

chiều cao. Điểm số của thang điểm giao động trong khoảng từ 0 đến 13 tương ứng với tình trạng xấu của sẹo tăng dần. Kết quả cho thấy điểm số tạo sẹo trung bình của đối tượng sau điều trị là $2,94 \pm 1,34$, trong đó điểm số tạo sẹo nhỏ nhất là 0 điểm và cao nhất là 5 điểm. Tác động của sẹo có thể đa dạng bao gồm hạn chế về vận động và chức năng, đau kéo dài hoặc tác động tâm lý xã hội, định lượng được tình trạng này sẽ hỗ trợ cho quá trình điều trị của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả xa phương pháp phẫu thuật chuyển cơ thon vì phẫu một thì điều trị liệt mặt mạn tính đã mang lại nụ cười cân xứng cho bệnh nhân. Đặc biệt phương pháp này ít để lại các di chứng tại vị trí cho thần kinh và tại vị trí cho cơ thon.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Harii K, Ohmori K, Torii S.** Free gracilis muscle transplantation, with microneurovascular anastomoses for the treatment of facial paralysis. A preliminary report. Plastic and reconstructive surgery. Feb 1976;57(2): 133-43. doi:10.1097/00006534-197602000-00001
2. **Guelinckx PJ.** Blink Restoration in Long-standing Facial Paralysis: Use of Free Neurovascular Platysma Transfer. Plastic and reconstructive surgery Global open. Oct 2018;6(10):e1939. doi:10.1097/gox.00000000000001939
3. **Oh TS, Kim HB, Choi JW, Jeong WS.** Facial reanimation with masseter nerve-innervated free gracilis muscle transfer in established facial palsy

- patients. Archives of plastic surgery. 2019; 46(02):122-128.
4. **Zuker RM, Manktelow RT.** The technique of muscle transplantation to the face in children with moebius syndrome. Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery. 1999/08/01/ 1999;6(3): 204-209. doi:https://doi.org/10.1016/S1071-0949(99)80034-1
5. **Nguyễn Tài Sơn.** Đánh giá kết quả xa của phương pháp điều trị liệt ặt bằng ghép cơ thon tự do có nối mạch máu và thần kinh. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2008;1(3):5-10.
6. **Bui M-A, Vu T-T.** Modified gracilis muscle flap in facial reanimation: U-shaped design. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2023/05/01/ 2023;80: 182-189. doi:https://doi.org/10.1016/j.bjps.2023.02.009
7. **Tzou CH, Chuang DC, Chen HH.** Facial paralysis grading system: a new and simple smile excursion score for evaluating facial reanimation surgery. Annals of plastic surgery. Feb 2015; 74(2): 210-3. doi:10.1097/SAP.0b013e318295dec2
8. **Baryza MJ, Baryza GA.** The Vancouver Scar Scale: an administration tool and its interrater reliability. J Burn Care Rehabil. Sep-Oct 1995; 16(5): 535-8. doi:10.1097/00004630-199509000-00013
9. **Bùi Mai Anh.** Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng thần kinh cơ cắn trong điều trị liệt mặt giai đoạn bán cấp. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108; 2019.
10. **Wang W, Yang C, Li W, Li Q, Zhang Y.** Masseter-to-facial nerve transfer: is it possible to rehabilitate the function of both the paralyzed eyelid and the oral commissure? Aesthetic Plast Surg. Dec 2012;36(6): 1353-60. doi:10.1007/s00266-012-9951-9

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN GALEAZZI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Khải Hoàn¹, Dương Đình Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy Galeazzi ở bệnh nhân trưởng thành tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu được thực hiện trên 62 bệnh nhân gãy Galeazzi từ tháng 5/2021 đến tháng 1/2024. Các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cố định xương quay và xử lý khớp quay trụ dưới. **Kết quả:** Kết quả cho thấy 88,4% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật. Thời gian liền xương trung bình là 3 tháng. Chức năng cổ tay và khớp quay trụ dưới phục hồi tốt ở phần lớn

bệnh nhân. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho gãy Galeazzi, giúp phục hồi chức năng tốt và hạn chế các biến chứng. **Từ khóa:** gãy Galeazzi, trật khớp quay trụ dưới, kết hợp xương

SUMMARY

SURGERY OUTCOME FOR CLOSED GALEAZZI FRACTURE IN ADULT AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical outcomes of Galeazzi fractures in adult patients at Viet Duc Hospital. **Methods:** A prospective and retrospective study was conducted on 62 patients with Galeazzi fractures from May 2021 to January 2024. The patients were treated with surgical fixation of the radius and management of the distal radioulnar joint. **Results:** The results showed that 88.4% of the patients achieved good outcomes after surgery. The average time for bone healing was 3 months. Wrist

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khải Hoàn

Email: md.hoan0311@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

function and distal radioulnar joint function were well restored in the majority of patients. **Conclusion:** Surgery is an effective treatment for Galeazzi fractures, ensuring good functional recovery and minimizing complications.

Keywords: Galeazzi fracture, distal radioulnar joint dislocation, bone fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Galeazzi là gãy 1/3 dưới thân xương quay và bán trật hoặc trật khớp quay trụ dưới, ít phổ biến hơn gãy xương quay đơn thuần. Campbell, M.D gọi tên tổn thương này bằng từ "Fracture of necessity"¹. Cái tên này xuất phát từ thực tế rằng gãy Galeazzi hầu như luôn cần phẫu thuật để phục hồi tốt giải phẫu xương quay và khớp quay trụ dưới. Nếu chỉ điều trị bằng phương pháp bảo tồn, khớp quay trụ dưới sẽ khó phục hồi hoàn toàn, dẫn đến các vấn đề về chức năng cổ tay sau này, như hạn chế vận động, đau khớp, tái trật khớp. Việc điều trị phẫu thuật nhằm hai mục đích: phục hồi giải phẫu xương quay và đưa khớp quay trụ dưới trở về vị trí giải phẫu.

Trên thế giới, điều trị phẫu thuật là chỉ định hàng đầu cho mọi trường hợp gãy Galeazzi². Tại Việt Nam chỉ định phẫu thuật cũng được thực hiện ở hầu hết các bệnh viện, trong đó có bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Trên cơ sở số liệu thu thập được, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật, đối chiếu với một số kết quả nghiên cứu khác nhằm đưa ra những kinh nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

• **Đối tượng:** Gồm 62 bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán gãy Galeazzi và phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 5/2021 đến tháng 1/2024.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán gãy kín Galeazzi. Đối với nhóm hồi cứu hồ sơ bệnh án đầy đủ, rõ ràng, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân dưới 18 tuổi, gãy hở, gãy bệnh lý hoặc di chứng về khớp khuỷu, khớp cổ tay cùng bên. BN không hợp tác điều trị, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

• **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu. Cỡ mẫu thuận tiện

• **Kỹ thuật:** xương quay sau khi được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu, được cố định bằng nẹp vít. Sau khi cố định xương quay, khớp quay trụ dưới được kiểm tra vào khớp, đánh giá độ vững của khớp. Tùy theo mức độ mất vững của khớp quay trụ dưới mà có thể sử dụng các phương pháp cố định phù hợp như đặt nẹp bột cố định hay xuyên đinh kirschner.

• **Đánh giá kết quả:** đánh giá liên xương, biên độ khớp cổ tay và chức năng khớp cổ tay theo Mikic.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=62). Về nghề nghiệp, lao động tự do và công nhân có tỷ lệ cao nhất với lần lượt là 46,8% và 16,1%.

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo giới và tuổi (n=62)

Độ tuổi	Nam	Nữ	Tổng
<20	6	1	7
21-30	21	4	25
31-40	9	3	12
41-50	4	4	8
51-60	3	2	5
>60	0	5	5
Tổng	43	19	62

Nhận xét: Bệnh nhân ở độ tuổi 21-30 chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,3%, thấp nhất là 51-60 tuổi và trên 60 tuổi với chỉ 8,1%. Tuổi trung bình là 35,3±14,6. Về giới tính, nam có tỷ lệ cao hơn nữ là 69,4%.

Bảng 2: Nguyên nhân gây gãy Galeazzi (n=62)

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	47	75,8
Tai nạn sinh hoạt	9	14,5
Tai nạn lao động	6	9,7

Nhận xét: Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây gãy Galeazzi, chiếm tới 75,8% các trường hợp.

3.2. Kết quả gần

Diễn biến tại vết mổ và biến chứng gần

- Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật: bệnh nhân được theo dõi tại khoa điều trị, tất cả đều liền vết mổ kỳ đầu. không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ.

- Không có BN tổn thương mạch máu và thần kinh ở vùng cẳng tay.

3.3. Kết quả xa

Kết quả liên xương

Bảng 3: Kết quả liên xương sau phẫu thuật (n=52)

Thời gian liên xương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<3 tháng	50	96,2
3-6 tháng	2	3,8
>6 tháng	0	0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (96,2%) liền xương trong vòng 3 tháng.

Chức năng cổ tay sau phẫu thuật

Bảng 4: Biên độ khớp cổ tay (n=52)

Biên độ sắp ngửa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	43	82,7

Trung bình	9	17,3
Hạn chế	0	0

Nhận xét: 82,7% bệnh nhân phục hồi biên độ sấp ngửa cổ tay tốt sau phẫu thuật.

Bảng 5: Chức năng khớp cổ tay theo Mikic (n=52)

Kết quả	Hồi cứu	Tiền cứu	Tổng
Tốt	28	18	46
Khá	4	2	6
Xấu	0	0	0

Nhận xét: thang điểm đánh giá kết quả của bệnh nhân sau phẫu thuật dựa vào tổng điểm của 5 tiêu chí là: liền xương, trục xương quay, chiều dài xương quay, khớp quay trụ dưới, biên độ vận động. Có 46/52 bệnh nhân có kết quả tốt tỷ lệ 88,4%, khá có 6/52 tỷ lệ là 11,5% và không có trường hợp kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi: Tuổi 18 - 50 chiếm 83,8% tương đương với tác giả Mikic là 81,4%³ và ít hơn tác giả Trương Công Đạt là 92,7%⁵.

Độ tuổi trung bình của chúng tôi là 35,3 ±14,6 đây là độ tuổi lao động và chiếm tỷ lệ cao do đó nếu không được điều trị đúng sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến công việc và cuộc sống của chính bệnh nhân và gia đình họ.

Tỷ lệ giới nam của chúng tôi là 43/62 chiếm 69,4%, nữ là 19/62 chiếm 30,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh với tác giả Trương Công Đạt có nam chiếm 68,9% và nữ chiếm 31,1% là tương đương.

So với tác giả Mikic có tỷ lệ nam 92/125 ca = 73,6% và nữ là 33/125 = 26,4%.

Tác giả Vũ Trọng Tùng có tỷ lệ nam chiếm 80% và nữ chiếm 20%.

Từ trên ta thấy tỷ lệ bệnh nhân nam cũng cao hơn so với nữ có thể giải thích phái nam trong lao động và di chuyển tham gia giao thông nhiều hơn nên bị tai nạn nhiều hơn nữ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân gây gãy xương nhiều nhất là tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 75,8%. Tiếp theo là nguyên nhân trong sinh hoạt chiếm tỷ lệ 14,5%, tai nạn lao động chiếm tỷ lệ 9,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Công Đạt với tỷ lệ do tai nạn giao thông chiếm 76,7% trong đó tai nạn do xe máy chiếm 67,2%. So sánh với Vũ Trọng Tùng⁴ (2004) nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 51,1% và Mikic, Z.D (1975) chiếm 16%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với 2 tác giả nghiên cứu trước là Trương Công Đạt (BV Chấn thương

chỉnh hình Hồ Chí Minh) và Vũ Trọng Tùng (BV Việt Đức – Hà Nội) có thể nói rằng gãy Galeazzi ở Việt Nam thì nguyên nhân hàng đầu là do tai nạn giao thông, hoàn toàn phù hợp và có sự liên kết về tỷ lệ độ tuổi, giới và nghề nghiệp trong nghiên cứu.

4.2. Kết quả gần. Kết quả nắn chỉnh kết hợp xương quay sau phẫu thuật được đánh giá bằng chụp XQ cẳng tay thẳng, nghiêng. Có 53 bệnh nhân xương quay thẳng trục, không bị ngắn xương quay chiếm 85,5%. Có 9 bệnh nhân chiếm 14,5% sau kết hợp xương quay còn di lệch ít (xương quay ngắn 2 – 3mm hay lệch trục 3°) nhưng ở mức độ chấp nhận được. Kết quả này của chúng tôi cao hơn rất nhiều của Trương Công Đạt (xương quay thẳng trục đủ chiều dài 43,1%). Do nghiên cứu của tôi xương quay gãy thường đơn giản và các phẫu thuật viên đã rất chú trọng đến nắn chỉnh ổ gãy xương quay, cùng với việc sử dụng nẹp vít khóa trong nghiên cứu giúp kết hợp xương vững chắc, ít di lệch và ổn định ổ gãy xương quay, hơn nữa các phẫu thuật viên ý thức được rằng khi xương quay đủ chiều dài thì phục hồi khớp quay trụ dưới sẽ tốt hơn⁵.

Kết quả khớp quay trụ dưới sau phẫu thuật: BN được chụp XQ kiểm tra đánh giá kết quả có 55 BN chiếm tỷ lệ 88,7% khớp quay trụ dưới trở về vị trí giải phẫu. Còn 7 BN chiếm 11,3% khớp quay trụ dưới bán trật hoặc khớp quay trụ dưới di lệch ở mức độ chấp nhận được. Sau khi xem xét tìm nguyên nhân của 7 trường hợp trên chúng tôi tìm ra một vài nguyên nhân là do khi kết hợp xương quay đã đủ chiều dài nhưng tình trạng khớp quay trụ dưới tổn thương ban đầu trật và di lệch nhiều, sau nắn chỉnh chưa kiểm tra sự vững của khớp mà vẫn đặt nẹp bột.

4.3. Kết quả xa. Thời gian liền xương: Đánh giá bước đầu của chúng tôi tỉ lệ thời gian liền xương tốt là 50/52 BN đạt 96,2%. Có 2/52 BN chậm liền xương là nữ giới và tuổi cao trên 70 tuổi. Do xương quay được bao xung quanh bởi hệ thống cơ phong phú, có nguồn nuôi dưỡng nhiều, nghiên cứu chúng tôi kết hợp xương quay bằng nẹp vít khóa làm cho ổ gãy vững chắc, hạn chế bóc tách cốt mạc giữa được hệ thống mạch máu nuôi xương, hơn nữa sau phẫu thuật bệnh nhân được đặt nẹp bột tăng cường trong 4 – 6 tuần, độ tuổi gãy Galeazzi trong nghiên cứu chủ yếu trong độ tuổi lao động 20 – 50 tuổi. Tất cả nguyên nhân trên giúp cho tỷ lệ liền xương quay đạt kết quả cao^{6,7,8}.

- Moore, T.M 1985 báo cáo có 39% biến chứng bao gồm khớp giả, nhiễm trùng, can xấu, gãy lại sau mổ tháo nẹp vít, tổn thương thần kinh, không vững khớp quay trụ dưới^{9,10}.

- Trương Công Đạt có 2/290 BN biến chứng sau mổ là nhiễm trùng, không gặp trường hợp nào gãy nẹp và gãy xương sau tháo nẹp⁵.

4.4. Kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật là phương pháp hiệu quả trong điều trị gãy Galeazzi, với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. So với nghiên cứu của Trương Công Đạt (2004), tỷ lệ liền xương trong nghiên cứu này cao hơn (96,2% so với 86%). Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Mikic (1975), trong đó 84,9% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật.

So với các nghiên cứu quốc tế như của Moore TM (1985), tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này thấp hơn. Điều này có thể giải thích do việc áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật hiện đại và chăm sóc sau phẫu thuật tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị ưu việt cho gãy Galeazzi, đặc biệt khi can thiệp sớm và đúng kỹ thuật. Việc chú trọng đến khớp quay trụ dưới trong phẫu thuật giúp cải thiện đáng kể chức năng vận động sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Azar FM, Canale ST, Beaty JH.** Campbell's operative orthopaedics e-book. Elsevier Health Sciences; 2016.
2. **Schatzker J, Tile M, Axelrod TS.** The rationale of operative fracture care. Springer; 2005.
3. **Mikic ZD.** Galeazzi fracture-dislocations. The Journal of bone and joint surgery American volume. 1975;57(8):1071-80.
4. **Vũ Trọng Tùng.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy kín Galeazzi. Đại học Y Hà Nội; 2004.
5. **Trương Công Đạt.** Điều trị phẫu thuật gãy trật Galeazzi. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2002.
6. **Nguyễn Quang Quyền.** Giải phẫu học. vol 1.; 2013:28-106.
7. **Nguyễn Đức Phúc NTS, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn;.** Chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản y học; 2013:252 - 260.
8. **Nguyễn Đức Phúc PNH, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải;.** Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình. NXB Y học Hà Nội; 2010:275 -300.
9. **Mohan K, Gupta AK, Sharma J, Singh A, Jain AJAoS.** Internal fixation in 50 cases of Galeazzi fracture. 1988;59(3):318-320.
10. **Moore TM, Lester DK, Sarmiento AJCo, research r.** The stabilizing effect of soft-tissue constraints in artificial Galeazzi fractures. 1985;(194):189-194.

KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI ĐIỆN THỦY LỰC QUA ĐƯỜNG HẦM KEHR TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Sengsavanh Vonpachan^{1,2}, Trần Bảo Long^{1,2},
Trịnh Quốc Đạt^{1,2}, Nguyễn Đức Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị 35 người bệnh (NB) được tán sỏi qua đường hầm Kehr tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2019 đến tháng 03/2024. Kết quả: NB nhóm tuổi 40 - 80 tuổi chiếm 85,7%, tỉ lệ nam (57,1%) cao hơn nữ (41,9%); tỉ lệ hẹp đường mật khi soi là 25,7%; kết quả sạch sỏi sau tán lần đầu là 91,4%, không có tai biến. Kết luận: Nội soi tán sỏi điện thủy lực qua đường hầm Kehr là kỹ thuật hiệu quả và an toàn, với 91,4% NB có kết quả điều trị ở mức tốt, 8,6% ở mức độ trung bình.

Từ khóa: Sỏi mật, nội soi tán sỏi điện thủy lực, đường hầm Kehr, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

RESULTS OF ELECTROHYDRAULIC

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Sengsavanh Vonpachan

Email: drseng9@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

LITHOTRIPSY THROUGH KEHR'S T-TUBE TRACT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A descriptive, retrospective study was conducted on 35 patients treated with lithotripsy through the Kehr's (T-tube) tract at Hanoi Medical University Hospital from October 2019 to March 2024 to evaluate the results of electrohydraulic lithotripsy through Kehr's tract. The results showed that the majority of patients were aged 40 - 80 (85.7%), with a higher percentage of males (57.1%) compared to females (41.9%). The incidence of bile duct stricture was 25.7%. After the first lithotripsy session, the stone clearance rate was 91.4%, with no recorded complications. Conclusion: Electrohydraulic lithotripsy through Kehr's T-tube tract yielded good treatment outcomes in most patients (91.4%), with 8.6% having moderate treatment outcomes. **Keywords:** Biliary stone, electrohydraulic lithotripsy, Kehr's T-tube tract, Hanoi Medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, điều trị sỏi đường mật hiện nay đã có nhiều tiến bộ tuy nhiên vẫn còn những khó khăn, đặc biệt là sỏi đường mật trong gan vì nguy cơ