

xương liên thân đốt lõi sau (TLIF) cho bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương đạt hiệu quả về mặt lâm sàng giúp cải thiện đáng kể VAS và ODI, giúp nâng chiều cao khoảng liên thân đốt sống, nắn chỉnh đạt kết quả tốt, tỉ lệ liên xương khá cao và tỉ lệ biến chứng thấp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Thanh** (2014). Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Parker, S.L., et al.** Utility of minimum clinically important difference in assessing pain, disability, and health state transforaminal lumbar interbody fusion for degenerative lumbar spondylolisthesis. *Journal of Neurosurgery*. 2011;14(5):598-604.
3. **Chandra Vemula VR, Prasad BC, Jagadeesh MA, Vuttarkar J, Akula SK.** Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion using bone cement-augmented pedicle screw for lumbar spondylolisthesis in patients with osteoporosis. Case series and review of literature. *Neural India*. 2018;66(1):118-125.
4. **Nguyễn Vũ** (2015). Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống kết hợp hàn xương liên thân đốt. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Frankel BM, Jones T, Wang C.** "Segmental poly-methylmethacrylate-augmented pedicle screw fixation in patients with bone softening caused by osteoporosis and metastatic tumor involvement: a clinical evaluation". 2007, *Neurosurgery* 61:531-537 (discussion 537-538).
6. **Manual Of Spine Surgery,** Cement Augmentation of Pedicle Screw Fixation, Springer Heidelberg New York Dordrecht London, 351-359.
7. **Dai F, Liu Y, Zhang F, et al.** Surgical treatment of the osteoporotic spine with bone cement-injectable cannulated pedicle screw fixation: technical description and preliminary application in 43 patients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015;70(2): 114 – 119.
8. **Cho JH, Hwang CJ, Kim H, Joo YS, Lee DH, Lee CS.** Effect of osteoporosis on the clinical and radiological outcomes following one-level posterior lumbar interbody fusion. *J Orthop Sci*. 2018 Nov;23(6):870-877.
9. **Vaidya R, Sethi A, Bartol S, Jacobson M, Coe C, Craig JG.** Complications in the use of rhBMP-2 in PEEK cages for interbody spinal fusions. *J Spinal Disord Tech*. 2008; 21:557-562.
10. **Audat Z., Darwish F.T., Barbarwi M., et al.** (2011). Surgical management of low grade isthmic spondylolisthesis; a randomized controlled study of the surgical fixation with and without reduction. *Scoliosis Journal*, 6(14):1-6.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY MỖM KHUYU BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÉO ÉP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thế Anh<sup>1,2</sup>, Đào Xuân Thành<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy mỏm khuỷu bằng phương pháp néo ép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 68 bệnh nhân gãy mỏm khuỷu và có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương (KH) bằng phương pháp néo ép tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2021 - 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $41,2 \pm 17,9$  tuổi, phần lớn là nam giới (chiếm 67,7%), nguyên nhân gãy xương chủ yếu do tai nạn giao thông (61,8%). Phân loại gãy xương theo Mayo loại IIA, IIB chiếm tỷ lệ chủ yếu (67,65% và 20,59%), các loại gãy IA, IB và IIIA chiếm tỷ lệ lần lượt là 2,94%, 5,88% và 2,94%. Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình là  $65,28 \pm 11,7$  phút. Đánh giá trên X-quang: 94,12% bệnh nhân không còn di lệch, 95,59%

liền xương hoàn toàn. Điểm chức năng MEPS trung bình sau phẫu thuật là  $89,6 \pm 5,61$  điểm, trong đó mức rất tốt (82,4%), tốt (14,7%), khá (2,9%). Biến chứng sau 6 tháng phẫu thuật gồm chậm liền xương (2,94%), chồi đinh (2,94%) và thoái hoá khớp (1,47%). Không tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại gãy xương với kết quả liền xương ( $p > 0,05$ ), nơi tập PHCN, nhóm tuổi, tổn thương phổi hợp với điểm chức năng MEPS sau phẫu thuật ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương bằng phương pháp néo ép điều trị gãy mỏm khuỷu cho kết quả lâm sàng tốt, chức năng khớp khuỷu cải thiện rõ rệt, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp.

**Từ khoá:** Kỹ thuật néo ép, gãy mỏm khuỷu.

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOMES OF OLECRANON FRACTURE TREATMENT USING TENSION BAND WIRING TECHNIQUE AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the surgical outcomes of olecranon fracture treatment using the tension band wiring technique at Viet Duc Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 68 patients with olecranon fractures who underwent surgical bone fixation using the tension band wiring method at Viet Duc Hospital from June 2021 to December 2023. **Results:** The average

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa huyện Thường Tín

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

age was  $41.2 \pm 17.9$  years, with a majority of male patients (67.7%). The primary cause of fracture was traffic accidents (61.8%). Fracture classification according to the Mayo classification showed a majority of type IIA and IIB fractures (67.65% and 20.59%, respectively), while types IA, IB, and IIIA accounted for 2.94%, 5.88%, and 2.94%, respectively. Associated injuries included ipsilateral elbow dislocation (2.94%), combined elbow dislocation with radial head fracture (1.47%), and coronoid process fracture (1.47%). Surgical outcomes: The average operative time was  $65.28 \pm 11.7$  minutes. Radiographic evaluation showed no residual displacement in 94.12% of patients and complete bone union in 95.59%. The mean post-operative MEPS (Mayo Elbow Performance Score) was  $89.6 \pm 5.61$ , with outcomes rated as excellent (82.4%), good (14.7%), and fair (2.9%). Post-operative complications at 6 months included delayed bone union (2.94%), pin migration (2.94%), and osteoarthritis (1.47%). No statistically significant associations were found between fracture type and bone union ( $p > 0.05$ ), rehabilitation center location, age group, associated injuries, and MEPS scores ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Surgical fixation using the tension band wiring technique for olecranon fractures provided good clinical outcomes, with significant improvement in elbow joint function and a low rate of postoperative complications. **Keywords:** Tension band wiring technique, olecranon fracture.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mỏm khuỷu là chấn thương thường gặp ở người lớn và chiếm 10 – 20% các trường hợp gãy chi trên<sup>1</sup>. Đây là loại chấn thương khuỷu tay gặp nhiều nhất với tỷ lệ mắc ước tính 11,5 – 12 trên 100.000 dân<sup>1</sup>. Loại tổn thương này gây đau, trật khớp, hạn chế vận động cẳng tay và chấn thương phần mềm hoặc phổi hợp nhiều tổn thương trên. Việc điều trị không tốt có thể để lại nhiều di chứng như khớp giả, liền lệch, viêm thoái hoá khớp.

Gãy mỏm khuỷu có thể điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật. Điều trị bảo tồn là kéo nắn chỉnh diện gãy và bó bột cánh chằng bàn tay. Tuy nhiên, ở những trường hợp gãy nhiều mảnh, di lệch lớn cần điều trị phẫu thuật. Có nhiều phương pháp kết hợp xương như buộc vòng đai thép quanh xương, buộc vòng đai thép trong xương, buộc nẹp ép số 8, bắt vít chéo, bắt vít theo trục, nẹp vít có móc...

Tại Việt Nam, phẫu thuật điều trị gãy mỏm khuỷu bằng phương pháp kết hợp xương nẹp ép đã được áp dụng rộng rãi với ưu điểm là phục hồi tốt về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, dụng cụ kết hợp xương phổ biến, thông dụng và sau mổ bệnh nhân tập phục hồi chức năng sớm. Tuy nhiên, phương pháp này cũng gây một số biến chứng như liền lệch, giảm cử động khuỷu, hõm vết mổ, kim loại nhô ra khỏi xương<sup>2</sup>. Chính

vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá các tổn thương do chấn thương mỏm khuỷu, kỹ thuật phẫu thuật và kết quả phục hồi chức năng và các biến chứng sau phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân gãy mỏm khuỷu, được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng phương pháp nẹp ép tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2021 - 12/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN trên 14 tuổi, được chẩn đoán gãy kín mỏm khuỷu dựa trên lâm sàng theo phân loại Mayo và hình ảnh X-quang có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương nẹp ép tại Bệnh viện Việt Đức. BN có đủ hồ sơ bệnh án, phim X-quang và các xét nghiệm.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN gãy mỏm khuỷu do nguyên nhân bệnh lý xương, gãy cũ. BN thiếu hồ sơ, sai địa chỉ liên hệ hoặc không liên lạc được sau khi ra viện.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu theo dõi dọc kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Số liệu được lấy từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu bao gồm thông tin hành chính, tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật, theo dõi và điều trị sau mổ.

**2.3. Biến số nghiên cứu.** Bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, nguyên nhân, vị trí và thời gian chấn thương.
- Các đặc điểm lâm sàng, X-quang trước phẫu thuật, điểm chức năng khuỷu MEPS trước phẫu thuật

- Kết quả phẫu thuật:

- + Thời gian phẫu thuật, mức độ di lệch, kết quả liền xương trên phim X-quang, mức độ đau sau mổ theo thang VAS, điểm chức năng khuỷu theo MEPS, biến chứng sau 6 tháng phẫu thuật.

**2.4. Biến chứng sau phẫu thuật**

- Biến chứng sớm: Nhiễm trùng vết mổ, hạn chế vận động khuỷu

- Viêm khớp sau chấn thương: Phân loại theo Broberg và Morrey dựa trên phim X-quang:

- Độ 0: Khớp bình thường

- Độ 1: Khe khớp hẹp nhẹ, hình thành can xương nhỏ ở vị trí bất thường

- Độ 2: Hẹp khe khớp trung bình, hình thành gai xương mức độ vừa

- Độ 3: Thoái hoá nặng, phá hỏng khớp

- Biến chứng muộn: Chỗ đinh, lộ hở đinh, đứt chỉ thép, can sùi lệch chỗ

- Chậm liền xương

- Viêm xương

- Viêm cơ cốt hoá gân cơ tam đầu

**2.5. Xử lý số liệu.** Tất cả số liệu được xử lý bằng phần mềm spss 20.0. Dữ liệu được mô tả dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, bảng phân phối tần số, tỷ lệ. Kiểm định Khi bình phương, Fisher's exact test để xác định sự khác biệt hai tỷ lệ và mối liên quan giữa hai biến.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng thông qua đề cương trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý của BGĐ Bệnh viện Việt Đức. Người tham gia nghiên cứu biết được mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chấn thương mỏm khuỷu

**Bảng 1: Đặc điểm chấn thương mỏm khuỷu**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)	Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
<b>Tuổi</b>		Trung bình: $41,2 \pm 17,9$ (14-81)	
<b>Giới</b>		<b>Tay chấn thương</b>	
Nam	46 (67,7)	Tay thuận	25 (36,76)
Nữ	22 (32,3)	Tay không thuận	43 (63,24)
Phân loại gãy xương theo Mayo			
IA	2 (2,94)	IIB	14 (20,59)
IB	4 (5,88)	IIIA	2 (2,94)
IIA	46 (67,65)		

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là  $41,2 \pm 17,9$  tuổi, phần lớn là nam giới (chiếm 67,7%), tay chấn thương chủ yếu là tay không thuận (63,24%). Phân loại gãy xương theo Mayo loại IIA chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 67,65%, tiếp theo là loại IIB (20,59%).

#### 3.2. Kết quả phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật trung bình:  $65,28 \pm 11,7$  phút (12 – 371 phút).
- Phương pháp KHX là 2 đinh Kirschner và 1 chỉ thép được thực hiện trên 68 bệnh nhân.

**Bảng 2: Kết quả gần sau phẫu thuật bằng phương pháp néo ép**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)	Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
Mức độ di lệch trên X-quang		Mức độ liền xương trên X-quang	
Không di lệch	64 (94,12)	Liền xương hoàn toàn	65 (95,59)
Di lệch $\geq 2\text{mm}$	4 (5,88)	Chậm liền xương	3 (4,41)
Mức độ đau theo VAS			
Không đau (0 điểm)	58 (85,29)	Đau vừa (5-6 điểm)	1 (1,47)
Đau ít, đau nhẹ (1-4 điểm)	9 (13,24)		

**Nhận xét:** Kết quả X-quang, phần lớn bệnh nhân không di lệch khớp sau phẫu thuật (chiếm

94,12%) và liền xương hoàn toàn (chiếm 95,59%), chỉ một tỷ lệ nhỏ di lệch trên 2mm (5,88%) và chậm liền xương (4,41%). Đánh giá mức độ đau theo VAS, phần lớn bệnh nhân không đau (chiếm 85,29%), tiếp theo là đau ít đau nhẹ (chiếm 13,24%) và đau vừa (1,47%). Không có bệnh nhân nào đau nhiều.

- Điểm chức năng khuỷu MEPS trung bình sau phẫu thuật  $89,6 \pm 5,61$  điểm (65 – 94 điểm)

**Bảng 3: Kết quả xa sau phẫu thuật**

X-quang sau mổ	Số bệnh nhân (%)	Điểm MEPS	Số bệnh nhân (%)
Rất tốt	32 (47,06)	Rất tốt	56 (82,4)
Tốt	29 (42,65)	Tốt	10 (14,7)
Trung bình	6 (8,82)	Khá	2 (2,9)
Kém	1 (1,47)	Kém	0 (0,0)
<b>Tổng</b>	<b>68 (100)</b>	<b>Tổng</b>	<b>68 (100)</b>

**Nhận xét:** Điểm X-quang sau mổ chủ yếu ở mức tốt và rất tốt chiếm tổng tỷ lệ 89,71%. Điểm MEPS sau mổ trung bình là  $89,6 \pm 5,61$  điểm (65 – 94 điểm), trong đó, mức tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (97,1%).

- Biện chứng sau 6 tháng phẫu thuật: 2 BN chồi đinh (chiếm 2,94%), 1 BN lộ hờ đinh (chiếm 1,47%) và 1 BN thoái hoá khớp (chiếm 1,47%).

- Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật:

**Bảng 4: Liên quan giữa phân loại gãy xương và kết quả liền xương**

Kết quả Phân loại	Không di lệch		Di lệch $\geq 2\text{mm}$		p
	n	%	n	%	
IA	2	100	0	0,0	>0,05
IB	4	80	1	20	
IIA	46	100	0	0,0	
IIB	12	85,7	2	14,3	
IIIA	0	0,0	1	100	
Tổng	64	94,12	3	5,58	

**Nhận xét:** Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa phân loại gãy xương và kết quả liền xương, với  $p > 0,05$ .

Ngoài ra, chúng tôi cũng đánh giá liên quan giữa tập PHCN, nhóm tuổi và tổn thương phổi hợp với kết quả chức năng theo thang MEPS. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### IV. BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm chấn thương mỏm khuỷu.

Nghiên cứu kết quả điều trị gãy mỏm khuỷu bằng phương pháp néo ép được tiến hành tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2021 - 12/2023 cho thấy, độ tuổi trung bình là  $41,2 \pm 17,9$  tuổi, nam giới là chủ yếu (gần 70%). Kết quả tương tự tác giả Võ Thành Toàn (2024) đánh giá kết

quả gãy mỏm khuỷu trên 65 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là  $43,3 \pm 17,2$  (từ 22 đến 81 tuổi), nam giới chiếm 72,2%<sup>3</sup>, Serena và cộng sự (2024) độ tuổi trung bình là  $46,1 \pm 21,7$  tuổi, nam giới chiếm 68,5%<sup>4</sup>. Điểm tương đồng của các nghiên cứu là độ tuổi trẻ, nam giới, đây là nhóm tuổi lao động chính, tham gia nhiều hoạt động xã hội, thể thao nên thường có tỷ lệ chấn thương cao hơn.

Các bệnh nhân gãy mỏm khuỷu được phân loại gãy xương theo Mayo, gãy mỏm khuỷu loại IIA chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 67,65%, tiếp theo là loại IIB (20,59%), các loại gãy IA, IB và IIIA chiếm tỷ lệ lần lượt là 2,94%, 5,88% và 2,94%. Đây cũng là những loại gãy xương phổ biến trong nghiên cứu của Võ Thành Toàn (2024)<sup>3</sup>, Niglis và cộng sự (2015).<sup>5</sup> Tác giả Byron và cộng sự cũng sử dụng phương pháp nắn ép trên các bệnh nhân gãy mỏm khuỷu loại IIA, IIB, IIIA và IIIB là chủ yếu với tỷ lệ lần lượt là 64,5%, 21%, 12,9% và 1,6%.<sup>6</sup> Nghiên cứu của Macro MS và cộng sự (2013) điều trị gãy mỏm khuỷu bằng phương pháp nắn ép, Gãy xương phổ biến nhất là gãy xương Mayo IIA với 188 trường hợp (78,66%).<sup>7</sup> Nghiên cứu của Martin Gathen (2019), phân loại IIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 52%, phân loại IIB chiếm 40%.<sup>8</sup>

Phân loại này có ưu điểm như sau:

- Cung cấp đầy đủ thông tin để thống nhất trong chẩn đoán.
- Giúp cho phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp điều trị và phương tiện kết hợp xương phù hợp.
- Tiên lượng kết quả điều trị cho mỗi loại gãy.
- Tương đối đơn giản, dễ sử dụng.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng cách phân loại theo Mayo với những ưu điểm trên.

**4.2. Kết quả phẫu thuật điều trị gãy mỏm khuỷu bằng nắn ép.** Thời gian phẫu thuật trung bình là  $65,28 \pm 11,7$  phút. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Võ Thành Toàn (2024) với thời gian phẫu thuật trung bình trên 65 bệnh nhân là  $65,55 \pm 12,95$  phút (từ 50 – 95 phút)<sup>3</sup>. Có thể thấy, không có sự chênh lệch về thời gian phẫu thuật giữa các phương pháp mổ gãy mỏm khuỷu. Trong phẫu thuật KHX điều trị gãy mỏm khuỷu, đinh Kirschner là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 2 đinh Kirschner và 1 chỉ thép nắn ép số 8. Nghiên cứu của Đặng Hoàng Nam (2021), số trường hợp sử dụng đinh Kirschner cũng hơn 90%<sup>9</sup>.

Sau phẫu thuật, các bệnh nhân được chụp X-quang để đánh giá mức độ di lệch và liền xương. Có hơn 94% bệnh nhân hết di lệch, chỉ 4 trường hợp có di lệch ít (chiếm 5,88%). Kết quả

mức độ liền xương đạt 100% sau 6 tháng phẫu thuật, trong đó, có hơn 95% liền xương hoàn toàn, can xương chắc nối liền 2 đầu gãy, không còn khe sáng giữa các đầu gãy; 4,41% chậm liền xương, còn khe sáng giữa các đầu gãy. Nhìn chung, một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến quá trình liền xương như yếu tố toàn thân, yếu tố tại chỗ gồm bất động ổ gãy không đủ vững chắc, sự cấp máu nuôi dưỡng ổ gãy nghèo nàn, chèn phần mềm vào giữa ổ gãy, giãn cách hai đầu xương gãy, gãy nát vụn, nhiễm khuẩn ổ gãy làm chậm quá trình liền xương.

Chúng tôi theo dõi kết quả xa sau 6 tháng phẫu thuật trên 68 bệnh nhân nghiên cứu cho thấy, kết quả X-quang sau phẫu thuật mức độ rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ chủ yếu là gần 90%, trung bình là 8,82% và có 1 bệnh nhân cho kết quả kém chiếm 1,47%. Chức năng khuỷu được đánh giá theo thang điểm MEPS, điểm MEPS trung bình sau phẫu thuật là  $89,6 \pm 5,61$  (65 - 94 điểm),  $p < 0,05$ . Trong đó, điểm MEPS mức rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 97,1%, mức khá là 2,9% và không có bệnh nhân nào ở mức kém. Kết quả này tương tự các tác giả Serena và cộng sự (2024)<sup>4</sup> điểm MEPS trung bình sau phẫu thuật là  $80,5 \pm 14,7$ , Niglis L và cộng sự (2015)<sup>5</sup> là 96,6%, Jae Woo Cho và cộng sự (2022)<sup>10</sup> là 97,1%. Tất cả các nghiên cứu này đều cho thấy điểm chức năng khuỷu MEPS cải thiện sau phẫu thuật, sự chênh lệch số điểm trong các nghiên cứu có thể do số lượng mẫu và đặc điểm chấn thương khuỷu của các bệnh nhân nghiên cứu.

Một số biến chứng hay gặp sau phẫu thuật gãy mỏm khuỷu bao gồm chậm liền xương (đánh giá sau 6 tháng phẫu thuật), không liền xương (đánh giá sau 9 tháng phẫu thuật), liệt dây thần kinh trụ do phẫu thuật hoặc do can xương, cong dính, gãy đinh, chồi đinh với tỷ lệ biến chứng khoảng 2 – 25%<sup>11</sup>. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng chung là 5,88%, trong đó có 2 bệnh nhân chậm liền xương chiếm 2,94%, 1 bệnh nhân lộ hở đinh chiếm 1,47% và 1 bệnh nhân phát hiện thoái hoá khớp chiếm 1,47%. Không có trường hợp nào viêm cơ cốt hoá gân cơ tam đầu, viêm xương hoặc không liền xương và không có trường hợp nào biến chứng phải phẫu thuật lại. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Serena và cộng sự (2024) với tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 15,3%<sup>4</sup>. Tác giả Jae Woo Cho và cộng sự (2022) đánh giá biến chứng phẫu thuật trên 34 bệnh nhân sau 20,8 tháng theo dõi cho thấy, có 17,6% thoái hoá khớp nhẹ và trung bình<sup>10</sup>.

Ngoài ra, chúng tôi cũng đánh giá một số

yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật cho thấy, không có sự liên quan giữa loại gãy xương và kết quả liền xương ( $p > 0,05$ ). Một số nghiên cứu cho thấy trường hợp gãy thuộc loại I và IIA do tổn thương đơn giản, diện khớp không bị gãy nát nên có thể kết hợp xương néo ép như mong muốn và vững chắc hơn, cho phép vận động sớm hơn.<sup>12</sup> Kiểu gãy thuộc loại IIB và loại III cho kết quả chức năng khuỷu theo thang điểm MEPS kém hơn so với kiểu gãy loại I và IIA.

Đánh giá mối liên quan giữa loại gãy và kết quả liền xương, Marco M. Schneider và cộng sự cho biết hầu hết kết quả chậm liền xương hoặc không liền xương thường gặp ở gãy loại III.<sup>7</sup> Các trường hợp gãy phức tạp, gãy nhiều mảnh rời bề mặt khớp thì điều trị khó khăn và kết quả chức năng khớp khuỷu cũng sẽ kém hơn.

Ngoài ra, không thấy sự liên quan rõ rệt của nơi tập PHCN, nhóm tuổi và tổn thương kết hợp với điểm chức năng MEPS ( $p > 0,05$ )

Phương pháp néo ép đã đem lại kết quả phẫu thuật thành công trên 68 bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đều giảm đau, cải thiện chức năng vận động và hài lòng với kết quả phẫu thuật và tỷ lệ biến chứng thấp, không có bệnh nhân nào phải phẫu thuật lại. Tuy nhiên, vẫn cần thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá các biến chứng không liền xương, viêm xương và thoái hoá khớp để cung cấp thêm nhiều bằng chứng khách quan về phương pháp phẫu thuật này.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng phương pháp néo ép điều trị gãy mỏm khuỷu cho kết quả lâm sàng tốt, chức năng khớp khuỷu cải thiện tốt sau phẫu thuật phù hợp với loại gãy

IIA, IIB và IIIA theo phân độ Mayo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duckworth AD, Clement ND, Aitken SA, Court-Brown CM, McQueen MM. The epidemiology of fractures of the proximal ulna. *Injury*. 2012;43(3):343-346.
2. Newman SDS, Mauffrey C, Krikler S. Olecranon fractures. *Injury*. 2009;40(6):575-581.
3. Võ TT, Phan NT. Đánh giá kết quả điều trị gãy mỏm khuỷu bằng nẹp vít khóa. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2024;543(1).
4. Giardina SMC, Testa G, Cuffaro ER, et al. Surgical Treatment for Simple Isolated and Displaced Olecranon Fractures: Comparison between Plate and Tension Band Wire Fixation. *J Clin Med*. 2024;13(6):1815.
5. Niglis L, Bonnomet F, Schenck B, et al. Critical analysis of olecranon fracture management by pre-contoured locking plates. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*. 2015;101(2):201-207.
6. Chalidis BE, Sachinis NC, Samoladas EP, Dimitriou CG, Pournaras JD. Is tension band wiring technique the "gold standard" for the treatment of olecranon fractures? A long term functional outcome study. *J Orthop Surg*. 2008;3:9.
7. Schneider MM, Nowak TE, Bastian L, et al. Tension band wiring in olecranon fractures: the myth of technical simplicity and osteosynthetic perfection. *Int Orthop*. 2014;38(4):847-855.
8. Gathen M, Jaenisch M, Peez C, et al. Plate fixation and tension band wiring after isolated olecranon fracture comparison of outcome and complications. *J Orthop*. 2020;18:69-75.
9. Hoàng Nam Đ, Xuân Thủy N. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2021;507(2).
10. Cho JW, Oh JK, Um J, Sohn HS. Outcomes of embedded rafting k-wire technique for intermediate articular fragment fixation in comminuted olecranon fractures. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2022;142(11):3327-3334.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHẪU THUẬT HO RA MÁU Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trương Đức Thái<sup>1,2</sup>, Đinh Văn Lượng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Kim Cương<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bước đầu của phẫu thuật ho ra máu (HRM) ở bệnh nhân (BN)

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

lao phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 50 BN chẩn đoán HRM do lao phổi được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 07/2017 đến tháng 06/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 46,86, trong đó nhóm tuổi 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (46%). Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (74%). Tỷ lệ BN được điều trị thuốc lao trước phẫu thuật là 48% ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 72% ở nhóm HRM nặng. Có 7 BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình (28%) và 15 BN ở nhóm HRM nặng (60%) được can thiệp nút mạch phế quản trước phẫu thuật. Phẫu thuật cắt thùy phổi được thực hiện trên 31 BN (62%)