

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG BÀN NGÓN TAY BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Trung Dũng - Trường Đại Học Y Hà Nội

Tóm tắt

Gãy xương bàn ngón tay khá thường gặp. Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm thương tổn gãy xương bàn ngón tay. 2. Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương bàn ngón tay. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 30 bệnh nhân được điều trị kết hợp xương. Đánh giá sau mổ dựa trên tổng góc vận động TAM và phân loại Strickland. Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình là 32, Gãy xương đốt bàn chiếm 52,9%, gãy xương đốt ngón 47,1%. Kết quả liền xương 100%. 93,5% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt.. Kết luận: Kết hợp xương bàn ngón tay cho kết quả tốt, liền xương 100%

Từ khóa: gãy xương ngón tay, kết hợp xương
Summary

Fracture of phalangeal bone is quiet common. Objectives: 1. Discribe the characters of phalangeal bone fracture. 2. Evaluate the results of osteosynthesis for phalangeal bone fracture. Patients and methods: 30 patients were operated with plate and screw. Postoperative evaluation with TAM and Strickland classification. Results: average age is 32. Metaphalangeal bone fracture is 52.9%, phalangeal bone fracture is 47.1%. Bone healing is 100%, 93.5% patients have excellent and good results. Conclusion: Osteosynthesis for phalangeal and metaphalangeal bone fracture has good results, bone healing is 100%.

Keywords: phalangeal fracture, osteosynthesis

Đặt vấn đề

Bàn tay có vai trò rất quan trọng trong đời sống hàng ngày của con người. Gãy xương đốt bàn và ngón tay gặp tương đối phổ biến, chiếm khoảng 10% tổng số gãy xương, trong đó hơn 70% trường hợp các bệnh nhân trong độ tuổi lao động[4]. Gãy xương bàn tay có thể điều trị bảo tồn vì khả năng liền xương nhanh, tuy nhiên khả năng vận động muộn nên dễ hạn chế vận động khớp, giải phẫu xương ít khi đạt được mức độ chính xác cao nên ảnh hưởng ít nhiều đến chức năng bàn tay. Bên cạnh đó, nhu cầu của bệnh nhân ngày càng cao, mong muốn chức năng bàn tay hoàn hảo như trước chấn thương đòi hỏi việc phục hồi giải phẫu hoàn chỉnh là cần thiết nhưng tại một số cơ sở chuyên khoa sâu, áp lực quá tải về cấp cứu chấn thương chính hình nên việc sắp xếp can thiệp phẫu thuật cho các trường hợp gãy xương đốt bàn ngón tay khó khăn vì vậy xu hướng điều trị bó bột bảo tồn cao [1]. Tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, trong thời gian từ 2009 đến 2012, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít bàn ngón tay cho 31 bệnh nhân. Báo cáo này nhằm mục tiêu: - Mô tả đặc điểm thương tổn gãy xương bàn ngón tay của các bệnh nhân đã được phẫu thuật tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội - Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp vít cho bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân trên 16 tuổi được chẩn đoán là gãy xương bàn - ngón tay và được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2010 đến tháng 7/2011

- Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả- Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay đặt trên bàn phẫu thuật, gây tê đám rối cánh tay. Garo dẫn máu và đặt garo hơi 250 mmHg 1/3 dưới xương cánh tay. Rạch da mặt mu tay tương ứng vùng xương gãy, đánh giá thương tổn phần mềm, tách giữa gân duỗi hoặc tách toàn bộ gân duỗi sang 1 bên. Đặt lại xương và đặt nẹp vis cố định. Tuỳ theo thương tổn gãy xương, nếu ở vị trí thân xương sẽ dùng nẹp thẳng, nếu ở gần đầu xương thì dùng nẹp chữ L hoặc T, đảm bảo cho tối thiểu bắt được mỗi đầu gãy 2 vít. Kiểm tra vận động thụ động trong mổ và khâu da. Sau mổ đặt bột cẳng bàn tay ở tư thế chức năng: khớp cổ tay duỗi 30°, khớp bàn ngón gấp 60 - 80°, khớp liên đốt để từ 0 - 10°. Tập vận động ngay ngày thứ nhất sau mổ, vận động thụ động các khớp liên đốt bàn, bàn ngón, cổ tay, khuỷu và vai.

Dụng cụ KH: bộ nẹp vít mini với các cỡ 1.5mm, 2.0mm, và 2.7mm, mũi khoan mini.

Bảng 1: Phân loại kết quả chung [9]

Đánh giá	%
Rất tốt	75 - 100%
Tốt	50 - 74%
Trung bình	25 - 49%
Kém	0 - 24%

Đánh giá kết quả điều trị: TAM theo phân loại Strickland cải tiến, X quang, phục hồi chức năng, biến chứng, khả năng làm việc sau mổ. Thời gian đánh giá: ít nhất là sau mổ 3 tháng.

Kết quả nghiên cứu

1. Đặc điểm chung.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 32 tuổi (18 - 54 tuổi). Nam giới chiếm phần lớn 79,2%. Nguyên nhân chủ yếu của gãy xương là do tai nạn lao động (51,6%), tiếp theo là do tai nạn giao thông (32,3%). Tai nạn sinh hoạt (16,1%)

Bảng 2: Đặc điểm gãy xương bàn

Vị trí	n=34
Gãy xương đốt bàn	18 (52,9%)
Gãy xương đốt ngón	16 (47,1%)
Kiểu gãy	
Ngang	16 (47,1%)
Chéo	18 (52,9%)

Thời gian trước mổ: trung bình từ lúc sau tai nạn đến lúc trước mổ là 18.2 ngày. Đa số các bệnh nhân được mổ trong tuần đầu nhưng có 1 số bệnh nhân mổ muộn sau khi điều trị bảo tồn không cải thiện. Có 3 bệnh nhân đến sau 1 tháng, 1 bệnh nhân đến sau 2 tháng, và 1 bệnh nhân đến sau 3 tháng. Thời gian nằm viện trung bình là 4.3 ± 3.5 ngày. Ra viện sớm nhất là

2 ngày. Bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 8 ngày.

2. Kết quả điều trị.

Bảng 3: Đánh giá độ gập góc ở gậy (độ)

Độ gập góc	TB ± SD	P < 0.001
Trước mổ	21,9 ± 9,8	
Sau mổ	2,5 ± 2,6	

Bảng 4: Đánh giá độ lệch diện ở gậy (mm)

Diện ở gậy	TB ± SD	P < 0.001
Trước mổ	7,1 ± 2,4	
Sau mổ	1,5 ± 0,8	

Thời gian liền xương: 31/31 bệnh nhân liền xương tốt, không có bệnh nhân nào có biểu hiện chậm liền xương.

Kết quả đánh giá tầm vận động chủ động khớp (TAM)

TAM trung bình sau mổ 1 tháng: 225.18 ± 16.4^o TAM trung bình sau mổ 3 tháng: 246 ± 15.6^o

Biến chứng: Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng, lộ nẹp

Kết quả chung: 93,5% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt. Có 2 bệnh nhân kết quả trung bình

Bàn luận

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ chủ yếu là các bệnh nhân trong độ tuổi lao động, nam giới là chủ yếu, nguyên nhân chấn thương chính là tai nạn lao động. Thương tổn chủ yếu là gãy đốt bàn và gãy chéo chiếm tỷ lệ đa số. Kết quả này cũng hợp lý vì bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhân có nhu cầu điều trị cao, không phải là bệnh nhân chấn thương chung nên không có bệnh nhân đa chấn thương, không có bệnh nhân gãy xương hở. Thương tổn chủ yếu là gãy chéo vát vì thương tổn này khó nắn chỉnh bảo tồn nên tỷ lệ can thiệp phẫu thuật cao hơn (bảng 2), kết quả này có khác biệt so với một số tác giả khác [1,3]. Khả năng nắn chỉnh đối với gãy đốt ngón dễ dàng hơn, điều đó cũng phản ánh tỷ lệ mổ gãy đốt bàn cao hơn (bảng 2). Đa số các bệnh nhân được can thiệp sớm, tuy nhiên có 1 số bệnh nhân can thiệp muộn khi điều trị bảo tồn không hiệu quả nên thời gian từ khi chấn thương đến khi mổ vẫn còn dài với trung bình là 18,2 ngày. Thời gian nằm viện của bệnh nhân trung bình là 4,3 ngày. Thời gian trung bình của chúng tôi dài hơn so với 1 số tác giả khác có lẽ do chỉ định mổ của các tác giả khác sớm hơn, hơn nữa 1 số bệnh nhân của chúng tôi đến muộn khi điều trị bảo tồn không hiệu quả [7,8].

Đánh giá di lệch trên X quang thấy: Độ gập góc trước mổ trung bình: 21.9 ± 9.8^o so với sau mổ: 2.5 ± 2.6^o. Độ di lệch diện gãy trước mổ trung bình: 7.1 ± 2.4 mm so với sau mổ: 1.5 ± 0.8 mm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với P < 0.001. Sau mổ không có bệnh nhân nào di lệch thứ phát gập góc trên 10^o, di lệch diện gãy > 3mm. Điều đó cho thấy phương pháp kết hợp xương nẹp vis bàn ngón tay giúp nắn chỉnh về giải phẫu tốt.

Thời gian liền xương: Trung bình gãy xương bàn ngón tay sẽ liền xương tốt trong 3-4 tháng. Tất cả

31/31 bệnh nhân có liền xương tốt.

Tầm vận động chủ động (TAM): Tầm vận động chủ động sau mổ cải thiện theo thời gian. Sau 1 tháng, TAM trung bình là 225.18 ± 16.4^o, đến khi sau mổ 3 tháng, TAM trung bình là 246 ± 15.6^o. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P < 0.001). Đánh giá kết quả chung, theo phân loại Strickland cải tiến (bảng 1), nhóm tốt và rất tốt chiếm 93,5%. Như vậy, sự kết hợp giữa phương pháp kết hợp xương vững chắc và tập phục hồi chức năng đúng cách sẽ cho kết quả tốt về chức năng bàn tay. Các tác giả khác cũng có nhận định tương tự [2,5,6]

Biến chứng: Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng sâu, chảy mủ, lộ nẹp. Do có nhiều loại nẹp với các kích cỡ khác nhau phù hợp với từng loại xương bàn hoặc ngón nên không gây căng da, vết mổ. Page cũng có kết luận tương tự [6].

Khả năng làm việc: Có 2 bệnh nhân còn đau nhẹ và hạn chế nhẹ tầm vận động khớp khi làm việc. Do 2 bệnh nhân này thuộc nhóm đến muộn sau khi điều trị bảo tồn không kết quả. Như vậy kết quả sau mổ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có việc giải quyết sớm thương tổn, giúp tập phục hồi chức năng sớm và phụ thuộc vào loại thương tích của bệnh nhân [4].

Kết luận

Qua nghiên cứu trên 31 bệnh nhân với 34 ổ gãy xương, chúng tôi thu được kết quả là: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 32, nam giới chiếm 79,2%. Tổn thương chủ yếu là gãy đốt bàn chiếm 52,9%, hình thái gãy chéo vát chiếm 52,9%. Kết quả phẫu thuật khả quan với cải thiện tổng biên độ vận động sớm sau mổ và tiến triển theo thời gian. Kết quả chung đạt tốt và rất tốt là 93,5%. Liền xương đạt 100% bệnh nhân. Không có biến chứng nhiễm trùng hay can lệch, khớp giả.

Tài liệu tham khảo

- Phan Minh Trí, Đỗ Phước Hùng (2010), Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 14, Phụ bản của Số 1- 2010, Điều trị gãy kín thân xương bàn các ngón tay dài bằng phương pháp xuyên kim Kirschner dưới màn tăng sáng.
- Bosscha K, Snellen JP: Internal fixation of metacarpal and phalangeal fractures with AO minifragment screws and plates: A prospective study. Injury 1993;24:166-168.3. Chung KC, Spilson SV, (2001), The frequency and epidemiology of hand and forearm fractures in the United States. J Hand Surg [Am]; 26:908-915.4. David P. Green, Scott W. Wolfe, Robert N. Hotchkiss, William C. Pederson, Scott H. Kozin, (2001), Green's Operative hand surgery, 6th ed, Churchill Livingstone, New York. Chap. 8
- Ozer K, Gillani S, Williams A, Peterson SL, Morgan S. Comparison of intramedullary nailing versus plate-screw fixation of extra-articular metacarpal fractures. J Hand Surg Am. Dec 2008;33(10):1724-31.
- Page S.M, Stern P.J, Complications and range of motion following plate fixation of metacarpal and phalangeal fractures, J Hand Surgery, (1998), 827 – 8327. Scott H. Kozin, MD, Joseph J. Thoder, MD, and Glenn Lieberman, MD, Operative Treatment of Metacarpal and Phalangeal Shaft Fractures, J Am

THỰC TRẠNG VẤN ĐỀ Y HỌC PH, P PH, T TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC Y HỌC CẤP
TRUYỀN
TỈNH TH, I NGUYỄN SỔ NĂM 2015

Trưởng Bộ Thu Hưởng
Bệnh viện Y học cấp truyền tỉnh Th, i
Nguyễn

TẮM TẮT

Mục tiêu: §nh gi, thùc trng nguån nhon lúc YHCT tñnh Th,i Nguy^n n"m 2012 vµ Ò xuÊt mét sê gi¶i ph,p ph,t trión nguån nhon lúc YHCT tñnh Th,i Nguy^n Òn n"m 2015. **Kết qu¶:** §iõu tra 215 c,n bé YHCT ẽ tñnh Th,i Nguy^n cho thÊy cõn thiõu vò sê l-ìng vµ h'n chõ vò trxn h ã chuy^n m«n. Tú lõ c,n bé YHCT / tång sê c,n bé y tñ chung cña tñnh lụ 8,24%. Tú lõ BS YHCT/gi-êng bñnh chung tuyõn tñnh lụ 0,15, tuyõn huyõn:0,08. Trxn h ã chuy^n m«n cña ãi t-ìng ãiõu tra: trung hãc 82,8%; ãi hãc: 9,8%, sau ãi hãc:7,4%. Nguån nhon lúc YHCT phõn bè kh«ng ãõu, tuyõn tñnh: 46,0%, x:38,6% vµ huyõn: 15,4%. Lũnh vùc chuy^n m«n ãng lụm cña c,n bé YHCT chñ yõu lụ kh,m ch+a bñnh: 87,9%, c,c lũnh vùc kh,c chiõm tú lõ thÊp h-n nh-: b,n thuèc ãng d-ìc:2,79%; qu¶n lý 9,3%, cã tñnh trng mÊt cõn ãi vò c- cõu c,n bé ho't ãng trong lũnh vùc cung õng thuèc vµ dõch vò kh,m ch+a bñnh. **Khuyõn ngh:** T,c gi¶ ã- ãa ra mét sê khuyõn ngh nh- sau: t"ng c-êng cng t,c õu t'õ c,n bé, trong ã ãc biõt l-u ý õu t'õ chuy^n m«n trxn h ã cao. Chó ý phõn bè nhon lúc cho phñ híp gi+a c,c khu vùc công nh- gi+a cung vµ cõu dõch vò y tñ, t"ng c-êng thiõt bõ y tñ cho ho't ãng YHCT. Xõy dùng c- chõ chñnh s,ch phñ híp vµ c¶i thiõn m¶i tr-êng lụm viõc cho c,n bé YHCT.v.v.

Tổ kho,: Thùc trng, gi¶i ph,p, YHCT, ph,t trión nguån nhon lúc

SUMMARY

Objective: To evaluate situation of human resource of traditional medicine in Thai Nguyen in 2012 and to propose some solutions for human resources development of traditional medicine in Thai Nguyen province by 2015.

Results: 215 staff of traditional medicine were surveyed and the results showed a lack of traditional personnel

and limited professional qualifications. The rate of traditional medicine staff total number of health workers in this province was 8.24%. The rate of traditional medicine doctor hospital bed in the provincial level was 0.15; in district was 0.08. The professional qualifications of study subjects: secondary level (82.8%); university: 9.8%; postgraduate: 7.4%. Human resources of traditional medicine was unequally distributed, in the provincial: 46.0%; in the commune: 38.6% and in district: 15.4%. The main professional field that staff of traditional medicine was doing was the traditional health care: 87.9%, other fields accounted a lower percentage as selling traditional medicines: 2.79%; management: 9.3%; there was the imbalance in the structure of staff of traditional medicine in the field of traditional drug supply and health care services.

Recommendations: It is recommended that it is necessary to enhance the training activities for staff of traditional medicine, especially training health workers with advanced professional qualifications. Paying a special attention to distribute the appropriate human resource between areas as well as between the supply and demands of health services, supply more advanced health equipment for activities of traditional medicine. Building appropriate policies and improving a working environment for staff of traditional medicine etc..

Keywords: Situation, solutions, traditional medicine, development of human resource

SẮT VẤN SỔ

Vai trò và hiệu quả phòng bệnh, chữa bệnh của Y học cấp truyền (YHCT) trong chẩn đoán lâm sàng và điều trị các bệnh