

Kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay bằng nẹp khoá tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Surgical treatment outcomes of closed distal humeral fractures using locking plates at the 108 Military Central Hospital

Nguyễn Việt Nam^{1,3}, Nguyễn Vũ Hoàng^{1,2},
Nguyễn Điện Thành Hiệp³, Hoàng Thanh Tùng³,
và Bé Văn Thanh¹

¹Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay bằng phẫu thuật kết xương nẹp khoá và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng, kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 39 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khoá điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay từ tháng 1/2021 đến tháng 3/2025. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 31 đến 60 tuổi (51,3%), tai nạn giao thông là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (56,4%) và tổn thương chủ yếu là loại C2 (51,3%) theo phân loại tiêu chuẩn AO. Kết quả chung theo thang điểm của Morrey tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 79,5%, trung bình là 17,9%, xấu là 2,6%. Điểm Morrey trung bình đạt $83,6 \pm 9,9$ điểm. **Kết luận:** Gãy kín đầu dưới xương cánh tay loại C theo phân loại của AO là kiểu gãy xương phạm khớp phức tạp. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp khoá sau nắn mở nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, giúp bệnh nhân có thể tập vận động sớm sau mổ và kết quả chức năng tốt hơn.

Từ khóa: Gãy kín đầu dưới xương cánh tay, nắn mở - kết hợp xương (ORIF), yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Summary

Objective: This study evaluates the outcomes of internal fixation using locking plates in the treatment of closed distal humeral fractures and analyse factors affecting treatment outcomes at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A retrospective and prospective uncontrolled study was conducted on 39 patients who underwent internal fixation with locking plates for closed distal humeral fractures from January 2021 to March 2025. **Result:** The majority of patients were between 31 and 60 years old (51.3%). Traffic accidents were the most common cause of injury (56.4%), and the predominant fracture type was C2 (51.3%) according to the AO classification. Overall outcomes assessed using the Morrey score showed good and excellent results in 79.5% of cases, fair in 17.9%, and poor in 2.6%. The average Morrey score was 83.6 ± 9.9 points. **Conclusion:** Closed distal humeral fractures of type C according to the AO classification represent complex intra-articular fractures. Locking plate osteosynthesis, when used for open reduction, can restore anatomical alignment and provide stable

Ngày nhận bài: 2/10/2025, ngày chấp nhận đăng: 2/12/2025

* Tác giả liên hệ: bethanh.bk19.tb@gmail.com - Đại học Y - Dược Thái Nguyên

fixation of the fracture site, this allows patients to begin early postoperative mobilization, leading to better functional outcomes

Keywords: Closed distal humeral fracture, open reduction and internal fixation, factors affecting treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương cánh tay ở người trưởng thành chiếm khoảng 2% tổng số gãy xương và 33% tổng số gãy xương cánh tay¹⁰. Chúng thường là kết quả của chấn thương năng lượng cao ở nhóm dân số trẻ và ngã năng lượng thấp ở bệnh nhân lớn tuổi hơn. Những gãy xương này có thể rất khó xử lý vì chúng thường liên quan đến thành phần khớp cũng như thành phần thân xương. Giống như tất cả các gãy xương phạm khớp, việc nắn chỉnh về giải phẫu bề mặt khớp là tối quan trọng để hạn chế nguy cơ phát triển thoái hóa khớp sau chấn thương ở mức thấp nhất có thể. Điều này đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật kết hợp với phục hồi chức năng sau mổ để đạt được kết quả điều trị tốt nhất¹⁰.

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, giúp bệnh nhân tập vận động sớm^{1,3}. Những năm gần đây với sự phát triển của nẹp khoá nên kĩ thuật kết xương bằng nẹp khoá đầu dưới xương cánh tay ngày càng được triển khai rộng rãi⁴. Nẹp khoá là phương tiện kết xương có nhiều ưu điểm như vít sẽ khoá chặt vào nẹp theo một hướng nhất định và liên kết với nhau tạo thành một khối giống như khung cố định ngoài. Do không cần phải áp sát nẹp lên bề mặt xương nên không cần bóc rộng màng xương, làm tối ưu hóa quá trình liền xương.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay bằng nẹp khoá và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 39 BN tuổi từ 18 đến 69 bị gãy kín đầu dưới xương cánh tay loại C1, C2, C3 (theo phân loại AO) do chấn thương được phẫu thuật kết xương nẹp khoá tại khoa Chấn thương chi trên và vi phẫu thuật,

Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2021 đến tháng 3/2025. Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng kết hợp hồi cứu (28 bệnh nhân) và tiền cứu (11 bệnh nhân).

Các bệnh nhân được kết xương nẹp khoá với đường mổ phía sau rạch dọc cơ tam đầu (Campbell)⁹.

Tư thế BN: BN được gây tê đám rối thần kinh cánh tay và tư thế nằm nghiêng: Cánh tay bên tổn thương được kê trên một giá đỡ, cẳng tay vuông góc với cánh tay.

Kĩ thuật mổ: BN được mổ qua 03 thì mổ.

Thì 1: Bộc lộ ổ gãy đầu dưới xương cánh tay

Rạch da một đường chính giữa phía sau từ điểm giao nhau giữa 1/3 giữa và 1/3 dưới của xương cánh tay, tránh đặt đường rạch lên đỉnh mỏm khuỷu và kết thúc ở phần trên của thân xương trụ. Nâng các vạt da cân toàn phần lên để bảo vệ các dây thần kinh da.



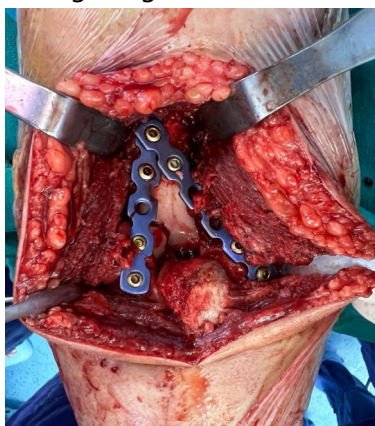
Hình 1. Đường mổ phía sau
(BN Tran Thi L, 62 tuổi, Mã số:25661129)

Tách dọc gân cơ tam đầu ở đường giữa bộc lộ ổ gãy đầu dưới xương cánh tay.

Thì 2: Nắn chỉnh và cố định ổ gãy

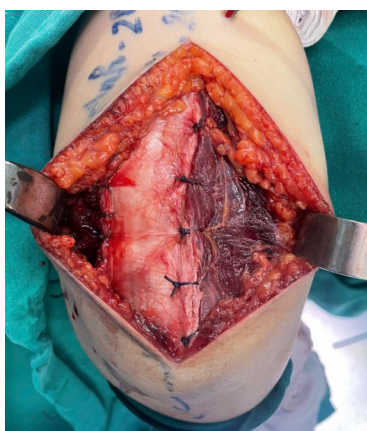
Nắn chỉnh ổ gãy: Sau khi bộc lộ ổ gãy tiến hành bơm rửa lấy hết máu tụ, làm sạch các đầu, diện xương gãy, nắn chỉnh các mảnh xương vỡ về vị trí giải phẫu. Để dễ dàng nắn chỉnh có thể mở thêm cửa sổ bên của gân cơ tam đầu ở hai bên tùy theo tổn thương.

Kết hợp xương: Cố định tạm thời ổ gãy bằng các đinh Kirschner. Kiểm tra dưới C -arm kết quả nắn chỉnh, kết xương ổ gãy bằng hai nẹp khóa ở 2 cột trụ phía trong và phía ngoài, khối liên lồi cầu có thể cố định bằng vít xoắn hoặc đinh Kirschner. Kiểm tra lại kết quả kết xương bằng C-arm.



Hình 2. Kết xương đầu dưới bằng 02 nẹp khóa mắt xích (BN Cao Minh T, 22 tuổi, Mã số: 25772021)

Thì 3: Khâu phục hồi cơ tam đầu, cầm máu và đóng vết mổ.



Hình 3: Khâu phục hồi cơ tam đầu (BN Le Thi Lan A, 20 tuổi, Mã số: 25908987)

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng.

Phân loại gãy xương theo AO.

Kết quả gần: Tình trạng liền vết mổ, kết quả nắn chỉnh ổ gãy dựa trên phim Xquang.

Kết quả xa: Đánh giá tình trạng liền xương trên X-quang. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo tiêu chuẩn của Morrey.

2.4. Phân tích số liệu

Xử lý bằng SPSS, phân tích mô tả và mối liên quan giữa yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,8 \pm 15,9$ (trẻ tuổi nhất là 18 tuổi, cao tuổi nhất là 69 tuổi), đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 31 đến 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 51,3%. Có 23 nam (chiếm 59,0%) và 16 nữ (chiếm 41%), tỷ lệ nữ : nam sắp xỉ 1: 1,44.

Phân loại gãy đầu dưới xương cánh tay:

Theo nguyên nhân: Số trường hợp bị gãy do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất 22/39 BN (56,4%), nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ 35,9% và tai nạn lao động có 03/39 BN chiếm 7,7%.

Theo phân loại AO: Tổn thương loại C2 chiếm tỷ lệ phổ biến nhất với 51,3 %, tỷ lệ tổn thương C3 nhỏ nhất với 15,4 %.

Tỷ lệ tay gãy phải: trái là 2: 1.

Tất cả 100% các bệnh nhân đều có triệu chứng đau, mất vận động khớp khuỷu, sưng nề vùng khuỷu và 1/3 dưới cánh tay.

3.2.1. Kết quả gần

Kết quả liền vết mổ: Có 39/39 BN liền vết mổ khi phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 100%, không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn và viêm rò vết mổ.

Kết quả chỉnh trục xương sau mổ: Có 33/39 (84,6%) BN, ổ gãy sau mổ kết xương được đánh giá là vững khi các cột trụ được nắn chỉnh về giải phẫu,

có ít nhất 2 vít bắt vào mỗi cột trụ đoạn ngoại vi, di lệch mặt khớp < 1mm. Có 05/39 (12,8%) BN di lệch ít và 01 BN di lệch nhiều. Có 23/39 (59%) BN đặt 02 nẹp khóa mặt xích, 16/39 (41%) BN đặt 02 nẹp khóa lõi cầu trong và ngoài.

3.2.2. Kết quả xa

Chúng tôi theo dõi, khám lại 39 bệnh nhân sau mổ, thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 24 tháng, thời gian theo dõi trung bình là 18,6 ± 0,6 tháng.

Kết quả về mặt chức năng

Mức độ đau: Đánh giá theo thang điểm đau VAS, có 36/39 BN (92,2%) sau mổ đau nhẹ và đau vừa khớp khuỷu sau mổ, 02/39 (5,2%) BN sau mổ đau nhiều và 01/39 BN bệnh nhân đau rất nhiều kể cả khi nghỉ ngơi, vận động thì đau tăng lên.

Biên độ gấp duỗi khuỷu: Có 34/39 BN gấp duỗi khuỷu ở góc > 100°. Ở góc 50- 100°, có 04/39 BN. Ở góc < 50°, có 01 BN chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,6%.

Biên độ sấp ngửa cẳng tay: Có 33/39 BN có góc sấp ngửa trên 100°, Có 06/39 BN có góc sấp ngửa dưới 100°.

Kết quả về phục hồi hình thể giải phẫu

Về tình trạng sẹo sau mổ, có 28/39 (71,8%) BN có vết mổ sau khi liền mềm mại, 11/39 (28,2%) BN có sẹo lồi sau mổ. Không có trường hợp nào bị sẹo dính co kéo và viêm rờ.

Về liền xương: Tỷ lệ liền xương là 100%, không có trường hợp nào chậm liền hay khớp giả sau mổ.

Kết quả chung theo Morrey

Theo thang điểm Morrey có 33/39 BN được phân loại ở mức tốt và rất tốt, có 05/39 BN được phân loại ở mức trung bình, có 01/39 BN được phân loại ở mức xấu. Điểm Morrey trung bình là 83,6 ± 9,9.

3.2.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Bảng 1. Liên quan giữa kết quả nắn chỉnh và phân nhóm gãy theo AO

Kết quả nắn chỉnh Phân loại theo AO	Hết di lệch		Di lệch ít		Di lệch nhiều		Tổng
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
C1	12	92,3	01	7,7	00	0,0	13
C2	11	55,0	07	35,0	02	10	20
C3	01	16,7	02	33,3	03	50,0	06
Tổng	24	61,5	10	25,6	05	12,8	39
P	p=0,006 < 0,05						

Bảng 2. Liên quan giữa kết quả điều trị chung theo Morrey và phân loại hình thái gãy theo AO

Kết quả chung theo Morrey Phân loại theo AO	Rất tốt		Tốt		Trung bình		Xấu		Tổng
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
C1	12	92,3	1	7,7	0	0	0	0	13
C2	2	10,0	18	90,0	0	0	0	0	20
C3	0	0,0	0	00	5	83,3	1	16,7	6
Tổng	14	35,9	19	48,7	5	12,8	1	2,6	39
P	p=0,000 < 0,05								

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả điều trị chung theo Morrey và kết quả nắn chỉnh

Kết quả chung theo Morrey Kết quả nắn chỉnh	Rất tốt		Tốt		Trung bình		Xấu		Tổng
	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)	
Hết di lệch	12	50,0	11	45,8	1	4,2	0	0,0	24
Di lệch ít	2	20,0	6	60,0	2	20,0	0	0,0	10
Di lệch nhiều	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5
Tổng	14	35,9	19	48,7	5	12,8	1	2,6	39
P	P= 0,01 < 0,05								

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kết quả nắn chỉnh với phân nhóm gãy theo AO, giữa kết quả nắn chỉnh với kết quả điều trị chung theo Morrey, giữa phân nhóm gãy theo AO với kết quả điều trị chung theo Morrey, mối liên quan có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $42,8 \pm 15,9$, đa số là tuổi lao động với số bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 76,9%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình lớn hơn các nghiên cứu khác như Jupiter³, độ tuổi trung bình là 37, M. Baraford là 32.

Chúng tôi thấy rằng gãy kín đầu dưới xương cánh tay ảnh hưởng nhiều đến nhóm trong độ tuổi lao động vì vậy việc điều trị phải nhằm mục đích phục hồi cơ năng vận động tốt của khớp khuỷu để có thể trở về công việc lao động bình thường có ý nghĩa vô vùng quan trọng. Nghiên nhân gãy xương thường là: TNGT, TNSH và TNLD, trong đó TNGT là cao nhất (56,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh¹ 2014 với 55,28% BN do TNGT. Trong khi tác giả Jupiter³ lại cho thấy tỷ lệ 50% là do TNSH, TNGT chiếm 35%. Trong báo cáo nghiên cứu điều trị gãy đầu dưới xương cánh tay loại C ở người lớn của Trung tâm CTCH TP Hồ Chí Minh, trong 425 BN gãy gãy đầu dưới xương cánh tay loại

C thì có tới 225 (54,22%) do TNGT, tuổi từ 16-50 chiếm đa số 284 (68,43%)⁴.

Trên lâm sàng, tất cả 100% các bệnh nhân đều có triệu chứng đau, mất vận động khớp khuỷu, sưng nề vùng khuỷu và phần dưới cánh tay. Biến dạng điển hình vùng khuỷu có 33/39 BN, chiếm tỷ lệ 84,6%. Không có trường hợp nào bị tổn thương thần kinh trụ, thần kinh quay.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng cách phân loại theo AO⁶, tổn thương thuộc loại C2 chiếm tỉ lệ cao nhất (51,3%), sau đó lần lượt là C1 (33,3%) và C3 (15,4%). Điều này có thể do gãy đầu dưới xương cánh tay là một phẫu thuật khó nên các bệnh nhân nặng được chuyển về Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tỷ lệ ở mức C3 tương đương với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh năm 2014. Đối với loại gãy này, để chẩn đoán chính xác mức độ và hình thái ổ gãy, ngoài Xquang chúng tôi thường chụp thêm CT scanner trước mổ, để lên kế hoạch mổ và chuẩn bị phương tiện kết xương phù hợp.

4.2. Kỹ thuật kết xương nẹp khoá đầu dưới xương cánh tay bằng đường mổ phía sau rạch dọc cơ tam đầu và không cắt mỏm khuỷu

100% BN được phẫu thuật kết xương nẹp khoá bằng đường mổ phía sau rạch dọc cơ tam đầu và không cắt mỏm khuỷu.

59% BN dùng 02 nẹp khoá mắt xích, 41% BN dùng 02 nẹp khoá lõi cầu trong và ngoài. Vị trí đặt 2 nẹp theo nguyên tắc đôi nẹp (đối diện hoặc vuông

góc), lựa chọn loại nẹp khóa nào sẽ tùy thuộc vào hình thái ổ gãy và chất lượng xương.

Hầu hết 38/39 BN được nắn chỉnh ổ gãy hết di lệch, di lệch ít và đánh giá vững. Tỷ lệ di lệch thứ phát là 0%. Có 01 BN ổ gãy sau mổ còn di lệch nhiều, độ vững chắc thấp vì ổ gãy nát, mất mảnh xương. Trường hợp này cũng được cố định bổ sung bằng nẹp bột cánh- cẳng tay trong 4-6 tuần. BN được kết xương nẹp khóa với 2 loại là 2 nẹp mắt xích với 23/39 BN và 2 nẹp lõi cầu 16/39 BN.

Kết xương bằng đường mổ này có ưu điểm về mặt kĩ thuật dễ thực hiện, dễ dàng bộc lộ ổ gãy đầu dưới xương cánh tay, gây tổn thương phần mềm ít, bảo tồn được mô nuôi xương và không gây thêm tổn thương xương khác như cắt mỏm khuỷu nên tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp, liền xương thuận lợi và phục hồi chức năng sẽ tốt hơn. Chúng tôi đã thực hiện kĩ thuật này trên 39 BN, không có di lệch thứ phát sau mổ. Đường mổ phía sau rạch dọc cơ tam đầu (không cắt mỏm khuỷu) có nhược điểm là "tầm quan sát bề mặt khớp bị hạn chế", nhưng kết quả nắn chỉnh của nghiên cứu vẫn rất tốt (84,6% hết di lệch). Điều này chứng tỏ với phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nhược điểm này có thể được khắc phục, bảo tồn được mỏm khuỷu mà vẫn đạt hiệu quả nắn chỉnh cao.

4.3. Kết quả điều trị

Kết quả gần

Tất cả các bệnh nhân đều liền da ngay thì đầu, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn nông hay rò mủ kéo dài. Tỷ lệ nhiễm khuẩn của Chen TH, Huang TL và Chiu FY (2004)⁷ là 5%, Đào Đức Hoàng (2005)⁵ là 2,86%, Âm Phối Phu Vòng (2012)⁸ là 7,32%, Nguyễn Khắc Sinh (2007)³ là 5%. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, để hạn chế nhiễm trùng vết mổ ngoài vấn đề vô trùng trong mổ thì cần phải đánh giá chính xác tình trạng phần mềm; nếu tổn thương phần mềm nặng, tay sưng nề nhiều, thiếu dưỡng thì cần đặt nẹp bột tạm thời, chườm lạnh, giảm phù nề và chỉ phẫu thuật khi phần mềm ổn định, vết mổ nên tránh xa các vết xây xát da, đóng vết mổ phải đóng theo lớp, không được để lại các khoảng trống.

Kết quả Xquang sau mổ: 33/39 BN của chúng tôi được nắn chỉnh hết di lệch, chiếm 84,6%, còn 05 BN (12,8%) di lệch ít, có duy nhất 1 trường hợp còn di lệch lớn. Những trường hợp này là gãy đầu dưới xương cánh tay loại C2, C3, gãy rất phức tạp, có nhiều mảnh rời, phải đặt nẹp bột, giữ 4- 6 tuần sau mổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, với những gãy phức tạp loại C2, C3, để nắn chỉnh được ổ gãy như mong muốn, trước hết cần lựa chọn đường mổ hợp lý, mà ở đây chúng tôi cho là đường mổ phía sau không cắt mỏm khuỷu. Đường mổ này rộng rãi cho phép bộc lộ rõ ràng ổ gãy đầu dưới xương cánh tay để đặt lại ổ gãy như mong muốn.

Kết quả xa

Về kết quả sau mổ, có 39/39 BN theo dõi có kết quả liền xương, không có trường hợp nào chậm liền xương hay khớp giả. Trong đó, 33 BN (84,6%) hình thành can xương gọn, đường gãy không còn rõ, thẳng trục ở tư thế thẳng, chúng tôi đánh giá là liền xương tốt, hết di lệch. Chỉ có 5 BN xương di lệch ít (12,8%) và duy nhất 1 trường hợp liền xấu, di lệch lớn, đây là BN gãy xương loại C3 theo phân loại của AO. Kết quả nghiên cứu chúng tôi đánh giá theo thang điểm Morrey cho thấy: Tỷ lệ rất tốt là 35,9%, tốt là 48,7%, trung bình 12,8%, xấu 2,6% kết quả này cũng tương xứng với các kết quả nghiên cứu khác: Huang TL (2004) điều trị 40 BN gãy kín phạm khớp đầu dưới xương cánh tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít cho kết quả 87,5% tốt và rất tốt, trung bình 7,2% và xấu là 5,3%. Theo đánh giá của Vũ Đức Chuyên (2003)² điều trị kết hợp xương nẹp vít 46 bệnh nhân gãy kín LLC xương cánh tay tại Bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng, kết quả tốt và rất tốt 75%, trung bình 8,33%, xấu 16,67%. Theo đánh giá của Đào Đức Hoàng (2005)⁵ kết hợp xương nẹp vít cho 31 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương cánh tay loại C tại bệnh viện Xanh Pôn, kết quả tốt và rất tốt 83,87%, trung bình 12,9%, xấu 2,23%. Âm Phối Phu Vòng (2012)⁸ đánh giá 35 bệnh nhân gãy kín LLC xương cánh tay đã KHX nẹp vít tại bệnh viện 103, kết quả tốt và rất tốt 80%, trung bình 14,28%, xấu 5,72%.

4.4. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê giữa kết quả nắn chỉnh và phân loại hình thái gãy theo phân loại AO với $p=0,006 < 0,05$. Với các trường hợp gãy đơn giản như C1, C2 thì việc nắn chỉnh sẽ thuận lợi và cho kết quả nắn chỉnh tốt hơn (hết di lệch, di lệch ít) chiếm tỉ lệ 93,3%, so với trường hợp gãy phức tạp như C3 thì gãy vụn nát và mất mảnh xương thì khó khăn trong việc nắn chỉnh, đặt lại mảnh xương gãy, phục hồi lại diện khớp, tỉ lệ nắn chỉnh tốt chiếm 50%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, mức độ tổn thương vừa và nhẹ (C1 và C2) thì tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị chung theo Morrey rất tốt và tốt là 84,6% cao hơn so với mức độ tổn thương nặng C3 một cách có ý nghĩa thống kê với $p=0,000 < 0,05$. Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi cũng đánh giá được mối liên quan giữa kết quả nắn chỉnh ổ gãy trong mổ với kết quả điều trị chung theo Morrey, ở nhóm kết quả nắn chỉnh tốt (hết di lệch, di lệch ít) thì kết quả chung theo Morrey có tỉ lệ rất tốt và tốt là 91,2%, trung bình: 8,8%, còn nhóm kết quả nắn chỉnh còn di lệch nhiều thì kết quả chung theo Morrey có tỉ lệ rất tốt và tốt là 40%, trung bình: 40% và xấu là 20%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,01 < 0,05$. Như vậy, có thể thấy rằng việc nắn chỉnh tốt ổ gãy, đặt lại xương ổ gãy về vị trí giải phẫu có tầm quan trọng ảnh hưởng lớn tới kết quả điều trị chung của bệnh nhân.

4.5 Hạn chế nghiên cứu

Cỡ mẫu $N=39$ còn nhỏ; thiết kế nghiên cứu không đối chứng nên độ tin cậy chưa thể so sánh với các nghiên cứu RCT.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương nẹp khoá qua đường mổ phía sau rạch dọc cơ tam đầu điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay nhằm nắn chỉnh phục hồi về hình thể giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật. Tỷ lệ liền vết mổ kì đầu: 100%, liền xương tốt: 100%. Điểm Morrey trung bình là $83,6 \pm 9,9$.

Đối với các loại gãy càng phức tạp (C3) thì kết quả kết xương và kết quả chung theo Morrey thường kém hơn các loại đơn giản hơn (C1, C2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hoàng Anh (2014) *Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay bằng kết hợp xương bên trong tại Bệnh viện 103*. Y học thực hành.
2. Vũ Đức Chuyên (2003) *Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết hợp xương tại Bệnh viện Việt-Tiệp Hải Phòng*. Học viện Quân Y.
3. Nguyễn Khắc Sinh (2007) *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy liên lồi cầu xương cánh tay tại Bệnh viện Việt-Đức*. Trường Đại học Y Hà Nội (2007).
4. Nguyễn Văn Thái, Trần Thanh Mỹ, Bùi Văn Đức (2000) *Điều trị phẫu thuật gãy liên lồi cầu xương cánh tay ở người lớn từ năm 1992-1999*. Hội nghị Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Đào Đức Hoàng (2005) *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín phạm khớp đầu dưới xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết xương nẹp vít tại Bệnh viện Saint-Paul Hà Nội*. Học viện Quân Y, (2005).
6. Muller ME et al (1990) "Humerus", *The Comprehensive Classification of Fractures of Long Bones*. Springer Berlin Heidelberg: 54-85.
7. Easwood WJ (1937) *The T shaped fractures of the lower end of the humerus*. J.Bone Joint Sur 19: 364-369.
8. Âm Phối Phu Vòng (2012) *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết xương bên trong tại Bệnh viện 103*. Học viện Quân Y.
9. Campell WC (1939) *Operative Orthopaedics*. St.Louis, 1939.
10. Nauth A, McKee MD, Ristevski B, Hall J Schemitsch EH (2011) *Distal humeral fractures in adults*. J Bone Joint Surg Am 93(7): 686-700.