1].

Xương đòn cong hình chữ S, mặt trước đầu trong lồi và đầu ngoài lõm; phần nối hai đoạn cong ở giữa xương đòn là chỗ yếu nhất. Vì vậy, gãy xương đòn thường xảy ra vị trí này. Chúng tôi gặp 93,2% BN gãy 1/3 giữa xương đòn và không BN nào gãy ở vị trí 1/3 trong. Kết quả này khá tương đồng với một số nghiên cứu trong nước, như Hoàng Văn Dũng (93% ở 1/3 giữa) [4], Phạm Ngọc Nhữ (76,15% ở 1/3 giữa) [5]; song có khác so với các tác giả nước ngoài (Fuchs M [10] gặp 54,35% ở 1/3 giữa và 45,65% ở 1/3 trong).

4.2. Về chỉ định phẫu thuật:

Ngoại trừ các tổn thương gãy xương hở, gãy xương có biến chứng tổn thương mạch máu, thần kinh, thì các ổ gãy phức tạp, có mảnh rời lớn, nhất là các mảnh rời nằm hướng xuống dưới vẫn được phần lớn các phẫu thuật viên chỉ định phẫu thuật. Những trường hợp gãy xương di lệch, có mảnh rời xương vẫn có thể liền khi điều trị bảo tồn. Nhưng đôi khi do yếu tố tâm lý, người bệnh không yên tâm khi thấy hình ảnh di lệch. Thêm vào nữa, yếu tố kinh tế phát triển làm yêu cầu nhanh chóng trở lại công việc và sinh hoạt của BN làm cho phẫu thuật kết xương đòn được chỉ định rộng rãi hơn [12]. Tuy nhiên, chỉ định phẫu thuật xương đòn còn nhiều ý kiến khác nhau. Bradbury N đưa ra chỉ định phẫu thuật gãy xương đòn như sau: mô mềm chèn vào ổ gãy; đe dọa gãy hở hoặc gãy hở; BN đa chấn thương, việc cố định bên ngoài gây khó khăn theo dõi chăm sóc; gãy xương có tổn thương mạch máu thần kinh; ổ gãy di lệch chồng trên 2 cm [5]. Eiff M.P [8] chỉ phẫu thuật kết xương đòn trong những trường hợp có tổn thương mạch máu, thần kinh hoặc tổn hại nặng nề mô mềm như cơ, màng xương..., gãy 1/3 ngoài xương đòn nhóm II, gãy 1/3 trong có trật khớp ức đòn. Chu C.M [7], Fuchs M [10] chỉ định phẫu thuật kết xương đòn như sau: hai đầu ổ gãy cách xa nhau trên nửa đường kính xương đòn; gãy hở hoặc đe dọa gãy hở; gãy có tổn thương mạch máu thần kinh; chậm liền hoặc không liền xương; gãy có tổn thương khớp vai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không BN nào gãy xương đòn có biến chứng hoặc tổn thương mạch máu dưới đòn, 1 BN tổn thương đám rối thần kinh cánh tay phối hợp, sau phẫu thuật phục hồi tốt, tái khám chức năng chức phận của tay tốt.

Vấn đề lựa chọn phương tiện kết xương không phải lúc nào cũng thống nhất. Phương pháp kết xương bằng đinh nội tủy có ưu điểm nổi bật là bộc lộ ít, nhưng lại cố định không vững, thậm chí có không ít trường hợp ổ gãy cũng bị giãn cách do đầu đinh chống vào thành xương khi đóng đinh. Phương pháp

kết xương nẹp khóa không cần ép chặt nẹp vào thân xương; nếu có các mảnh rời cũng không nhất thiết phải chỉnh hết về vị trí giải phẫu và không cần lóc hết cốt mạc, phần mềm bám vào mảnh xương rời mà vẫn cố định vững chắc ổ gãy, bảo đảm tối đa nguồn nuôi dưỡng xương. Yếu tố kinh tế cũng là một trong những ảnh hưởng trong việc chọn lựa phương tiện kết xương. Đối với các ổ gãy quá phức tạp, nhiều mảnh rời nhỏ, các phương pháp kết xương bằng đinh nội tủy hay bằng nẹp vít cũng cần phải cân nhắc [4].

Trong số 73 BN nghiên cứu này, chúng tôi chỉ định phẫu thuật dựa vào tổn thương 68 BN (93,2%) (theo chỉ định của các tác giả trong nước và ngoài nước); có 5 BN (6,8%) điều trị nội khoa không đạt yêu cầu ở tuyến trước, sau khi kiểm tra bằng chụp X quang thấy ổ gãy có mảnh rời di lệch lớn, nên chỉ định phẫu thuật kết xương nẹp khóa; không BN nào chỉ định phẫu thuật theo yêu cầu.

Kết xương đòn bằng nẹp khóa có nhiều ưu điểm, song do nẹp nằm ngay dưới da nên gây cộm và khó chịu, nhất là với người gầy. Việc lấy bỏ phương tiện kết xương nẹp khóa cũng phức tạp hơn. Để khắc phục nhược điểm này, người ta có thể rạch các đường nhỏ để tháo vít, sau đó rút bỏ nẹp ngầm qua đường rạch này. Trong khi tháo đinh nội tủy chỉ cần đường rạch 1-2 cm và lấy bỏ phương tiện kết xương nhẹ nhàng hơn.

4.3. Về kết quả điều trị:

4.3.1. Kết quả liền xương:

Cho đến nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật kết hợp xương được áp dụng, như kết xương nẹp vít, đóng đinh nội tủy, buộc vòng dây thép... Cùng với sự phát triển khoa học kỹ thuật, các phương tiện kết xương cũng được cải tiến để phù hợp với hình thể xương đòn. Phương pháp phẫu thuật kết xương bằng đinh Kirschner của Ngarmukos C [14] tỉ lệ chậm liền xương là cao nhất 5,6%. Tác giả nhận thấy tất cả những trường hợp không liền xương đều bị tuột đinh và 7,4% BN còn than phiền đau vùng vai. Nghiên cứu của Chu C.M [7] gặp 3,8% BN chậm liền xương, trong đó 2 trường hợp khớp giả, nguyên nhân là do đinh Knowles bị di chuyển sang chỗ khác. Một số tác giả cho rằng nguyên nhân không liền xương trong kết xương bằng buộc dây thép là do dây thép di chuyển, chèn vào ổ gãy khi BN vận động khớp vai. Vì vậy, phương pháp này cần bắt động tăng cường bằng băng số 8 hoặc treo tay [2].

Phẫu thuật kết xương bằng nẹp khóa là phương pháp được nhiều nhà phẫu thuật châu Âu và thế giới ưa chuộng vì kết xương vững, ổ gãy không di lệch khi vận động khớp vai, đặc biệt ngay cả khi BN phải vận động sớm [15]. Sau phẫu thuật, BN vận động khớp

vai sớm, xương đòn sẽ chịu lực giãn ra và dồn vào theo trục xương đòn, làm cho ổ gãy lúc thì giãn cách, lúc thì ép vào. Các phương pháp kết xương bằng đinh nội tủy và nẹp vít thường không chống được các lực đó, nhất là với những ổ gãy có mảnh rời, dẫn tới trôi đinh, bật nẹp, gãy nẹp, di lệch thứ phát sau phẫu thuật. Nẹp khóa giải quyết được vấn đề này, chống lại được lực giãn ra và dồn vào khi vận động khớp vai. Do đó, sau kết xương nẹp khóa, có thể cho BN vận động khớp vai sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp 1 BN bật nẹp đầu ngoại vi, dẫn tới can xương lệch, tuy nhiên, BN vận động khớp vai bình thường.

Bradbury N [5] gặp 1/32 BN kết xương đòn bằng nẹp vít A.O bị biến chứng khớp giả. Nguyên nhân do vít nhiều, làm cộm, loét da, nên phải lấy bỏ. Trong quá trình lấy phương tiện kết xương, xương bị gãy lại, sau này xương không liền, phải ghép xương. Fuchs M [10] gặp 3 BN chậm liền xương, trong đó có 2 trường hợp khớp giả phải phẫu thuật ghép xương mới liền. Tác giả nhận thấy khớp giả là do phẫu thuật bóc tách cốt mạc nhiều, gây sang chấn tổ chức mô xung quanh và tổn hại mạch cung cấp máu cho màng xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 45/46 BN liền xương tốt. Điều này cho thấy tính ưu việt của kết xương nẹp khóa. Đó là bảo đảm ổ gãy, nẹp và vít tạo thành một khối vững chắc mà không cần cố định bên ngoài tăng cường. BN có thể vận động sớm sau phẫu thuật và sinh hoạt thoải mái hơn so với điều trị bảo tồn.

4.3.2. Kết quả chức năng vận động khớp vai:

Do ổ gãy được kết xương vững chắc bằng nẹp vít, BN có thể vận động sớm ngay từ những ngày đầu sau phẫu thuật, không phải bất động tăng cường bên ngoài bằng treo tay hay băng thun. Phương pháp kết xương bằng đinh nội tủy vẫn phải cố định tăng cường bằng treo tay, thậm chí là đai số 8 khi gãy phức tạp nhiều mảnh, ổ gãy được cố định không vững. Thêm vào đó, sự chồi đầu đinh, thậm chí loét da tương ứng vị trí đầu đinh, cảm giác vướng víu khó chịu nơi đầu đinh... cũng là những cản trở về thực tiễn và tâm lý khi BN tập vận động khớp vai. Đó chính là những yếu tố nguy cơ làm hạn chế vận động khớp vai khi kết xương đòn bằng đinh nội tủy.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 73 BN gãy xương đòn, điều trị bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa, tại Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2013-3/2017, kết luận:

- BN chủ yếu là nam (83,6%), từ 21-60 tuổi (89%), gãy xương do tai nạn giao thông (80,8%), được phẫu thuật sau tai nạn từ 2-5 ngày (41,1%). Tổn thương

gãy xương đòn bên trái (67,1%) nhiều hơn bên phải (32,9%); vị trí gãy hay gặp là 1/3 giữa (93,2%). Tổn thương kết hợp gặp ở 28,8% BN, trong đó 23,3% có gãy xương khác kèm theo, 5,5% có chấn thương sọ não, 1,4% có tràn dịch màng phổi.

- Kết quả gần: 100% BN kết xương đúng kỹ thuật, 95,9% hết di lệch ổ gãy, 4,1% còn di lệch ít, 100% liền vết mổ kỳ đầu. Kết quả xa (ở 46 BN, từ 9-12 tháng): 97,8% sẹo mổ mềm mại, liền xương, hết di lệch; 2,2% liền xương còn di lệch ít; 100% có chức năng khớp vai bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hoàng Văn Dũng (2004), *Đánh giá kết quả điều trị gãy xương đòn ở người lớn bằng phẫu thuật xuyên kim kirschner nội tủy tại bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
2. Phạm Ngọc Nhữ (1995), *Một số nhận xét qua 151 bệnh nhân gãy xương đòn được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bên trong*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Altamimi S.A, McKee M.D (2008), "Nonoperative treatment compared with plate fixation of displaced midshaft clavicular fractures. Surgical technique", *J Bone Joint Surg Am*, 90 Suppl 2 Pt 1. pp. 1-8.
4. Bostman O, Manninen M, Pihlajamäki H (1997), "Complications of plate fixation in fresh displaced midclavicular fractures", *J Trauma*, 43 (5), pp. 778-83.
5. Bradbury N, Hutchinson J, Hahn D, et al (1996), "Clavicular nonunion. 31/32 healed after plate fixation and bone grafting", *Acta Orthop Scand*, 67 (4), pp. 367-70.
6. Chen C.E, Juhn R.J, Ko J.Y (2010), "Anterior-inferior plating of middle-third fractures of the clavicle", *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 130 (4), pp. 507-511.
7. Chu C.M, Wang S.J, Lin L.C (2002), "Fixation of mid-third clavicular fractures with knowles pins: 78 patients followed for 2-7 years", *Acta Orthop Scand*, 73 (2), pp. 134-9.
8. Eifff M.P (1997), "Management of clavicle fractures", *Am Fam Physician*, 55 (1), pp. 121-8.
9. Enneking T.J, Hartlief M.T, Fontijne W.P (1999), "Rushpin fixation for midshaft clavicular nonunions: good results in 13/14 cases", *Acta Orthop Scand*, 70 (5), pp. 514-6.
10. Fuchs M, Losch A, Stürmer K.M (2002), "Surgical treatment of fractures of the clavicle- Indication, surgical technique and results", *Zentralbl Chir*, 127 (6), pp. 479-84.

11. Hillen R.J, Burger B.J, Pöll R.G, et al (2010), "Malunion after midshaft clavicle fractures in adults: The current view on clavicular malunion in the literature", *Acta Orthopaedica*, 81 (3), pp. 273-279.

12. Karaoğlu S, Duygulu F, Kabak S, et al (2002), "Results of conservative treatment of displaced mid-clavicular fractures in adults", *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*, 36 (1), pp. 7-11.

13. Kitsis C.K, Marino A.J, Krikler S.J, et al (2003), "Late complications following clavicular fractures and

their operative management", *Injury*, 34 (1), pp. 69-74.

14. Ngarmukos C, Parkpian V, Patradul A (1998), "Fixation of fractures of the midshaft of the clavicle with Kirschner wires. Results in 108 patients", *J Bone Joint Surg Br*, 80 (1), pp. 106-8.

15. Sang Qing-Hua, Gou Zhi-Gang, Zheng Hua-Yong, et al (2015), "The Treatment of Mid-shaft Clavicle Fractures", *Chinese Medical Journal*, 128 (21), pp. 2946-2951.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỠ...

(Tiếp theo trang 17)

4.4. Kết quả phẫu thuật:

4.4.1. Thời gian mổ:

Thời gian mổ trung bình $65,8 \pm 12,6$ phút, ngắn nhất 45 phút và dài nhất 120 phút. Những BN có thời gian mổ ngắn vì lượng máu mất không quá nhiều, khối thai nhỏ... nên xử trí thuận lợi. Những BN có thời gian mổ dài do ổ bụng dính nhiều, lượng máu mất lớn, khối thai to... nên xử trí khó khăn.

4.4.2. Theo dõi sau mổ:

Tỉ lệ sử dụng kháng sinh điều trị là 100%; 100% BN phải dùng thuốc giảm đau sau mổ; thời gian đau sau mổ trung bình 48,67 giờ; thời gian vận động sau mổ trung bình 28,93 giờ; thời gian trung tiện sau mổ trung bình 36,86 giờ; thời gian nằm viện sau mổ trung bình $7,04 \pm 1,15$ ngày. Khả năng hồi phục chậm do mất máu làm thời gian nằm viện của BN kéo dài.

Với việc chẩn đoán sớm, chỉ định đúng, xử trí kịp thời, phối hợp chặt chẽ giữa gây mê, hồi sức và phẫu thuật... nên không có trường hợp nào xảy ra tai biến và biến chứng.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 62 BN chữa ngoài tử cung vỡ, tại Bệnh viện Quân y 6, từ tháng 1/2010-9/2015, chúng tôi rút ra kết luận:

- Tuổi trung bình của BN chữa ngoài tử cung vỡ là $32,6 \pm 4,5$; độ tuổi 25-39 có tỉ lệ cao nhất (79,1%).
- 25,81% BN có tiền sử viêm sinh dục; 8,06% có tiền sử nạo hút thai; 74,19% chưa có con.
- Triệu chứng cơ năng: chậm kinh (83,87%), đau bụng (100%), ra máu âm đạo (80,65%).
- Triệu chứng thực thể: tụt huyết áp (19,35%); mạch trên 80 nhịp/phút (100%), da xanh, niêm mạc

nhợt (100%), dấu hiệu Blumberg (+) ở hạ vị (100%), cùng đồ Douglas phồng, đau (100%).

- Cận lâm sàng: 100% test HCG (+); 100% siêu âm buồng tử cung không có túi ối và cùng đồ có dịch, 87,1% thấy khối cạnh tử cung, 83,87% có hemoglobin máu giảm.

- Kết quả mổ: thời gian đau sau mổ trung bình 48,67 giờ; thời gian vận động sau mổ trung bình 28,93 giờ; thời gian trung tiện sau mổ trung bình 36,86 giờ; thời gian ăn lỏng sau mổ trung bình 36,86 giờ; thời gian nằm viện trung bình $7,04 \pm 1,15$ ngày; không có tai biến, biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Ngọc Anh (2004), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung*, Luận án tiến sĩ y học.
2. Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ (2001), "Chữa ngoài tử cung", *Lâm sàng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 384-397.
3. Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Sản phụ khoa*, NXB Y học, Hà Nội.
4. Vương Tiến Hòa (2001), "Thông báo kết quả bước đầu nghiên cứu β -HCG trong chữa ngoài tử cung", *Tạp chí Y học thực hành*, số 3, trang 52.
5. Học viện Quân y (2006), *Giải phẫu học ngực - bụng, giáo trình giảng dạy sau đại học*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội.
6. Russell C et al (2002), "Management of ectopic pregnancy at military medical center", *Military Medicine*, February, 167(2), pp. 129-31.