

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG TẠI BỆNH VIỆN 103

ĐẶNG HOÀNG ANH
Bệnh viện 103

TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị 45 BN gãy kín đầu dưới xương cánh tay loại C (theo phân loại của AO) bằng kết hợp xương bên trong tại Bệnh viện 103 từ tháng 6 năm 2007 đến tháng 6 năm 2013. Tuổi trung bình là 36,6. Phân loại theo tổn thương gồm 19 BN gãy loại C1, 23 BN gãy loại C2 và 3 BN gãy loại C3. Kết quả liền vết mổ kỳ đầu là 93,33%, biến chứng nhiễm khuẩn nông là 6,67%. Đánh giá kết quả xa 40 BN theo thang điểm của Morrey đạt tỷ lệ 88,90% với thời gian theo dõi trung bình là 30,05 tháng. Kết quả rất tốt là 22 BN (55%), tốt là 10 BN (25%), trung bình là 6 BN (15%) và kém là 2 BN (5%).

Từ khóa: Gãy kín đầu dưới xương cánh tay, Bệnh viện 103

SUMMARY

EVALUATION RESULTS OF TREATMENT OF THE CLOSE FRACTURES OF THE DISTAL HUMERUS BY INTERNAL OSTEOSYNTHESIS AT 103 HOSPITAL

The study evaluated the results of treatment of 45 patients with close fractures of the distal of humerus by internal steosynthesis at Department for Othorpaedics and Traumatology at Military Hospital 103 during the times since June/2007- June/2013. Age mean: 36.6 years. The classification including 19 patients with C1, 23 patients C2 and 3 patiens C3. The rate of skin heal on the primary period is 93.33%, infection is 6.67%. Evaluation of long timer results follow-up Morrey score, an average duration is 30.05 months. The rate of bone heal and restore of the function are as follows: 22patients (55%) had excellent, 10 patients (25%) had good results, 6

patients (15%) had medium and 2 patients (5%) had worse.

Keywords: Distal of humerus, close fractures.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín đầu dưới xương cánh tay là một trong những loại gãy xương thường gặp. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao... Theo nghiên cứu của Jupiter J. B, gãy xương vùng khuỷu chiếm khoảng 6,5 đến 7% tổng số các gãy xương ở người lớn, trong đó số bệnh nhân gãy đầu dưới xương cánh tay chiếm khoảng quá nửa [2], [3].

Theo phân loại của AO, gãy đầu dưới xương cánh tay gồm 3 loại A, B, C.

Trong đó gãy loại C bao gồm gãy trên lồi cầu xương cánh tay phạm khớp kiểu chữ Y, chữ T và gãy phạm khớp có nhiều mảnh.

Do tổn thương giải phẫu phức tạp nên phương pháp điều trị phẫu thuật là chủ yếu. Phương pháp kết xương thường áp dụng là nẹp vít kết hợp với găm đinh Kirchner hoặc bắt các vít xương xóp rồi găm hai đinh Kirchner bắt chéo và bất động tăng cường bột sau mổ. Mục tiêu của phẫu thuật là phục hồi về hình thể giải phẫu của xương đặc biệt là diện khớp, cố định ổ gãy vững chắc để bệnh nhân tập vận động sớm.

Những vừa năm qua, khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện 103 đã thu dung điều trị phẫu thuật kết xương cho nhiều bệnh nhân gãy đầu dưới xương cánh tay loại C, bước đầu thu được kết quả khả quan. Nhằm đánh giá kết quả và rút kinh nghiệm trong điều trị chúng tôi đã nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu là:

- Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bên trong điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay.

- Rút ra nhận xét về chỉ định, kỹ thuật phẫu thuật và tập luyện sau mổ.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 45 BN gãy kín đầu dưới xương cánh tay loại C theo phân loại của AO, tuổi từ 16 đến 78 (trung bình là 36,6) đã điều trị kết xương bên trong trong thời gian từ tháng 6 năm 2007 đến tháng 6 năm 2013.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Gãy kín đầu dưới xương cánh tay loại C, tuổi > 16, có đủ hồ sơ bệnh án, phim XQ trước và sau mổ.

- Không chọn các bệnh nhân gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, gãy xương ở chi có sẵn các dị tật, di chứng chấn thương.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu.

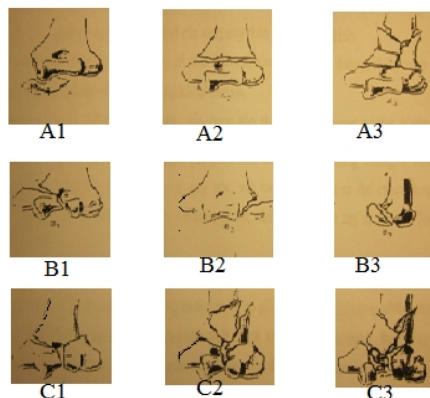
- Các bệnh nhân được chẩn đoán dựa vào:

+ Triệu chứng lâm sàng.

+ Phim Xquang chụp khớp khuỷu ở 2 tư thế thẳng nghiêng.

+ Phân loại gãy xương theo AO.

* Phân loại gãy theo AO: Gồm gãy loại A, B, C.



Bảng phân loại gãy xương theo AO / ASIF

* Phương pháp mổ

- *Tư thế BN* nằm nghiêng về phía bên lành, cánh tay bên tổn thương được kê trên một giá đỡ hoàn toàn vùng cánh tay phía trước cho tới khuỷu, cẳng tay để thông tự do.

- *Đường mổ:* Đi theo đường mổ phía sau khớp khuỷu. Băng Esmark và garo đến 1/3 trên cánh tay.

- *Thì 1:* Rạch da hình chữ Z dài khoảng 10 – 12 cm bắt đầu từ chính giữa phía sau dưới móm khuỷu 3 cm kéo lên trên qua móm khuỷu đến mặt sau 1/3 D cánh tay, bóc đôi dọc gân tam đầu và tách chỗ bám của gân này vào móm khuỷu.

- *Thì 2:* Bóc tách chỗ bám của các cơ vào móm trên lồi cầu và móm trên ròng rọc để bộc lộ ổ gãy đầu dưới xương cánh tay, kiểm tra đánh giá thực trạng ổ gãy.

- *Thì 3:* Nắn chỉnh phục hồi giải phẫu diện khớp đầu dưới xương cánh tay và bắt vít xóp cố định ổ gãy.

Nắn chỉnh ổ gãy giữa đầu dưới xương cánh tay và thân xương.

Kết xương: Tùy theo ổ gãy đơn giản hoặc phức tạp mà chọn cách kết xương bằng nẹp vít hoặc găm các đinh Kirchner làm vững ổ gãy.

Kiểm tra độ vững chắc ổ gãy khi làm động tác gấp duỗi khớp khuỷu, kiểm tra trục xương, kiểm tra diện khớp ngay sau khi kết xương.

- *Thì 4:* Nới ga ro, kiểm tra cầm máu, bơm rửa vùng mổ, dẫn lưu và đóng vết mổ.

Bất động sau mổ: Nếu kết xương nẹp vít, ổ gãy cố định chắc thì sau mổ cho BN bất động bằng treo tay trong 7 – 10 ngày. Nếu kết xương găm đinh Kirchner + vít xóp thì sau mổ bất động máng bột cánh bàn tay tăng cường thêm trong 4- 5 tuần.

Đánh giá kết quả:

- Đánh giá kết quả gần dựa vào diễn biến tại vết mổ và kết quả kết xương trên phim XQ sau mổ.

- Đánh giá kết quả xa dựa vào kết quả liền xương và kết quả chức năng khớp khuỷu theo thang điểm của Morrey gồm 4 mức: rất tốt, tốt, trung bình và kém. Thời gian đánh giá kết quả xa là sau mổ tối thiểu trên 10 tháng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

+ Nguyên nhân gãy xương:

Bảng 1: Liên quan giữa nguyên nhân và tuổi bệnh nhân (n= 45)

| NN | Tuổi | 16-30 | 31-60 | > 60 | Tổng số |
|------|-------|-------|-------|------|---------|
| | Số BN | Số BN | Số BN | | |
| TNGT | | 11 | 9 | 1 | 21 |
| TNLD | | 4 | 2 | 0 | 6 |
| TNSH | | 7 | 4 | 7 | 18 |
| TỔNG | | 22 | 15 | 8 | 45 |

+ Tổn thương phối hợp gồm:

- Gãy mỏm khuỷu cùng bên: 1BN.
- Gãy 1/3 xương cánh tay cùng bên: 1BN.
- Gãy 1/3 trên xương quay: 4 BN.
- Vết thương phạm mềm cẳng tay: 1 BN.

+ Phân loại gãy đầu dưới xương cánh tay theo AO (n=45).

Gãy loại C: 19 BN, gãy C2: 23 BN và gãy C3: 3 BN.

+Thời điểm phẫu thuật:

- 15 BN (33,3%) được mổ trong 24 giờ đầu.
- 19 BN (42,2%) được mổ trong khoảng thời gian từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 4.
- 6 BN (13,3%) được mổ từ ngày thứ 5 - 10 là những BN có sưng nề nhiều, cần phải điều trị bất động tạm thời và chống phù nề tích cực đợi khi đỡ sưng nề mới phẫu thuật.

- 2 BN (4,5%) mổ trong khoảng thời gian từ ngày thứ 11-20.

- 3 BN (6,7%) mổ từ ngày thứ 21 đến ngày thứ 25, là những BN đến muộn do đã điều trị bó bột ở tuyến trước, kiểm tra thấy không đạt đã chuyển sang mổ kết xương.

+ Phương pháp kết xương:

- 28 BN kết xương kết hợp giữa bắt vít xóp cổ định khối lồi cầu và khối ròng rọc với nhau sau đó găm 2 đinh Kirschner từ mỏm trên lồi cầu và mỏm trên ròng rọc bắt chéo lên qua đầu trung tâm.

- 17 BN kết xương vít xóp cổ 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.

+ Kết quả gần:

- Diễn biến tại vết mổ: liền vết mổ kỳ đầu 42 BN (93,33%).

- Nhiễm khuẩn nông tại vết mổ: 3 BN (6,67%).

+ Kết quả nắn chỉnh và kết xương:

Bảng 2. Kết quả nắn chỉnh xương. (n=45)

| Kết quả nắn chỉnh | Số BN | Tỷ lệ% |
|-------------------|-------|--------|
| Hết di lệch | 29 | 64,4 |
| Di lệch ít | 14 | 31,1 |
| Di lệch nhiều | 02 | 4,5 |
| Tổng số | 45 | 100% |

Có 2 BN chụp phim sau mổ thấy xương di lệch nhiều, lệch trục xương phải mổ nắn chỉnh và kết hợp xương lại.

+ Kết quả xa:

- Theo dõi đánh giá kết quả xa 40 BN đạt 88,9%.
- Thời gian theo dõi kết quả xa: từ 6 – 65 tháng, trung bình là 30,05 tháng.

- Sẹo mổ mềm mại không viêm rò: 37 BN.

Bảng 3. Kết quả liền xương (n=40)

| Kết quả liền xương | Số BN | Tỷ lệ% |
|--------------------|-------|--------|
| Hết di lệch | 25 | 62,5 |
| Di lệch ít | 15 | 37,5 |
| Di lệch nhiều | 00 | 00 |
| Tổng số | 40 | 100 |

+ Kết quả phục hồi chức năng:

Bảng 4. Kết quả phục hồi chức năng (theo Morrey) (n= 40)

| Kết quả | Số BN | Tỷ lệ% |
|------------|-------|--------|
| Rất tốt | 22 | 55 |
| Tốt | 10 | 25 |
| Trung bình | 6 | 15 |
| Xấu | 2 | 5 |
| Tổng | 40 | 100 |

Hai BN có kết quả xấu là do vận động khớp khuỷu bị cứng và đã được phẫu thuật làm vận động khớp khuỷu khi lấy bỏ phương tiện kết xương.

BÀN LUẬN

Thời điểm phẫu thuật:

Trong nghiên cứu này có 15 BN được mổ trong 24 giờ đầu khi đã có đủ các xét nghiệm trong giới hạn cho phép mổ và đã chuẩn bị đầy đủ phương tiện kết xương. Tình trạng tại chỗ của bệnh nhân sưng nề ít, tổn thương xương không quá phức tạp. Theo Kunden K., Braun W. [6] thì thời điểm phẫu thuật tốt nhất nên tiến hành trong vòng 24 giờ đầu sau tai nạn. 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 vì nó làm giảm sưng nề tại ổ khớp và cho phép người bệnh tập vận động sớm.

Theo Đặng Kim Châu [1], 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 đảm bảo nắn chỉnh xương về đúng giải phẫu và phục hồi nhanh chóng chức năng vận động của khớp.

Những bệnh nhân sưng nề nhiều hoặc có các nốt phỏng nước do rối loạn dinh dưỡng, chúng tôi điều trị tích cực trước mổ bằng bất động, treo cao tay và dùng thuốc chống phù nề. Số BN mổ từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 10 là 6 BN (chiếm 13,33%). Trong đó có 1 BN có tổn thương gãy xương cánh tay cùng bên và chấn động não nhẹ.

Có 4 BN được mổ từ ngày thứ 11 đến ngày thứ 25 là những trường hợp gãy xương được điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột nhưng bị di lệch thứ phát, nắn chỉnh lại không đạt yêu cầu.

Kỹ thuật kết xương:

Kết quả kết xương phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, thể trạng của bệnh nhân, 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 [4], [5], [7] 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. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 BN được sử dụng vít xóp để cố định mảnh gãy phục hồi diện khớp sau đó sử dụng nẹp vít để cố định mảnh ghép ở đầu xương

và thân xương. Có 28 BN sau khi bắt vít xỏ để phục hồi diện khớp, chúng tôi sử dụng kỹ thuật găm đinh Kirschner từ mỏm trên lồi cầu và rỗng rọc, xuyên chéo lên đầu trung tâm. Phương pháp này đơn giản nhưng ổ gãy không được vững chắc, vì vậy phải cố định bột tăng cường.

KẾT LUẬN

Gãy kín đầu dưới xương cánh tay ở người loại C theo phân loại của AO là gãy xương phạm khớp phức tạp. Phẫu thuật kết xương bên trong nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật. Kết quả chung đạt tốt và rất tốt đạt 80%, trung bình là 15% và kém là 5%. Hai bệnh nhân bị cứng khớp khuỷu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Kim Châu (1963), Điều trị gãy xương. NXBYH – Hà nội, tr.40-51.

2. Nguyễn Đức Phúc (1999), Bệnh học ngoại khoa, tập 2, NXBYH – Hà Nội, tr. 73-78.

3. 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 BVĐK Xanh-pôn, Hà Nội. Luận văn chuyên khoa cấp II, HVQY.

4. Jupiter J.B., Goodman L.J. (1992), "The management of complex distal humerus nonunion in the elderly by elbow capsulectomy triple planting and ulnar nerv neurolysis". J shoulder elbow surg, pp.1-37.

5. Korner J., Lill H. (2004), "Distal humerus fractures in elderly patients results after reduction and internal fixation". Osteoporos int. 16 suppl 2, pp 73-79.

6. Kunden K., Braum W. (1992), "Distal intra-articular humerus fractures in adults surgical treatment". Ufall chirug, 95 (5), pp. 219-223.

7. Lasinger O., et all. (1987), "Intercondylar T.fractures of the humerus in adults". Arch. Orthop. Trauma surg.100 (1), pp. 37-42.