

trong viên nang mang lại sự linh hoạt trong kê đơn, vì người ta chỉ kê đơn từng loại dược liệu cần thiết ở dạng viên nang. Viên nang chứa công thức dược liệu có cùng giới hạn về tính linh hoạt như công thức viên nén. Tuy nhiên, những viên nang lớn chỉ có thể chứa 300 đến 600mg bột dược liệu, có nghĩa là đôi khi cần phải uống nhiều viên để đạt được đủ liều lượng. Đây cũng là một hạn chế của viên nang [4].

V. KẾT LUẬN

Viên nang chứa cao chuẩn hóa từ lá sen được bào chế với các thành phần: 300 mg cao chuẩn hóa lá Sen; 28,85 mg Syloid® 244 FP; 131,5 mg Avicel pH 101; 98,5 mg lactose; 5,6 mg magnesi stearat; 11,2 mg talc, nang số 0. Viên nang đạt yêu cầu chỉ tiêu chất lượng theo yêu cầu của Dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở về hình thức, độ ẩm, độ rã, độ đồng đều khối lượng, định tính, định lượng được hàm lượng nuciferin trung bình trong viên 30,12 mg.

VI. KIẾN NGHỊ

- Nghiên cứu độ ổn định của chế phẩm viên nang chứa cao định chuẩn nuciferin chiết xuất từ lá Sen.

- Nâng cấp sản xuất viên nang chứa cao định chuẩn nuciferin chiết xuất từ lá Sen cỡ lô quy mô pilot.

- Nghiên cứu thử nghiệm độc tính và thử nghiệm tác dụng hạ lipid huyết trên viên nang chứa cao định chuẩn nuciferin chiết xuất từ lá Sen trên in vivo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Bào chế - Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ** (2020), Giáo trình bào chế công nghiệp dược tập 2, NXB Y Học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2018), "Dược Điển Việt Nam V", Nhà xuất bản y học.
3. **Chen G, Zhu M, Guo M** (2019). "Research advances in traditional and modern use of *Nelumbo nucifera*: phytochemicals, health promoting activities and beyond". *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2019;59(sup1): S189-S209.
4. **Kerry Bone, Simon Mills** (2013), "Dosage and dosage forms in herbal medicine", *Principles and Practice of Phytotherapy*, pp. 121-133
5. **Nguyen K. Hoa, Ta. T. Nhan, et als**, (2012), "Nuciferine stimulates insulin secretion from beta cells. An in vitro comparison with glibenclamide", *Journal of Ethnopharmacology*, 142, pp.488-495.
6. **Yan, M.-Z. et als**, (2015), "Lotus leaf alkaloid extract displays sedative-hypnotic and anxiolytic effects through GABAA receptor. *J. Agric, Food Chem*, 63, 9277-9285.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GỠ THÂN XƯƠNG ĐÒN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Duy Thanh¹, Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Hà Văn Tuấn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy thân xương đòn ở người trưởng thành tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương đòn trên 18 tuổi đã được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại Bệnh viện Việt Đức - Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 1 năm 2021. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 18 đến 50 tuổi (82,4%), trong đó nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (81,2%); tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt là

nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (95%) và loại tổn thương gãy xương đơn thuần không kèm chấn thương cơ quan lớn kèm theo chiếm tỉ lệ cao nhất (66,25%). Cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm tất cả trường hợp nghiên cứu (100%). Kết quả chung tốt chiếm tỷ lệ cao 95,59%, trung bình là 4,41%, không có trường hợp nào kém. **Kết luận:** Gãy xương đòn là gãy xương thường gặp trong chấn thương chi trên và ảnh hưởng đến chức năng vận động khớp vai. Phẫu thuật kết hợp xương bên trong nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật và mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: Gãy kín xương đòn ở người trưởng thành.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF COMBINED SURGERY WITH PLATE SCREWS TO TREATMENT CLAVICLE FRACTURES IN ADULTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Study and evaluate the results of combined surgery with plate screws to treatment

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Dương Duy Thanh

Email: duongduythanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

clavicle fractures in adults at Viet Duc University Hospital. **Subjects and methodology:** A retrospective and non-controlled cross-sectional descriptive study on 80 patients diagnosed with closed clavicle fracture over 18 years old who were treated with ostomy surgery with plate screw at Viet Duc University Hospital - Hanoi from January 2020 to January 2021. **Result:** The majority of patients were between 18 and 50 years old (82.4%), in which men accounted for a higher proportion (81.2%); Traffic accidents and daily-life accidents account for the highest percentage of injuries (95%) and simple fractures without major organ trauma with the highest proportion (66, 25%). Indirect injury mechanism accounted for all case studies (100%). The overall good result accounted for a high rate of 95.59%, the average was 4.41%, there was no poor case. **Conclusion:** Clavicle fracture is a common fracture in upper extremity trauma and affects shoulder mobility function. ORIF to correct and restore anatomy, fix the fracture firmly, create conditions for early rehabilitation after surgery and bring good results to the patient.

Keywords: Adult Clavicle closed fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đòn là gãy xương thường gặp nhất ở vùng vai và chi trên, chiếm 5% trong gãy xương nói chung, khoảng 10% tổng số các gãy xương ở chi trên, 35% trong tổng số gãy xương vai^{1,2} và xảy ra ở mọi lứa tuổi. Nguyên nhân thường gặp chủ yếu do tai nạn giao thông, trong đó cơ chế chấn thương gián tiếp là chính, khi ngã đập vai hoặc chống tay xuống nền cứng. Ở Việt Nam gãy xương đòn có xu hướng ngày càng nhiều do sự gia tăng các phương tiện giao thông cơ giới, theo thống kê của Phạm Ngọc Nhữ³, nguyên nhân gãy xương đòn do tai nạn giao thông chiếm 85,4%.

Gãy xương đòn là loại gãy xương nhanh liền trên lâm sàng⁴. Trước đây, điều trị gãy kín xương đòn chủ yếu là bảo tồn với rất nhiều phương pháp khác nhau như cố định bằng vòng treo arnault, cố định bằng đai số 8, cố định bằng bó bột kiểu Desault, băng áo Desault... và đều đạt kết quả liền xương khá tốt⁵. Các phương pháp điều trị bảo tồn đều có những điểm hạn chế như kết quả nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu không cao, bệnh nhân phải cố định trong một thời gian dài, tỷ lệ liền xương lệch ảnh hưởng đến thẩm mỹ còn cao, chức năng vận động của khớp vai thường bị hạn chế trong một thời gian dài do bất động lâu...

Xuất phát từ những lý do trên, cùng với sự phát triển của các phương tiện kết hợp xương ngày càng hoàn thiện, ngày nay chỉ định điều trị phẫu thuật gãy kín xương đòn đã được mở rộng.

Phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đòn

bằng nẹp vít đã được nhiều nơi áp dụng với ưu điểm là phục hồi tốt về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc và sau mổ bệnh nhân tập vận động phục hồi chức năng sớm. Phạm Đình Vinh và cộng sự⁶ báo cáo điều trị 103 bệnh nhân gãy kín thân xương đòn tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, bằng kết hợp xương bằng nẹp vít, kết quả liền xương sau 3 tháng là 96% và sau 6 tháng là 100%.

Tại Bệnh Viện Việt Đức phẫu thuật kết hợp xương cho bệnh nhân gãy thân xương đòn đã được tiến hành từ lâu, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo, nghiên cứu đánh giá cụ thể. Để đánh giá một cách đầy đủ về tình hình điều trị gãy thân xương đòn bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Việt Đức, qua đó rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 80 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương đòn trên 18 tuổi đã được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 1 năm 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp hồi cứu (32 bệnh nhân) và tiến cứu (48 bệnh nhân).

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là gãy kín thân xương đòn. Chẩn đoán xác định bệnh dựa trên lâm sàng và X-quang. Bên cạnh đó, bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim X-quang trước và sau mổ, bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, gãy xương đòn kèm 1 hoặc nhiều tổn thương xương lân cận, bệnh nhân tai biến mạch máu não di chứng liệt chi trên, di chứng sau chấn thương, các bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa, kê đệm dưới vai bên phẫu thuật bằng một chiếc gối nhỏ làm cho xương đòn nhô ra trước tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật, bệnh nhân được đội mũ y tế để không cho tóc lòa xòa ở gần vùng mổ.

- Thì 1: Xác định vị trí ổ gãy, rạch da ngay trên bề mặt ổ gãy xương đòn dài khoảng 06 đến 08 cm, tùy theo chiều dài của nẹp, ổ gãy nằm chính giữa đường mổ, qua các lớp cân để vào ổ gãy.

- Thì 2: Tiến hành bóc lộ ổ gãy, làm sạch các mặt gãy. Kiểm tra các mảnh rời dùng kim giữ

xương nắn chỉnh phục hồi hình thể về giải phẫu. Đặt nẹp vào bờ trước của xương đòn, uốn nẹp để ôm khít vào bề mặt xương đòn. Với những mảnh rời lớn tiến hành buộc chỉ thép hoặc chỉ Vicryl 1.0 hoặc 2.0 tạm thời trước khi nắn.

- Thì 3: Bắt đầu khoan và bắt hai vít ở xa ổ gãy trước, dùng mũi khoan có đường kính 2,5mm để bắt các vít có đường kính 3,5mm, hướng khoan vuông góc với thành xương. Trước khi khoan phải đặt các nâng xương ở phía đối diện để tránh mũi khoan gây tổn thương mạch máu, đỉnh phổi; sau đó khoan và bắt các vít còn lại.

Sau khi kết hợp xương xong tiến hành kiểm tra độ vững chắc của ổ gãy. Rửa sạch vùng mổ bằng dung dịch nước muối sinh lý. Đặt dẫn lưu, khâu vết mổ 02 lớp, băng vết mổ.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương.
- Các bệnh lý mạn tính kèm theo, tổn thương phổi hợp.
- Triệu chứng lâm sàng.
- Thời gian từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện.
- Phương pháp phẫu thuật: kỹ thuật mổ, đường mổ.
- Kết quả điều trị, biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Phân loại | Số bệnh nhân (n=80) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--|---------------------|-----------|
| Tuổi | 18-20 | 6 | 7,5 |
| | 21-30 | 21 | 26,2 |
| | 31-40 | 26 | 32,5 |
| | 41-50 | 13 | 16,2 |
| | > 50 | 14 | 18,8 |
| Giới | Nam | 65 | 81,2 |
| | Nữ | 15 | 18,8 |
| Nguyên nhân chấn thương | Tai nạn giao thông (TNGT) | 61 | 76,2 |
| | Tai nạn lao động (TNLD) | 4 | 5 |
| | Tai nạn sinh hoạt (TNSH) | 15 | 18,8 |
| Loại tổn thương phổi hợp | Đơn thuần (không có tổn thương phổi hợp) | 53 | 66,25 |
| | Chấn thương sọ não(CTSN) | 4 | 5 |
| | Gãy xương khác | 5 | 6,25 |
| | Chấn thương ngực kín (CTNK) | 13 | 16,25 |

| | | | |
|----------------------|---|----|-------|
| Triệu chứng lâm sàng | Tổn thương khác | 5 | 6,25 |
| | Điểm đau chói cố định | 80 | 100 |
| | Biến dạng ổ gãy | 75 | 93,75 |
| | Sưng nề vùng gãy xương, mất hồ thương đòn | 70 | 87,5 |
| | Vết bầm tím da tại ổ gãy | 20 | 25 |
| | Đầu gãy đội ngay dưới da | 20 | 25 |
| Bên gãy | Lạc xao xương | 60 | 75 |
| | Bên Phải | 34 | 42,5 |
| | Bên Trái | 45 | 56,3 |
| | Hai bên | 1 | 1,2 |

Từ bảng trên cho thấy đa số BN ở nhóm 18-50 tuổi (chiếm 82,4%), bệnh nhân phần lớn là nam, tỉ lệ nam/nữ là 4,33/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (76,2%). Tất cả đều do cơ chế gián tiếp. Phần lớn bệnh nhân không có tổn thương nặng cơ quan phổi hợp (69%). Bệnh nhân ít có tổn thương phổi hợp, một phần cũng nói lên lứa tuổi gặp bệnh nhân tổn thương gãy kín xương đòn ở bệnh nhân trẻ tuổi. Bệnh nhân đa phần có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của gãy xương. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu tiên tính từ khi chấn thương. Bên tổn thương thường là 1 bên và không có sự khác biệt giữa bên trái và bên phải.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả gần

| Đặc điểm | Phân loại | Số bệnh nhân (80) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------|-----------|
| Diễn biến vết mổ | Liên vết mổ thì đầu | 80 | 100 |
| | Nhiễm khuẩn | 0 | 0 |
| | Viêm rò | 0 | 0 |
| Kết quả xquang sau mổ | Xương thẳng trục và hết di lệch | 75 | 93,75 |
| | Còn di lệch ít | 5 | 6,25 |

Bảng 3.3. Kết quả xa

| Đặc điểm | Phân loại | Số bệnh nhân (n=68) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------|
| Tình trạng sẹo mổ | Sẹo mổ mềm mại | 65 | 95,59 |
| | Sẹo mổ dính xương không viêm rò | 3 | 4,41 |
| | Sẹo mổ dính xương rò mủ | 0 | 0 |
| Kết quả liền xương | Liền xương tốt | 66 | 97,1 |
| | Chậm liền xương | 2 | 2,9 |
| | Khớp giả | 0 | 0 |
| Kết quả phục hồi chức năng | Tốt | 48 | 77,5 |
| | Khá | 11 | 17,7 |
| | Đạt | 2 | 3,2 |
| | Xấu | 1 | 1,6 |

Bảng 3.4. Kết quả chung

| Kết quả | Số bệnh nhân (n=68) | Tỷ lệ (%) |
|---------|---------------------|-----------|
| Tốt | 65 | 95,59 |

| | | |
|------------|---|------|
| Khá | 0 | 0 |
| Trung bình | 3 | 4,41 |
| Kém | 0 | 0 |

Kết quả gần sau mổ là tốt với XQ sau mổ hết di lệch và di lệch ít trong mức cho phép là 93,75%. Kết quả xa sau mổ với tỷ lệ liền xương cao đạt 97,1%, biến chứng sau mổ gồm khớp giả, chậm liền xương chiếm tỉ lệ thấp 2,9%. Kết quả phục hồi chức năng sau mổ tốt chiếm 48/68 bệnh nhân đạt 77,5%. Kết quả chung bệnh nhân đạt tốt và khá chiếm 95,59%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong số 80 bệnh nhân gãy xương đòn người trưởng thành được phẫu thuật kết xương nẹp vít tại Bệnh Viện Việt Đức, chúng tôi gặp từ 19 tuổi đến 64 tuổi, tuổi trung bình 37,46 ± 12,94; từ 19 – 50 tuổi chiếm 81,2%; nam nhiều hơn nữ, tuổi càng cao tỷ lệ gãy xương đòn càng giảm ở cả hai giới. Theo Nguyễn Đình Chiến (2009)⁷ nghiên cứu trên 36 bệnh nhân thấy tuổi từ 16 – 50 chiếm 91,7%, tuổi trung bình là 35,6, nam/nữ là 8/1. Trong 1 nghiên cứu khác của Trần Trung Dũng (2014)⁸ trên 38 bệnh nhân thấy tuổi từ 18-56, tuổi trung bình 42, nam chiếm 60,5%. Theo Taylor. L và cộng sự (2017)⁹ nghiên cứu trong khoảng thời gian 11 năm từ 2003 – 2014, độ tuổi trung bình là 34 tuổi (14 -47).

Nguyên nhân gây chấn thương gãy xương đòn chủ yếu là do tai nạn giao thông Nowak.J và cộng sự (2000)¹⁰ thống kê về dịch tễ học và bệnh căn của gãy xương đòn ở Thụy Điển thường gặp ở cả hai giới. M.P Eiff (1997), S. Wentz và cộng sự (1999) cho rằng gãy xương đòn do tai nạn mô tô và xe đạp thường do lực chấn thương mạnh nên di lệch. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nguyên nhân gây chấn thương gãy xương đòn chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 76,2%, điều này lý giải tại sao gãy xương đòn gặp nhiều ở người trẻ tuổi và nam giới vì những đối tượng này sử dụng nhiều phương tiện giao thông cá nhân, nhất là xe máy. Tai nạn sinh hoạt chiếm 18,8% còn lại tai nạn lao động 5%. Sự khác biệt về phân bố nhóm tuổi và nguyên nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả tôi tương đương với tác giả Hoàng Văn Dũng (2004) tai nạn giao thông chiếm 76,9%, tai nạn sinh hoạt 21%, tai nạn lao động 2,1%.

RJ. Neviasser (1987) nhận thấy hầu hết gãy xương đòn thường xảy ra ở đoạn nối giữa 1/3 ngoài và 1/3 giữa thân xương. Gãy ở phần trong của xương đòn là hiếm gặp. Đối với gãy 1/3 ngoài xương đòn thì cần phải được khám xét kỹ

lượng để chẩn đoán phân biệt với các tổn thương xương khớp ở vùng lân cận, đặc biệt là các khớp cùng đòn. Kết quả của chúng tôi nghiên cứu trên 80 bệnh nhân thấy gãy 1/3 giữa có 50 bệnh nhân chiếm 62,5%, gãy 1/3 ngoài 30 bệnh nhân chiếm 37,5%, không có bệnh nhân gãy 1/3 trong. Kết quả này tương đương với các kết quả của các tác giả Nguyễn Đình Chiến (2009)⁷: 1/3 giữa 88,9%, 1/3 ngoài 11,1%, Nguyễn Anh Tuấn (2017)¹²: 1/3 giữa 93,15%, 1/3 ngoài 6,85%. Theo chúng tôi tỷ lệ gãy 1/3 giữa tương đối cao và không có trường hợp nào gãy 1/3 trong có thể là do nguyên nhân gãy xương đòn do TNGT và cơ chế gián tiếp là chủ yếu, xương đòn thường bị gãy ở điểm yếu chỗ nối 1/3 ngoài và 2/3 trong. Gãy 1/3 trong ít gặp vì thường là do cơ chế trực tiếp, do bị lực đánh trực tiếp vào 1/3 trong xương đòn.

Có 27 bệnh nhân có tổn thương phổi hợp với gãy xương đòn chiếm 33,6%. Chấn thương phổi hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là chấn thương ngực kín có 13 bệnh nhân chiếm 16,25%, chấn thương sọ não và gãy xương khác chiếm lần lượt 5%; 6,25%. Theo Asadollahi. S và cộng sự (2019) gãy xương đòn có chấn thương lồng ngực là phổ biến nhất (47%).

4.2. Đặc điểm hình ảnh X-quang. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tổn thương phân loại theo nguyên tắc của AO là: gãy kiểu A chiếm 10%, kiểu B, kiểu C chiếm 90%, gãy kiểu B, C chủ yếu trong tai nạn giao thông. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Chiến (2009)⁷ kiểu chiếm 13,9%, kiểu B, C chiếm 86,1%. Nguyễn Anh Tuấn (2017)¹² kiểu A chiếm 21,29%, Kiểu B, C chiếm 78,71%.

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 100% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn hay viêm rò vết mổ. Kết quả này cao hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Đình Chiến (2009)⁷ nghiên cứu trên 36 BN mổ kết xương đòn bằng nẹp vít thấy tỷ lệ liền vết mổ kỳ đầu là 88,9% (32 BN), nhiễm trùng vết mổ là 11,1% (4BN). Kết quả của chúng tôi cũng khác so với kết quả của tác giả Hoàng Văn Dũng (2004) nghiên cứu trên 118 bệnh nhân kết xương đòn bằng đinh Kirschner thì có 110 BN (93,2%) đạt kết quả tốt, không biến chứng, có 8 BN (6,8%) có biến chứng và nhiễm trùng. Có sự khác biệt này là do các nghiên cứu được thực hiện tại các cơ sở khác nhau và khoảng thời gian khác nhau nên có sự khác nhau về trang thiết bị, phòng mổ, phẫu thuật viên, phương tiện kết xương, kháng sinh dự phòng.

Về kết quả X-quang chụp lại sau phẫu thuật thấy xương thẳng trục hết di lệch có 75 BN chiếm 93,75%, 5 BN còn di lệch ít chiếm 6,25%, không có trường hợp nào di lệch lớn. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Anh Tuấn (2017)¹² nghiên cứu trên 73 BN xương thẳng trục hết di lệch có 70 BN chiếm 95,89%, BN còn di lệch ít chiếm 4,11%, không có trường hợp nào còn di lệch lớn.

4.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

Phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít: đây là phương pháp được nhiều nhà phẫu thuật chỉnh hình ở các nước Châu Âu ưa chuộng vì kết xương vững, ổ gãy không di lệch khi vận động khớp vai đặc biệt là khi bệnh nhân phải mang vác vật nặng. Bradbury N, gặp một trường hợp khớp giả trong số 32 trường hợp gãy xương đòn được kết xương bằng nẹp vít AO. Theo tác giả nguyên nhân là do nẹp vít làm cộm da dẫn đến loét da nên phải lấy bỏ, trong quá trình lấy phương tiện kết xương thì xương bị gãy lại, sau này xương không liền, phải ghép xương. Fuchs M, gặp 3 trường hợp chậm liền 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 có 66/68 trường hợp xương liền xương tốt, có 2/68 trường hợp chậm liền xương thuộc nhóm gãy kiểu C (theo AO). Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn Đình Chiến (2009)⁷ nghiên cứu thấy 32/35 trường hợp liền xương, trong đó có 1 trường hợp can xù, 3/35 trường hợp gãy nẹp không liền xương. Kết quả này cho thấy tính ưu việt của kết xương nẹp vít. Kết xương đòn bằng nẹp vít đảm bảo ổ gãy được áp sát, cố định vững, bệnh nhân có thể vận động sớm. Đây là các trường hợp gãy xương di lệch lớn, có mảnh rời. Do ổ gãy được cố định vững, bệnh nhân sinh hoạt thoải mái hơn so với khi điều trị bảo tồn. Các trường hợp này sẽ là khó khăn khi kết xương bằng đinh nội tủy, nhất là đối với các trường hợp có mảnh rời.

Do ổ gãy được kết xương vững chắc bằng nẹp vít, bệnh nhân 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. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều không đau khi hạn chế vận động khớp vai, có 2/68 bệnh nhân bệnh nhân có hạn chế vận động xoay trong khớp vai, 1/68 bệnh nhân hạn chế giạng vai. Kết quả này

tương đương tác giả Nguyễn Đình Chiến (2009)⁷, tất cả các bệnh nhân đều không đau khi hạn chế vận động khớp vai, có 2/68 bệnh nhân bệnh nhân có hạn chế vận động xoay trong khớp vai, 1/68 bệnh nhân hạn chế giạng vai. S.Went và cộng sự (1992) kết xương nẹp vít cho 22 vận động viên thể thao như leo núi, khúc côn cầu, bóng bầu dục, bơi và chạy cự ly ngắn bị gãy xương đòn thấy các vận động viên trở lại hoạt động thể thao mà không ảnh hưởng gì đến vận động khớp vai. Theo Nguyễn Quang Long¹³, khi điều trị ổ gãy đơn giản của xương đòn bằng phương pháp bảo tồn đeo đai số tám, sau 4 tuần khi ổ gãy đã có can xương người bệnh đã bắt đầu tập vận động khớp vai tích cực tăng dần nên hiếm khi gặp biến chứng hạn chế vận động khớp vai. Tuy nhiên để phục hồi hoàn toàn vận động khớp vai thì phải tập luyện tiếp tục sau nhiều tuần. Trong 4 tuần đầu, bệnh nhân không thể vận động với biên độ rộng và không được gắng sức hay chịu tải.

V. KẾT LUẬN

Gãy xương đòn là 1 gãy xương chi trên ảnh hưởng đến vận động khớp vai, độ tuổi gặp thường là độ tuổi lao động nên nhu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau mổ là rất quan trọng, kết quả cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít khóa mang lại hiệu quả hồi phục cao và sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen C.E.** Anterior-inferior plating of middle-third fractures of the clavicle. Arch Orthop Trauma Surg. 2009;130:507-511.
2. **Sang Q.H, Gou Z.G, Zhen H.Y, et al.** The Treatment of Mid-shaft Clavicle Fractures. Chinese Medical Journal. 2015;128 (21):2946-2951.
3. **Phạm Ngọc Nhữ.** 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; 1995.
4. **Hillen R.J, Burger B.J, et al.** Malunion after midshaft clavicle fractures in adults: The current view on clavicular malunion in the literature. Acta Orthopaedica. 2010;81(3):273 - 279.
5. **Crenshaw A.H.** Campbell's operative orthopedic of Canal and Beauty. Fractures of the Shoulder Chapter 54 – Fractures of the Shoulder, Arm, and Forearm. 2007.
6. **Phạm Đình Vinh, Lê Nghi Thành Nhân.** Đánh giá kết quả điều trị gãy xương đòn bằng nẹp tạo hình. Báo cáo Hội nghị khoa học trường Đại học Y Dược Huế 2013. 2013;
7. **Nguyễn Đình Chiến.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đòn bằng kết xương nẹp vít tại Bệnh Viện 103. Luận văn Thạc Sĩ Y học. Học viện Quân Y; 2009.
8. **Trần Trung Dũng.** Nhận xét kết quả phẫu thuật

điều trị gãy xương đòn tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Y học Việt Nam 2014; Tháng 2 số 1/2014

9. **Taylor L Simonian, Lauren E Simonian, Peter T Simonian.** Clavicle Fracture Open Reduction Internal Fixation: Results of Modern Technique.

MOJ Orthop Rheumatol. 2017;8(1):00298.

10. **Nowak J, Mallmin H, Larsson S.** The aetiology and epidemiology of clavicular fractures. A prospective study during a two-year period in Uppsala, Sweden. 2000;31(5):353-8.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U NGUYÊN BÀO VĨNG MẠC TRÊN CÁC MẮT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN NHÃN CẦU

Phạm Thị Minh Châu¹, Vũ Thị Bích Thủy¹,
Hoàng Thị Thu Hà¹, Trần Cường²

Từ khóa: u nguyên bào võng mạc, điều trị bảo tồn, thoái triển

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm và kết quả điều trị các khối u trên các mắt bị u nguyên bào võng mạc (UNBVM) được điều trị bảo tồn nhãn cầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng 100 khối u trên 48 mắt của 43 bệnh nhân có chỉ định bảo tồn nhãn cầu theo phân loại quốc tế UNBVM. Kết quả: Độ tuổi TB: 15,7 tháng \pm 12, 8 tháng (nhỏ nhất 1 tháng tuổi). Lí do phát hiện bệnh chủ yếu là khám sàng lọc 35/43 (81,4%), chủ yếu hình thái UNBVM 2 mắt 38/43 BN. Tổng số 100 khối u với số khối u trung bình: $2,3 \pm 1,67$ u /mắt (ít nhất 1 khối u và nhiều nhất là 7 khối u trong 1 mắt). ĐK lớn nhất TB u là $5,8 \pm 5,2$ mm (1 - 21mm) và chiều cao TB $3,5 \pm 3,4$ mm (1 - 15mm). Thời gian xuất hiện khối u mới TB là $6,6 \pm 3,9$ tháng (1- 15 tháng). Có 24 u tái phát thời gian TB là 11 tháng (sớm nhất là sau 1 tháng và muộn là 17 tháng). Có 32/100 u chỉ điều trị trực tiếp tại mắt bằng laser và/hoặc lạnh đông và 68/100 u được điều trị hóa chất phối hợp với điều trị tại mắt với số đợt điều trị laser bổ sung trung bình 3,4 đợt và số đợt điều trị lạnh đông trung bình là 2,3 đợt. **Kết quả điều trị:** đường kính lớn nhất của khối u giảm trung bình là $3,41 \pm 2,70$ mm/u và chiều cao giảm trung bình $1,97 \pm 2,04$ mm/u. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với so sánh T ghép cặp ($p < 0,01$). Có 85/100 khối u thoái triển trong đó có 70% khối u đạt kết quả tốt, 15% khối u có tái phát nhưng vẫn điều trị khỏi và 15% khối u có kết quả xấu. Theo thời gian, các hình thái thoái triển 2 và 3 sẽ chuyển về hình thái thoái triển 1 và 4. Các khối u thoái triển hình thái 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (64%), hình thái 1 (16%), hình thái 2 (3%) hình thái 3 (2%) ($p < 0,01$). **Kết luận:** UNBVM là bệnh lý ác tính nhưng đáp ứng tốt với các phương pháp điều trị tại mắt đơn thuần hoặc phối hợp với hóa chất. Khối u được coi là điều trị khỏi khi u giảm kích thước và thoái triển hoàn toàn để lại sẹo hắc võng mạc (hình thái 4) hoặc các đám tổ chức không còn hoạt tính canxi hóa hoặc không canxi hóa (hình thái 1,2,3).

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF CONSERVATION

RETINOBLASTOMA TUMORS TREATMENT

Purpose: To describe characteristics intra ocular retinoblastoma tumors and outcomes of conservation treatment. **Methods:** Noncomparative interventional case series 100 tumors in 48 consecutive eyes of 43 patients. were classified according to the ICRB. **Results:** mean age: 15,7 \pm 12,8 months old (youngest was 1 month old). The results of discovery retinoblastoma for conservation treatment were mostly by fundus screening 35/43 patients (81,3%), bilateral retinoblastoma were 38/43 patients. Total 100 tumors in 48 eyes of 43 RB patients with mean $2,3 \pm 1,67$ tumors /eye (1-7 tumors). Tumor base diameter mean $5,8 \pm 5,2$ mm (1 - 21mm) and thickness mean $3,5 \pm 3,4$ mm (1 - 15mm), the mean follow-up was 14,8 months (range: 6 - 48 months). Mean time of new tumors was $6,6 \pm 3,9$ months (1- 15 months of follow-up) and mean time of recurrent tumors was 11 months (1-17 months of follow-up). 32/100 tumors had been treated by focal treatment(laser/cryo) and 68/100 tumors with intravenous chemotherapy. Result: tumor base diameter mean decrease $3,41 \pm 2,70$ mm and thickness mean decrease in $1,97 \pm 2,04$ mm/u ($p < 0,01$ – paired sample T-test). There were 85/100 tumors regressed with good results 70%, recurrent in 15% and not control in 15%. With time of follow-up, the regression pattern type 2,3 had been transferred to type 1,4. At the end of research, the type 4 had maximum (64%), next type 1(16%), type 2 (3%) and type 3 (2%) ($p < 0,01$). **Conclusion:** Intraocular retinoblastoma tumors could well treated with focal treatment (laser or cryotherapy) or combine with intravenous chemotherapy. However, the tumors had been regressed by 5 different types, change by time follow-up and most regression patterns are type 1 and 4.

Keywords: intraocular retinoblastoma, regression patterns, conservation treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào võng mạc (UNBVM) là tập hợp quần thể dị sản u ác tính của các tế bào võng

¹Bệnh viện Mắt Trung Ương

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Minh Châu

Email: phamchauvnio1480@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023