

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GỠ KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẠP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Văn Trường Sơn¹, Nguyễn Tuấn Cảnh¹

Keywords: fracture, bone fusion, locking splint, clinical, paraclinical.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân: 62,5% do tai nạn giao thông, 34,4% do tai nạn sinh hoạt; cơ chế: 100% cơ chế trực tiếp; tay gãy: 65,5% tay phải; 100% bệnh nhân thuận tay phải; điều trị trước phẫu thuật: 15,6% mang áo Desault; phân loại Neer: 87,5% loại III, 12,5% loại IV. **Từ khóa:** gãy xương, kết hợp xương, nẹp khóa, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND NEAR-CLINICAL CHARACTERISTICS OF A PATIENT WITH A FRACTURE OF THE UPPER HEAD OF THE HUMAN BONE RECEIVED SURGICAL TREATMENT COMBINED WITH A LOCKING BRACE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Survey the clinical and paraclinical characteristics of patients with closed proximal humerus fractures treated with surgery combined with locking splints at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 32 patients diagnosed with closed fractures of the upper humerus who underwent surgery with locking splints at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from March 2021 to March 2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Cause: 62.5% due to traffic accidents, 34.4% due to daily life accidents; mechanism: 100% direct mechanism; broken hands: 65.5% right hand; 100% of patients are right-handed; Preoperative treatment: 15.6% wore Desault shirts; Neer classification: 87.5% type III, 12.5% type IV.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay (đầu trên xương cánh tay) khá thường gặp, khoảng 4 - 5% tất cả các gãy xương. Trong các vị trí gãy xương cánh tay thì gãy đầu trên xương cánh tay là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay (45%) [3], [7], [8]. Gãy đầu trên xương cánh tay có biểu hiện lâm sàng đa dạng có thể gặp gãy kín (chiếm đa số), gãy hở (ít gặp), gãy kèm trật khớp vai, kèm theo gãy thân xương cánh tay và các tổn thương thần kinh, ... [3], [7]. Mỗi hình thái gãy xương khác nhau đều có các phương pháp điều trị thích hợp. Tại Việt Nam nhiều năm gần đây đã sử dụng nẹp khóa để phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy đầu trên xương cánh tay cho nhiều bệnh nhân với kết quả khả quan. Tại khu vực Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa trung Ương cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ những năm gần đây cũng đã áp dụng kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy gãy đầu trên xương cánh tay với những bệnh nhân gãy phức tạp. tuy nhiên vẫn chưa có nhiều báo cáo về hiệu quả của phương pháp này tại 2 bệnh viện trên. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. Không phân biệt giới, bệnh án có đầy đủ dữ liệu đáp ứng đầy

đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: bệnh nhân được chẩn đoán là gãy đầu trên xương cánh tay được điều trị bảo tồn hay phẫu thuật bằng các phương pháp khác. bệnh nhân gãy xương bệnh lý. bệnh nhân gãy cũ đầu trên xương cánh tay.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: -n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, $d = 0,05$.

- p: tỷ lệ nắn chỉnh đạt được góc cổ thân sau mổ có kết quả tốt ($> 120^\circ$), dựa vào nghiên cứu của Phạm Đức Tú và Nguyễn Mạnh Khánh (2023), tỷ lệ nắn chỉnh đạt được góc cổ thân sau mổ có kết quả tốt chiếm 95,8% nên chúng tôi chọn p là 0,958 [6].

Thay vào công thức trên: $n \approx 31,55$ bệnh nhân. Do đó cỡ mẫu tối thiểu cần có là 32 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024 thỏa điều kiện chọn mẫu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: nguyên nhân, cơ chế chấn thương, tay gãy, phân loại ASA, điểm đau chói, cử động bất thường, lạo xạo xương, biến dạng chi, tổn thương thần kinh, tổn thương động mạch nách, bầm tím muộn, tổn thương phối hợp, phân loại theo NEER.

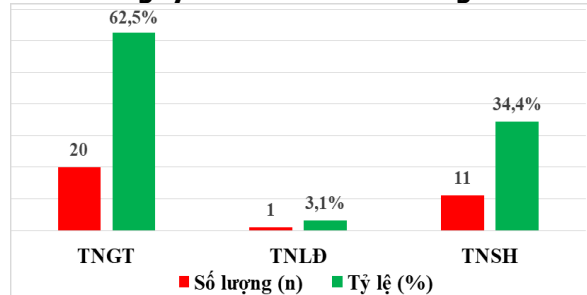
Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 và Excel 2013. Các chỉ tiêu định tính được tính toán theo tỷ lệ phần trăm (%). Các chỉ tiêu định lượng được tính toán theo giá trị trung bình. Các chỉ tiêu được so sánh, sự khác biệt kiểm định ý nghĩa thống kê bằng test

Chi-Square (χ^2). Sử dụng T-Test để so sánh sự khác biệt giữa các giá trị trung bình. Chấp nhận độ tin cậy 95% hay các phép so sánh được kết luận có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

2.3. Y đức: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi đủ điều kiện và thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nguyên nhân chấn thương



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân gây gãy xương

Nhận xét: Đa số đối tượng (20 bệnh nhân chiếm 62,5%) gãy xương do tai nạn giao thông, có 11 bệnh nhân chiếm 34,4% đối tượng gãy xương do tai nạn sinh hoạt, chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 3,1% đối tượng gãy xương do tai nạn lao động.

Bảng 3.1. Cơ chế chấn thương

Cơ chế	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trực tiếp	32	100
Gián tiếp	0	0
Tổng	32	100

Nhận xét: Tất cả các đối tượng (100% bệnh nhân) đều gặp phải chấn thương theo cơ chế trực tiếp. Không ghi nhận bệnh nhân nào gặp phải chấn thương theo cơ chế gián tiếp.

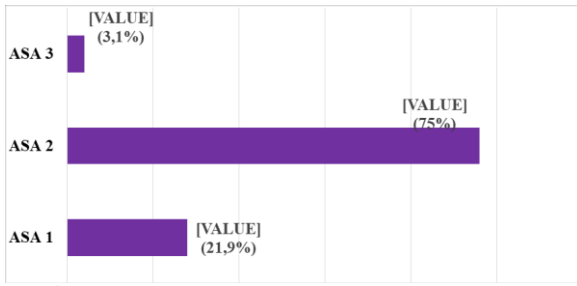
3.2. Tay gãy

Bảng 3.2. Tay tổn thương

Tay tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tay tổn thương	Tay phải	21	65,6
	Tay trái	11	34,4
Tay thuận	Tay phải	32	100
	Tay trái	0	0
Tổng	32	100	

Nhận xét: Trong số các đối tượng bị tổn thương gãy đầu trên xương cánh tay, có 21 bệnh nhân (chiếm 65,6%) bị tổn thương ở tay phải, còn 34,4% bị tổn thương ở tay trái. Tất cả các đối tượng (100%) là tay phải thuận.

3.3. Phân loại ASA



Biểu đồ 3.2. Phân loại bệnh nhân theo ASA

Nhận xét: Đa số đối tượng bệnh nhân chúng tôi (75%) được phân loại là ASA 2 trước mổ, có 21,9% đối tượng được phân loại là ASA 1, và chỉ có 3,1% được phân loại là ASA 3.

3.4. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm đau chói	32	100
Cử động bất thường	32	100
Lao xạc xương	32	100
Biến dạng chi	0	0
Tổn thương thần kinh	2	6,3
Tổn thương động mạch nách	8	25,0
Bầm tím muộn	0	0

Nhận xét: Tất cả các đối tượng bệnh nhân (100%) đều có 3 triệu chứng kinh điển sau: điểm đau chói, cử động bất thường và lao xạc xương. Không có đối tượng nào có biến dạng chi hoặc bầm tím muộn. Có 6,3% đối tượng bệnh nhân có tổn thương TK và 25% đối tượng có tổn thương động mạch nách.

3.5. Tổn thương phối hợp

Bảng 3.4. Tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	2	6,3
Không	30	93,7
Tổng	32	100

Nhận xét: Có 2 bệnh nhân chiếm 6,3% có tổn thương phối hợp đi kèm. Đa số đối tượng bệnh nhân (93,8%), không có tổn thương phối hợp.

3.6. Phân loại gãy theo NEER

Bảng 3.5. Phân loại gãy theo NEER

Phân loại Neer	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Loại 1	0	0
Loại 2	0	0
Loại 3	28	87,5
Loại 4	4	12,5
Tổng	32	100

Nhận xét: Tất cả các đối tượng bệnh nhân (100%) được phân loại là NEER 3 và 4. Trong đó, có 28 bệnh nhân chiếm 87,5% Neer loại 3 và 4 bệnh nhân chiếm 12,5% Neer loại 4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nguyên nhân chấn thương. Nguyên nhân gây đau trên xương cánh tay trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số là do tai nạn giao thông với 62,5%, có 34,4% do tai nạn sinh hoạt, chỉ có 3,1% đối tượng do tai nạn lao động. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác với nguyên nhân thường gặp nhất gây gãy đầu trên xương cánh tay là tai nạn giao thông: nghiên cứu của Nguyễn Minh Dương ghi nhận tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu với 53,8% (thấp nhất trong các nghiên cứu) [2]. Điều Kim Phụng ghi nhận tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu với 77,6% (cao nhất trong các nghiên cứu) [5].

4.2. Cơ chế chấn thương. nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận cơ chế gây gãy đầu trên xương cánh tay chiếm 100% là cơ chế trực tiếp. Kết quả của chúng tôi ghi nhận cũng tương đồng với các tác giả khác. Gãy đầu trên xương cánh tay do cơ chế gián tiếp thường chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi, hiếm gặp trường hợp bệnh nhân nào ở các nhóm < 60 tuổi. nghiên cứu của Phạm Đức Tú và cộng sự ghi nhận cơ chế chấn thương chủ yếu là do cơ chế trực tiếp với 83,3%, cơ chế gián tiếp chiếm 16,4% [6].

4.3. Tay gãy. nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đặc điểm tay gãy với 65,6% bị tổn thương ở tay phải, còn 34,4% bị tổn thương ở tay trái, tất cả các đối tượng (100%) là tay phải thuận. Kết quả các nghiên cứu có bên tay gãy là tay trái chiếm đa số, bên cạnh đó sự khác biệt giữa tay phải và tay trái trong từng nghiên cứu cũng không khác biệt nhiều. nghiên cứu của Nguyễn Minh Lộc và cộng sự ghi nhận nhóm bệnh nhân gãy tay T chiếm đa số với tỷ lệ là 65,6% [4].

4.4. Phân độ gãy xương. Phân loại gãy đầu trên xương cánh tay hiện nay cũng có nhiều cách như theo vị trí, theo số mảnh gãy,... Phân loại hay áp dụng trong các nghiên cứu cũng như lâm sàng là phân loại Neer và phân loại theo số mảnh gãy.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 87,5% gãy loại III và 12,5% gãy loại IV. Gãy đầu trên xương cánh tay loại III, ở loại gãy này mẫu động lớn thường bị di lệch ra ngoài và lên trên. Các phẫu thuật viên phải tìm thấy mảnh này và đưa về vị trí cũ đúng hình thể giải phẫu rồi mới kết hợp xương. Mẫu động lớn dễ bị vỡ nếu động tác của phẫu thuật viên quá thô bạo. Nhiều khi mẫu động lớn vỡ rất khó cố định đòi hỏi phải có những loại nẹp phù hợp với đặc điểm giải phẫu đầu trên xương cánh tay, chính vì vậy nẹp khóa đầu trên xương cánh tay luôn

được thiết kế phần đầu to và rộng hơn phần thân để phù hợp với giải phẫu đầu trên xương cánh tay [1].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân gãy thân xương đùi: tai nạn giao thông chiếm 52,5%, tai nạn sinh hoạt chiếm 40%. Cơ chế chấn thương: 82,5% cơ chế trực tiếp. Sơ cứu trước khi nhập viện: 65% bệnh nhân không được sơ cứu. Chi tổn thương: 55% bên phải, 45% bên trái. Vị trí gãy: 40% gãy ở 1/3 D, 37,5% gãy ở 1/3G. Đường gãy: 50% gãy chéo, 40% gãy ngang. Phân loại Winquist – Hansen: 75% loại 0, 22,5% loại 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng Anh** (2013), "Kết quả điều trị gãy kín cổ phẫu thuật xương cánh tay ở người cao tuổi", Tạp chí Y Dược học quân sự, số 3. 2013.
2. **Nguyễn Minh Dương** (2016), "Kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng

3. **Trần Trung Dũng** (2017), "Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên", NXB Y học, p. 10.
4. **Nguyễn Minh Lộc, Nguyễn Văn Thái** (2016), "Điều trị phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa", Tạp chí Y học TP. HCM, Tập 20, số 1/2016.
5. **Điêu Kim Phụng** (2012), "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay", Luận văn thạc sĩ y học.
6. **Phạm Đức Tú, Nguyễn Mạnh Khánh** (2023), "Kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 529, tháng 8, số 1B/ 2023, tr. 349 - 353.
7. **Phạm Anh Tuấn** (2020), "Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức", Luận văn Bác sĩ Nội Trú, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, 2020.
8. **Nguyễn Đức Vương** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa", Luận án Tiến sĩ y học, Học viện quân y, 2021.

TÌNH HÌNH THOÁI HOÁ CỘT SỐNG THẮT LƯNG VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÚ GIÁO, TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023 – 2024

Lương Văn Sơn¹, Nguyễn Trung Kiên², Nguyễn Minh Trung², Lê Minh Hữu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa cột sống là một bệnh lý rất thường gặp trên lâm sàng và cuộc sống hàng ngày làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vận động trị liệu được khuyến cáo cho bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng nhẹ cho thấy có hiệu quả lâu dài. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ thoái hóa cột sống thắt lưng, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả phục hồi chức năng bằng phương pháp tập vận động trên bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng tại Trung tâm Y tế huyện Phú Giáo, tỉnh Bình Dương năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 241 người đến khám bệnh và nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng trên 192 bệnh nhân bị thoái hóa cột sống thắt lưng. **Kết quả:** Tỷ lệ thoái hóa cột sống thắt lưng ở người dân đến khám tại Trung tâm Y tế là 79,7%. Trong phân tích hồi qui logistic đa biến, có 2 yếu tố liên quan độc lập với thoái hóa cột sống thắt lưng là tuổi trên 50, có mắc các bệnh lý kèm theo. Sau can thiệp có 63% bệnh nhân được cải thiện kết quả giảm

đau, chức năng sinh hoạt và độ giãn cột sống. **Kết luận:** Cần triển khai can thiệp vật lý trị liệu ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng để cải thiện các chức năng, nâng cao chất lượng cuộc sống. **Từ khóa:** Thoái hoá cột sống thắt lưng, tập vật lý trị liệu, huyện phú giáo, Việt Nam.

SUMMARY

SITUATION OF LUMBAR SPINE DEGENERATION AND INTERVENTION OUTCOMES OF PATIENTS AT PHU GIAO DISTRICT MEDICAL CENTER IN BINH DUONG PROVINCE FROM 2023 – 2024

Background: Spinal degeneration is a prevalent condition in clinical practice and daily life, significantly reducing patients' quality of life. Exercise therapy is recommended for patients with mild lumbar spine degeneration and has demonstrated long-term efficacy. **Objectives:** To determine the prevalence of lumbar spine degeneration, identify associated factors, and evaluate the rehabilitation outcomes of exercise therapy in patients with lumbar spine degeneration at Phu Giao District Medical Center, Binh Duong Province, during 2023-2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 241 individuals seeking medical examination, and a non-controlled interventional study was performed on 192 patients diagnosed with lumbar spine degeneration. **Results:** The prevalence of lumbar spine

¹Trung tâm Y tế huyện Phú Giáo, tỉnh Bình Dương

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hữu

Email: lmhuu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024