

có cuống trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô khoang miệng tại bệnh viện trung ương Huế. Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2023;số 85:80-88.

5. **Lê Ngọc Sơn, Đặng Triệu Hùng.** Kết quả bước đầu trong tái tạo tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cằm. Tạp chí nghiên cứu y học. 2021;147 (11):110-116.
6. **Nguyễn Quang Đức, Lê Diệp Linh.** Kết quả phẫu thuật tái tạo tổn khuyết sau cắt ung thư

lưỡi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2023;Tập 18 - Số 3/2023:135-144. doi:DOI: <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i3.1823>

7. **Nguyễn Xuân Hùng, Trần Nhật Huy, Trần Hữu Phúc, Võ Thế Nam An, Nguyễn Tự, Lương Thị Vân Thảo.** Phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình khuyết hồng bằng vật dưới cằm. Tạp chí y học lâm sàng. 2021; Số 74/2021:121-126. doi:DOI: 10.38103/jcmhch.2021.74.18

GỠ ĐƠN THUẦN CỬ BÉ XƯƠNG CÁNH TAY: XEM LẠI Y VĂN VÀ BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

**Hồ Mẫn Trường Phú¹, Nguyễn Thanh Long¹,
Trần Thanh Đạt¹, Nguyễn Anh Huy¹**

TÓM TẮT.

Gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay là một chấn thương hiếm gặp, thường bị chẩn đoán nhầm hoặc bỏ sót do các triệu chứng lâm sàng không điển hình và các trường hợp y văn chủ yếu ghi nhận các ca bệnh riêng lẻ. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày ca lâm sàng gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay đi kèm với trật khớp cùng đòn cùng bên. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật mở và cố định bên trong. Quá trình hồi phục chức năng của bệnh nhân được đánh giá sau một tháng và ba tháng phẫu thuật, với kết quả khả quan về sự phục hồi biên độ vận động của khớp vai. Nghiên cứu này nhằm mục

đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay, đồng thời đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật mở và cố định bên trong (ORIF) trong việc điều trị và phục hồi chức năng vai. Chúng tôi cũng xem xét lại các tài liệu y văn để đối chiếu và làm sáng tỏ các cơ chế chấn thương, các lựa chọn điều trị hiện tại, cũng như đề xuất các khuyến nghị cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu trong tương lai.

Từ khóa: gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay.

SUMMARY

ISOLATED FRACTURE OF THE LESSER TUBEROSITY OF THE HUMERUS: LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Isolated fractures of the lesser tuberosity of the humerus are rare injuries, often misdiagnosed or overlooked due to atypical clinical symptoms, with most literature reports limited to isolated case studies. In this report, we present a clinical case of

¹Bệnh viện Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Long
SĐT: 0934935985

Email: thanhlong661988@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

an isolated fracture of the lesser tuberosity of the humerus accompanied by ipsilateral acromioclavicular joint dislocation. The patient was treated using open reduction and internal fixation (ORIF). The patient's functional recovery was assessed at one month and three months post-surgery, showing positive outcomes in terms of shoulder joint range of motion restoration. This study aims to describe the clinical and imaging characteristics of isolated fractures of the lesser tuberosity and evaluate the effectiveness of ORIF in treating this injury and facilitating shoulder rehabilitation. We also review the existing literature to compare and clarify injury mechanisms, current treatment options, and propose recommendations for clinical practice and future research.

Keywords: isolated fracture of the lesser tuberosity of the humerus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay là một loại chấn thương hiếm gặp và thường bị bỏ sót trong quá trình chẩn đoán lâm sàng do các triệu chứng không điển hình và sự khó khăn trong việc nhận biết trên hình ảnh học [1]. Theo thống kê, tỷ lệ gặp phải gãy củ bé trong các trường hợp trật khớp vai ra sau chỉ chiếm khoảng 0,6 trên 100.000 người mỗi năm [2], khiến cho việc nghiên cứu và hiểu biết về chấn thương này còn hạn chế. Sự khó khăn trong chẩn đoán, đặc biệt là ở giai đoạn chấn thương cấp tính, có thể dẫn đến các biến chứng như đau vai mạn tính và mất chức năng vận động của khớp vai nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời [3].

Trong bối cảnh y văn, các báo cáo về gãy củ bé thường liên quan đến các chấn thương phức tạp hơn, bao gồm gãy hai hoặc ba mảnh của đầu trên xương cánh tay, điều này làm

cho các trường hợp gãy đơn thuần củ bé càng thêm đặc biệt và hiếm gặp [3]. Trường hợp đầu tiên của gãy đơn thuần củ bé được báo cáo bởi Hartigan và cộng sự vào năm 1985 [1], mở ra hướng nghiên cứu mới về cơ chế và phương pháp điều trị chấn thương này. Mặc dù nguyên nhân gây ra gãy củ bé có thể là do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp, cơ chế phổ biến nhất được ghi nhận là do sự căng cơ dưới vai khi vai bị dạng và xoay ngoài, dẫn đến tình trạng kéo giật củ bé ra khỏi vị trí giải phẫu [4].

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu làm sáng tỏ hơn các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay, đồng thời đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị mổ mở cố định bên trong (ORIF) trong việc phục hồi chức năng vận động khớp vai cho bệnh nhân. Việc hiểu rõ hơn về chẩn đoán và điều trị loại chấn thương này không chỉ có ý nghĩa khoa học mà còn mang lại giá trị thực tiễn trong lâm sàng, đặc biệt trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

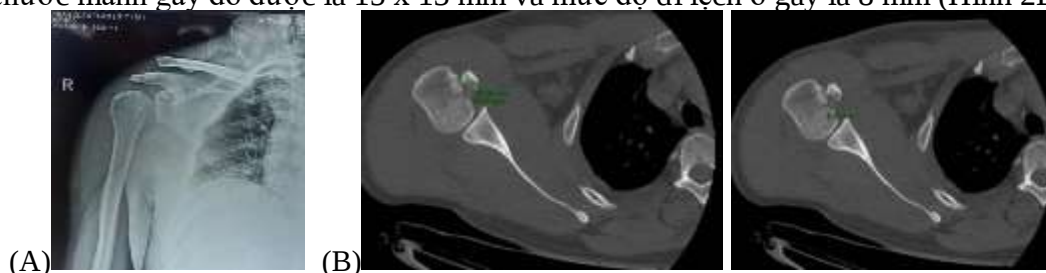
II. BÁO CÁO CA BỆNH LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 31 tuổi, nhập viện với triệu chứng đau vai phải sau khi té ngã từ độ cao 1,5m, trong tư thế tay phải bị dạng và xoay ngoài khi chạm đất. Qua thăm khám lâm sàng, bệnh nhân có các dấu hiệu như đau vai phải, điểm đau chói tại đầu trên xương cánh tay, bầm tím ở mặt trong đầu trên xương cánh tay phải, biến dạng gồ lên tại vị trí khớp cùng đòn phải, dấu hiệu phím đàn dương tính. Khám biên độ vận động cho thấy bệnh nhân có hạn chế trong các động tác gấp cánh tay ra trước 90°, dạng 80°, xoay ngoài bình thường, và xoay trong 40°.



Hình 1: Hạn chế biên độ khớp vai phải sau chấn thương

Hình ảnh phim X-quang thẳng cho thấy dấu hiệu trật khớp cùng đòn phải rõ ràng, tuy nhiên, có một điểm sáng bất thường khó phát hiện tại vị trí củ bé xương cánh tay (Hình 2A). Bệnh nhân được chỉ định chụp CT scan vai phải, kết quả cho thấy ổ gãy tại củ bé xương cánh tay với kích thước mảnh gãy đo được là 15 x 13 mm và mức độ di lệch ổ gãy là 8 mm (Hình 2B).



Hình 2 (A): Điểm sáng bất thường tại vị trí củ bé xương cánh tay trên X quang, (B): Ổ gãy tại củ bé xương cánh tay trên CT khớp vai

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật mổ mở với tư thế nằm “beach chair” (dưới 45 độ), tiếp cận ổ gãy bằng hai đường mổ: đường thứ nhất phía trên khớp cùng đòn để cố định khớp cùng đòn bằng nẹp móc kèm khâu tái tạo dây chằng cùng đòn, đường thứ hai tiếp cận ổ gãy củ bé xương cánh tay qua đường deltopectoral (Hình 3).



Hình 3: Tư thế bệnh nhân

Trong quá trình phẫu thuật, quan sát thấy mảnh gãy củ bé đã bị nhô ra xa khỏi vị trí giải phẫu, phẫu tích tiếp theo phát hiện đầu dài gân cơ nhị đầu bị trật ra khỏi rãnh nhị đầu và kẹt vào vị trí ổ gãy. Bác sĩ tiến hành kéo đầu dài gân cơ nhị đầu về lại rãnh gân nhị đầu và cố định mảnh gãy củ bé vào đúng vị trí giải phẫu bằng vít xóp (Hình 4).



Hình 4: Bộc lộ ổ gãy và cố định lại củ bé xương cánh tay

Phim X-quang sau phẫu thuật cho thấy các ổ gãy đã được cố định tốt vào vị trí giải phẫu ban đầu (Hình 5A). Bệnh nhân được bất động trong 3 tuần và bắt đầu tập phục hồi chức năng vào tuần thứ 4. Khi tái khám sau 3 tháng, hình ảnh X quang cho thấy các ổ gãy đã liền xương và phục hồi tốt biên độ vận động của khớp vai (Hình 6).



(A)

(B)

Hình 5: Hình ảnh X-quang các ổ gãy khớp vai sau mổ (A) và sau 3 tháng theo dõi (B)



Hình 6 : Biên độ vận động bệnh nhân sau 3 tháng

III. BÀN LUẬN

Gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay là một chấn thương hiếm gặp, với tỉ lệ chỉ khoảng 0,46 trường hợp trên 100.000 dân số [1]. Do tính chất hiếm có của chấn thương này, kinh nghiệm lâm sàng trong việc xử lý vẫn còn hạn chế. Qua khảo sát y văn, chúng tôi không tìm thấy báo cáo về loạt ca lâm sàng lớn, mà chỉ có các chuỗi ca lâm sàng nhỏ hoặc các báo cáo ca đơn lẻ.

Về mặt hình thái học, gãy củ bé xương cánh tay có thể được phân loại thành hai dạng chính dựa trên cơ chế chấn thương: chấn thương do lực trực tiếp và chấn thương do lực gián tiếp. Do kích thước nhỏ và vị trí bên trong của củ bé, gãy đơn thuần củ bé do lực trực tiếp là hiếm gặp. Do đó, phần lớn các tác giả cho rằng cơ chế chấn thương chủ yếu là do lực căng cơ [4]. Cơ chế chủ yếu là sự co lại mạnh của cơ dưới vai khi đối kháng với lực dạng và xoay ngoài của vai, ví dụ như trong các trường hợp té ngã từ trên cao, ngã mạnh ra phía sau, hoặc bị ném xuống đất như trong các trận đấu vật, tai nạn xe máy [1]. Ngoài ra, các cơ chế ít phổ biến hơn bao gồm cơ chế đột ngột không tự chủ sau cơn động kinh hoặc ở bệnh nhân tâm thần điều trị sốc điện, trật khớp vai ra sau cũng đã được báo cáo [5]. Nhóm đối tượng có nguy cơ cao gặp phải chấn thương này bao gồm các vận động viên và thanh thiếu niên chưa hoàn thiện sự phát triển của hệ xương, đặc biệt là những người thường xuyên thực hiện các hoạt động liên quan đến vai [1].

Về mặt lâm sàng, gãy cấp tính củ bé thường có các triệu chứng điển hình như: đau tại vị trí củ bé, giới hạn vận động chủ động khi xoay ngoài và khi dạng vai, tăng phạm vi xoay ngoài thụ động so với vai đối diện, và đau khi xoay trong vai. Các nghiệm pháp lâm sàng như nghiệm pháp LIFT-OFF dương tính, nghiệm pháp ép bụng, và dấu hiệu Napoleon có thể giúp xác định chính xác vị trí tổn thương. Khi thăm khám, bác sĩ nên kiểm tra

dấu hiệu bất thường của đầu dài gân cơ nhị đầu và đánh giá độ ổn định của khớp ổ chảo-cánh tay để loại trừ trật khớp vai đi kèm.

Như đã đề cập trước đó, gãy đơn thuần củ bé là rất hiếm và dễ bị bỏ sót, dẫn đến chẩn đoán chậm trễ có thể gây mất ổn định vai, teo cơ do không vận động và các triệu chứng chèn ép một vài năm sau chấn thương [5]. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể không đau nhưng mất khả năng vận động xoay chủ động khớp vai, giảm cơ lực của cơ dưới vai, và một vài trường hợp có thể làm tăng cơ lực của các cơ xoay ngoài. Gãy củ bé xương cánh tay có thể bị bỏ sót nếu chỉ dựa vào phim X-quang thông thường ở tư thế trước sau hoặc tư thế xương bả vai, đặc biệt là với các mảnh xương nhỏ, di lệch tối thiểu. Để chẩn đoán chính xác hơn, cần thực hiện X-quang ở tư thế nghiêng nách (axillary view). Trong trường hợp mảnh xương gãy lớn và có sự di lệch đáng kể, mặc dù dễ nhận biết trên phim X-quang thông thường, nhưng có thể dẫn đến chẩn đoán nhầm lẫn với các tổn thương khác như tổn thương Bankart sau trật khớp vai. Nếu mảnh xương gãy di lệch đến vị trí dưới ổ chảo, có thể bị nhầm với viêm gân vôi hóa [3,5]. Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) cung cấp hình ảnh chi tiết hơn về kích thước và mức độ di lệch của mảnh xương, giúp lập kế hoạch điều trị chính xác hơn. Siêu âm có vai trò bổ sung, cung cấp thông tin về tổn thương chóp xoay liên quan và trật hoặc bán trật gân cơ nhị đầu. Chụp cộng hưởng từ (MRI) có độ nhạy cao hơn trong việc phát hiện trật khớp vai liên quan đến khuyết ổ chảo hoặc xương cánh tay, hoặc để chẩn đoán gãy xương liên quan đến khối u ở trẻ em. Với gãy mạn tính, hình ảnh chẩn đoán có thể cho thấy quá trình liền xương và can xương. Trong báo cáo của chúng tôi, bệnh nhân có hạn chế xoay ngoài và dạng vai sau chấn thương, kèm theo cơn đau vùng trước vai tăng lên khi vận động. Bệnh nhân này thường bị đau khi ấn vào củ

bé và dương tính với nghiệm pháp cơ dưới vai. Hình ảnh CT scan cho thấy sự di lệch đáng kể của củ bé so với xương cánh tay.

Về phương diện điều trị, hiện vẫn còn nhiều tranh cãi trong việc điều trị gãy đơn thuần củ bé xương cánh tay, bao gồm các lựa chọn giữa điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật, cũng như phương pháp phẫu thuật tối ưu. Các phương pháp điều trị chính bao gồm treo tay, mổ hở nắn chỉnh kết hợp xương bên trong (ORIF), nội soi kết hợp xương, và nắn kín qua da kết hợp xương bên trong [6].

Trong các trường hợp gãy xương cấp tính không di lệch của củ bé, phương pháp điều trị không phẫu thuật có thể mang lại kết quả khả quan. Việc sử dụng nẹp tay trong 6 đến 8 tuần, sau đó bệnh nhân được tập luyện phục hồi chức năng khi tháo nẹp, hầu hết đều tiên lượng tốt.

Chỉ định phẫu thuật bao gồm di lệch mảnh gãy > 5mm hoặc gập góc > 45°, giới hạn vận động, yếu rõ rệt trên lâm sàng, hoặc đau kéo dài [3]. Ogawa và cộng sự đã có nhiều nghiên cứu và khuyến cáo sử dụng phương pháp mổ hở cố định bên trong (ORIF) cho hầu hết các trường hợp, bất kể kích thước và sự dịch chuyển của mảnh xương để đạt hiệu quả tối ưu [4]. Một số khuyến cáo khác lại đề xuất phương pháp ORIF nên áp dụng cho các trường hợp gãy nhiều mảnh ở củ bé (Neer V) hoặc gãy có kèm theo trật khớp vai hoặc kẹt đầu dài của cơ nhị đầu [7]. Đường tiếp cận deltopectoral là tiêu chuẩn trong phẫu thuật gãy củ bé xương cánh tay [6]. Trong quá trình phẫu thuật, thường cần phải vận động cơ dưới vai và xử lý phần bám bị đứt để làm sạch các mô xơ dính. Cần đánh giá kỹ lưỡng thành giữa của rãnh gian củ để bảo tồn sự gắn kết của đầu dài gân cơ nhị đầu [6]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được điều trị theo phương pháp mổ hở cố định bên trong (ORIF). Sau 1 tháng phẫu thuật, bệnh nhân đã bắt đầu tập phục hồi chức năng và

sau 3 tháng bệnh nhân không còn cảm giác đau, cho thấy phương pháp điều trị này giúp bệnh nhân sớm quay lại hoạt động sinh hoạt, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống. Gần đây, phương pháp nội soi khớp được sử dụng cho các trường hợp gãy bong mấu động bé xương cánh tay đơn độc, với quy trình hai bước: nắn chỉnh kín và cố định bên trong [1]. Phương pháp này cho phép bệnh nhân cử động không đau và nhanh chóng trở lại với các môn thể thao cần sự linh hoạt của khớp vai như bóng chuyền, tennis...[9]. Phương pháp này có thể được chỉ định cho trường hợp bong mấu động bé đơn thuần có di lệch, mang lại kết quả lâm sàng và hình ảnh học tuyệt vời [7].

Một bài báo cáo gần đây tập trung vào việc điều trị bong mấu động bé ở thanh thiếu niên đã chứng minh rằng kết quả tốt đạt được sau cả phẫu thuật mở và nội soi, không có sự khác biệt đáng kể về mặt kết quả lâm sàng giữa hai phương pháp [8]. Lợi ích của các kỹ thuật nội soi so với mổ hở nắn chỉnh cố định bên trong bao gồm: không có dụng cụ xuyên qua mảnh xương bong, điều này có thể gây vỡ mảnh và mất khả năng cố định. Nội soi cũng ít xâm lấn hơn, dẫn đến sẹo sau phẫu thuật nhỏ hơn và lý thuyết là ít đau sau phẫu thuật hơn, với thời gian phục hồi chức năng ngắn hơn [8]. Một số tác giả cho rằng việc điều trị gãy củ bé xương cánh tay nên dựa vào thời gian gãy, chia thành: cấp tính và mạn tính. Ogawa khuyến cáo nên can thiệp ở bệnh nhân gãy xương cấp tính, trong khi đối với bệnh nhân gãy xương mạn tính, nên chọn phương pháp điều trị bảo tồn [4].

IV. KẾT LUẬN

Gãy củ bé xương cánh tay là một chấn thương hiếm gặp nên đòi hỏi sự chẩn đoán chính xác và kịp thời, CT Scan được khuyến cáo khi có nghi ngờ trên hình ảnh Xquang, việc hiểu rõ và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho gãy củ bé xương cánh tay là

rất quan trọng. Sự tiếp tục nghiên cứu và cập nhật các hướng dẫn lâm sàng là cần thiết để tối ưu hóa kết quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu, G. B., Wang, S. Q., Wen, S. W., & Yu, G. R. (2014). Isolated avulsion fractures of lesser tuberosity humerus: a case report and review of the literature. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*.
2. Kotsalis G, Georgountzos A, Kechagias I, et al. (January 15, 2024) Irreducible Posterior Shoulder Dislocation With Concomitant Fracture of Both the Greater and Lesser Tuberosity: An Extremely Rare Shoulder Injury. *Cureus* 16(1): e52312. doi:10.7759/cureus.52312
3. Jaya TS, Hadizie D, Muzaffar TMS (2019) Isolated Avulsion Fracture Lesser Tuberosity of the Humerus, a Rare Presentation Post Seizure. *Trauma Cases Rev* 5:078. doi.org/10.23937/2469-5777/1510078
4. Ogawa, K., & Takahashi, M. (1997). Long-term outcome of isolated lesser tuberosity fractures of the humerus. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 42(5), 955-959.
5. Lik-Hang Hung, Kwong-Yin Chung, Ning Tang, Kwok-Sui Leung, Isolated Avulsion Fracture of the Lesser Tuberosity of the Humerus: Case Report and Literature Review, *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation*, Volume 16, Issue 2, 2012, Pages 78-81, ISSN 2210-4917.
6. Gruson, K. I., Ruchelsman, D. E., & Tejwani, N. C. (2008). Isolated tuberosity fractures of the proximal humerus: current concepts. *Injury*, 39(3), 284-298.
7. Scheibel, M., Martinek, V., & Imhoff, A. B. (2005). Arthroscopic reconstruction of an isolated avulsion fracture of the lesser tuberosity. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 21(4), 487-494.
8. Cregar, W. M., MacLean, I. S., Verma, N. N., & Trenhaile, S. W. (2018). Lesser Tuberosity Avulsion Fracture Repair Using Knotless Arthroscopic Fixation. *Arthroscopy Techniques*. doi:10.1016/j.eats.2018.04.015

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Thị Kiều Anh¹, Nguyễn Đặng Hiền Thương¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue ở trẻ tại khoa Bệnh Nhiệt đới

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

SĐT: 0912584133

Email: bsckieuanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/7/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2024

Ngày duyệt bài: 02/10/2024

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022-2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu 150 trẻ được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết tại BV Sản nhi Nghệ An. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả: Thời gian điều trị trung bình là 5,8 ngày; Tất cả bệnh nhi sốt sốt xuất huyết Dengue được truyền khối tiêu cầu và truyền dịch cao phân tử trong đó có 3/7 bệnh nhi phải truyền khối tiêu cầu lần 2, tỷ lệ tiểu cầu trung bình sau truyền máu lần 2 tăng