

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đòn là một gãy xương thường gặp, chiếm khoảng 2,5% - 5% trong tổng số gãy xương nói chung và khoảng từ 10% - 15% trong tổng số gãy xương chi trên.

Trước đây gãy xương đòn tại Bệnh viện chủ yếu là điều trị bảo tồn, tuy nhiên những nghiên cứu gần đây cho thấy nguy cơ khớp giả, can lệch, chặm liền xương chiếm tỉ lệ khá cao với phương pháp điều trị này. Chỉ định điều trị phẫu thuật kết hợp xương bên trong ngày càng được mở rộng. Ở Việt Nam hiện đang áp dụng các phương pháp kết hợp xương đòn chủ yếu gồm: Kết hợp xương bằng đặt nẹp vít, đóng đinh nội tủy, đinh RUSH. Bệnh viện Việt Đức và các Bệnh viện Miền Bắc thường sử dụng phương pháp đặt nẹp vít xương đòn và đóng đinh nội tủy.

Tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên trước đây thường áp dụng chủ yếu là điều trị bảo tồn nhưng thường thất bại hoặc tạo khớp giả, can lệch, chặm liền xương; sau đó phương pháp đóng đinh nội tủy ngược dòng kết hợp buộc chỉ thép hoặc chỉ vicryl được áp dụng tuy nhiên phương pháp này cũng hay để lại kết quả không mong muốn như tụt đinh hoặc nhiễm trùng đầu đinh. Gần đây do kỹ thuật phát triển phương pháp kết hợp xương đòn bằng nẹp vít và đặc biệt là vít khoá cho kết quả điều trị gần như thành công tuyệt đối. Để nhằm đánh giá, phân tích, rút kinh nghiệm, lựa chọn các phương pháp điều trị hiệu quả chúng tôi chọn đề tài : **“Đánh giá kết quả điều trị gãy xương đòn bằng nẹp vít khoá tại khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa Huyện Vị Xuyên”** nhằm 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy xương đòn;

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương đòn bằng nẹp vít tại Bệnh viện đa khoa Huyện Vị Xuyên.

CHƯƠNG I

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu học:

Xương đòn là một xương dài, tạo nên phần trước của đai vai. Thân xương dẹt, cong hình chữ S. Phía ngoài khớp với mỏm cùng vai, phía trong khớp với xương ức. Điểm yếu của xương đòn là ở chỗ nối giữa 1/3 ngoài và 1/3 trong thân xương. Ở đầu ngoài, xương đòn nối với xương vai qua khớp cùng đòn, dây chằng cùng đòn, dây chằng quạ đòn và dây chằng cùng quạ. Dây chằng cùng đòn nằm trên bao khớp cùng đòn, tăng cường thêm độ vững cho bao khớp, bám vào mặt trong của mỏm cùng vai và xương đòn ở vị trí 6mm tính từ khớp cùng đòn. Dây chằng quạ đòn gồm có 2 bó (Trapezoid, conoid), xuất phát từ nền mỏm quạ xương vai và bám vào mặt dưới xương đòn, dây chằng trapezoid nằm ở phía ngoài, bám vào mặt dưới xương đòn cách khớp cùng đòn khoảng 2cm, dây chằng quạ đòn bám vào mặt dưới xương đòn, cách khớp cùng đòn 4mm.

Khoảng cách bình thường giữa mặt dưới xương đòn và mỏm quạ (khoảng quạ - đòn) là 1,1- 1,3cm. Ở đầu trong xương đòn khớp với xương ức qua khớp ức đòn. Khớp ức đòn là một khớp hoạt dịch và được cố định bởi các dây chằng ức đòn trước, ức đòn sau, sườn đòn và liên xương đòn.

Ngoài ra xương đòn cũng là nơi bám của một số cơ vùng vai như: Cơ ức đòn chũm, bó trước cơ Delta và cơ thang, do vậy tùy theo vị trí gãy xương, sự co kéo của các cơ tạo ra các lực biến dạng khác nhau.

1.2. Đặc điểm của gãy xương đòn

Gãy xương đòn xảy ra ở mọi lứa tuổi hay gặp nhất là ở lứa tuổi thanh niên, nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, tai nạn sinh hoạt và do bệnh lý. Tỷ lệ gãy xương đòn trong chấn thương theo các tác giả có

khác nhau nhưng nhìn chung có tính phổ biến: Tác giả Thái Văn Dy gặp 2,5% trong gãy xương chi trên, Chen và cộng sự gặp 4,36% kể cả gãy xương đòn bệnh lý.

1.3. Cơ chế chấn thương

Chấn thương trực tiếp hay gián tiếp đều gây ra gãy xương đòn ở các mức khác nhau. Allman chia gãy xương đòn ra 3 nhóm cơ chế chấn thương khác nhau:

- Nhóm I: Là gãy 1/3 giữa xương đòn do ngã chống tay hoặc ngã đập khớp vai xuống đất.

- Nhóm II: Là gãy xương đòn 1/3 ngoài và đứt gân chằng quạ đòn do lực đánh vào khớp vai làm cho xương cánh tay và xương bả vai bị kéo mạnh xuống.

- Nhóm III: Là gãy 1/3 trong xương đòn là do lực đánh trực tiếp vào góc ức đòn.

1.4. Tính chất và thời gian liền xương

Theo Wastson Johnes, xương đòn rất dễ liền, ngay cả khi 2 đầu gãy di lệch, nhất là đôi với trẻ em. Hầu hết các ổ gãy đều liền trong khoảng 3 tuần với phương pháp điều trị đơn giản nhất. Thái Văn Dy gặp 1 số trường hợp gãy xương đòn ở trẻ em có di lệch chùng nhưng sau 3 tuần đã liền xương sau hơn 1 năm thì không thấy biến dạng gì ở vai.

Tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên từ năm 2021 đến năm 2022 cũng ghi nhận 02 bệnh nhi gãy xương đòn di lệch chùng nhau, điều trị bảo tồn bằng đai số 8 sau 4 tuần liền xương và sau 1 năm không còn thấy biến dạng.

Khi điều trị gãy xương đòn bằng phương pháp cố định ổ gãy kiểu đai số tám thời gian liền xương từ 4- 8 tuần.

1.5. Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền xương

1.5.1. Giãn cách hai đầu ổ gãy

Do giãn đoạn màng xương, tổ chức xơ phát triển tại ổ gãy thường gặp trong kéo liên tục hoặc mất xương.

1.5.2. Nén ép

Nén ép vừa phải kích thích liền xương tuy nhiên nếu nén ép quá mạnh gây nên tình trạng gãy vi thể, vỡ mạch nhỏ gây hoại tử xương ảnh hưởng đến quá trình liền xương.

1.5.3. Bất động không tốt

Làm di động ổ gãy gây nên tình trạng đứt hệ thống mạch tái sinh, tạo điều kiện cho sụn phát triển gây nên hậu quả chậm liền xương và khớp giả.

1.5.4. Do phẫu thuật

Lấy sạch cục máu đông, bóc tách màng xương nhiều, đóng màng xương không tốt gây cản trở không nhỏ đến quá trình liền xương.

1.5.5. Do nhiễm khuẩn

Do vô trùng không tốt trong mổ, chăm sóc và điều trị không phù hợp gây nhiễm trùng ảnh hưởng tới thời gian điều trị và gây nên nhiều biến chứng khác.

1.5.6. Do phương tiện kết hợp xương, Dụng cụ kết hợp xương, sự thành thạo trong kỹ thuật kết hợp xương của phẫu thuật viên

1.5.7. Do tập vận động sau mổ

Tập vận động sớm giúp máu lưu thông tốt. Nếu không có chương trình tập vận động ngay sau mổ ảnh hưởng đến quá trình liền xương và phục hồi cơ năng chi thể.

1.6. Biến chứng sau gãy xương đòn

Gãy xương đòn thường ít gây biến chứng nặng nề, hay gặp là biến chứng về thẩm mỹ như xương liền gập góc, ngắn xương đòn, sẹo xấu, biến chứng chậm liền xương, khớp giả, tê liệt đám rối thần kinh cánh tay, can xương phì đại chèn ép, căng giãn quá mức do chấn thương...

1.7. Tình hình nghiên cứu gãy xương đòn tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên nói riêng và ở Việt nam nói chung

Trong nước: tác giả Thái Văn Di đề cập đến vấn đề chẩn đoán và điều trị gãy xương đòn, một số đánh giá điều trị khớp giả của nhiều tác giả.

Tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên trong những năm gần đây việc chẩn đoán điều trị gãy xương đòn được quan tâm đặc biệt. Tuy nhiên các nghiên cứu chẩn đoán điều trị chưa nhiều. Chỉ duy nhất chỉ có một nghiên cứu đánh giá của Bác sĩ Bùi Văn Toán từ năm 2018 đến 2020. Trong 3 năm chỉ có 25 bệnh nhân bị gãy xương đòn chiếm 1,7% trong tất cả các trường hợp gãy xương do chấn thương, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác.

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. Mẫu và đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương đòn và điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Huyện Vị Xuyên từ tháng 1/2021 đến tháng 09/2022.

Thông tin hồi cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án và phần mềm quản lý tại Phòng Kế hoạch bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Nghiên cứu hồi cứu từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2021.
- Nghiên cứu tiến cứu từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 09 năm 2022.

2.2. Các bước tiến hành

2.2.1. Quy trình điều trị gãy xương đòn thực hiện tại Bệnh viện

*** Chẩn đoán :**

a. Lâm sàng: Có triệu chứng của gãy xương. Cần lưu ý các tổn thương mạch máu, thần kinh, đám rối thần kinh cánh tay, tràn khí, tràn máu màng phổi

b. X quang:

+ Chụp phim ngực : Để phát hiện tràn máu- khí màng phổi, gãy xương sườn. Một vài tác giả khuyên chụp phim cột sống để loại trừ gãy xương sườn I.

+ Xương đòn :

Phim thẳng với đầu đòn nghiêng 45 độ. Tác giả Rowe đề nghị phim nên lấy cả đầu trên xương cánh tay, xương vai và vùng phổi trên

Đối với gãy đầu ngoài xương đòn, Tác giả Neer đề nghị chụp thêm tư thế 2 bên tay xách nặng 10 pound, nghiêng trước, nghiêng sau 45 độ để đánh giá mức độ di lệch

Một số trường hợp có thể khảo sát bằng CT scan, đặt biệt là gãy ở đầu trong xương đòn

c. Phân loại: Chưa có một hệ thống phân loại gãy xương đòn nào được chấp nhận rộng rãi.

Phân loại Thomson: Dựa trên vị trí ổ gãy, di lệch và các biến chứng thần kinh mạch máu

Type I : Tổn thương khớp cùng đòn

Type II : Gãy 1/3 ngoài xương đòn

Type III: Gãy 1/3 giữa xương đòn

Type IV: Gãy 1/3 trong xương đòn

A : Di lệch không hoàn toàn

B : Di lệch hoàn toàn, có/hay không có mảnh rời

C : Tổn thương mạch máu thần kinh

Thomson đặc biệt lưu ý loại gãy IIIB, có nguy cơ khớp giả cao nếu điều trị bảo tồn vì thường có cơ thang chèn giữa ổ gãy.

Phân loại ATO:

15A, 15B, 15C

15B1, 15B2, 15B3

Phân loại Robinson: Gãy xương đòn được phân thành type 2A (xương gãy thẳng trục), 2B (di lệch) và 2A1 (không di lệch), 2A2 (gập góc), 2B1 (có mảnh rời nhỏ), 2B2 (gãy 2 ổ, hoặc nhiều mảnh)

2.2.2. Điều trị :

Điều trị gãy xương đòn đã được thực hiện từ thời Hippocrate. Tuy nhiên, trường hợp gãy xương đòn do thể thao đầu tiên được báo cáo vào năm 1702 sau cái chết của William III vì gãy xương đòn và vỡ túi giả phình động mạch dưới đòn. Nói chung, hiện nay có 2 phương pháp chính để điều trị gãy xương đòn là điều trị bảo tồn và điều trị bằng phẫu thuật.

a. Điều trị bảo tồn:

Mục tiêu của điều trị gãy xương đòn là phục hồi lại chức năng của khớp vai như trước khi bị gãy xương.

Chỉ định: Gãy xương đòn không di lệch hay di lệch ít (dưới 15mm)

Kỹ thuật: Có rất nhiều kỹ thuật điều trị bảo tồn gãy xương đòn nhưng 2 phương pháp thường được sử dụng nhất hiện nay là bất động tư thế cơ năng (sling) và băng số 8 (Figure-8-bandage)

Điều trị bằng bất động tư thế cơ năng làm bệnh nhân dễ chịu hơn là băng số 8, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỉ lệ liền xương và cả 2 phương pháp đều không cố định được ổ gãy sau khi đã nắn chỉnh.

Bệnh nhân cần được bất động từ 2- 6 tuần. Sau 2-4 tuần bệnh nhân có thể vận động nhẹ khớp vai nhưng không nên đưa tay quá đầu. Các hoạt động nâng tay cao quá đầu, chơi thể thao, lao động nặng chỉ được thực hiện khi đã có dấu hiệu liền xương trên lâm sàng và X quang

Tác giả Lubbert và cộng sự đã nghiên cứu vai trò của siêu âm xung thấp trong việc làm liền xương ở 101 bệnh nhân gãy xương đòn và nhận thấy rằng siêu âm không có vai trò trong việc làm tăng tỉ lệ liền xương

b. Điều trị phẫu thuật:

+ **Chỉ định:**

- Theo đặc điểm của gãy xương:

Di lệch > 2cm

Chồng ngấn > 2cm

Gãy nhiều mảnh

Gãy nhiều tầng

Gãy hở

Đe dọa tổn thương da

Khám thấy xương bả vai sai vị trí hay lật ra

- Các tổn thương phối hợp:

Tổn thương mạch máu cần khâu nối

Giảm chức năng thần kinh tiến triển

Có gãy xương hay tổn thương chi trên cùng bên

Gãy nhiều xương sườn lân cận

Gãy 2 xương đòn

- Các yếu tố bệnh nhân:

Đa chấn thương cần vận động sớm chi trên

Bệnh nhân mong muốn sớm có lại chức năng chi

Tác giả Davies nghiên cứu hồi cứu 56 bn điều trị gãy xương đòn bảo tồn với thời gian theo dõi 1-2 năm, đánh giá khả năng lao động và sinh hoạt, nhận thấy 22/56 bn giảm cơ năng khớp vai và đề nghị nên điều trị phẫu thuật để cải thiện kết quả điều trị

Tác giả Nowak và cộng sự đánh giá kết quả điều trị bảo tồn 208 Bệnh nhân gãy xương đòn với thời gian theo dõi 9-10 năm, cho thấy tỉ lệ khớp giả là 15% trong các trường hợp gãy di lệch hoàn toàn và cho rằng cần xem xét chỉ định điều trị ngoại khoa các trường hợp gãy xương đòn di lệch.

Trong một nghiên cứu kết quả điều trị 2144 trường hợp gãy xương đòn từ 1975 đến 2005 các tác giả nhận thấy tỉ lệ khớp giả là 15,1% với điều trị bảo tồn và từ 2-2,2% nếu điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít hoặc đinh nội tủy. Từ kết quả nghiên cứu này, các tác giả đề xuất chỉ định kết hợp xương cho các gãy xương đòn di lệch, tuy nhiên phải xem xét lại, bởi hầu hết các nghiên cứu này đều có mức tin cậy III hoặc IV

Các đánh giá tiên lượng dựa trên bệnh nhân còn thiếu về khả năng chịu đựng cũng như là sức mạnh của khớp vai sau điều trị bảo tồn gãy xương đòn di lệch. Lenza trên cơ sở tổng hợp các dữ liệu điều trị bảo tồn và phẫu thuật gãy xương đòn di lệch và cho rằng cần phải có thêm nhiều nghiên cứu có độ tin cậy mức I trước khi có khuyến cáo về điều trị bảo tồn hay phẫu thuật các gãy xương đòn di lệch.

+ Kỹ thuật:

Đặt nẹp ở vị trí trước trên (trên mặt căng của xương) tạo ra sự vững chắc sinh cơ học hơn ở những nơi khác, tuy nhiên đặt nẹp ở vị trí trước dưới cũng thành công về mặt lâm sàng. Các thuận lợi khi đặt nẹp trước dưới là ít có khả năng gây tổn thương phổi, màng phổi, bó mạch dưới đòn khi bắt vít và về lý thuyết cách đặt nẹp này ít gây ra biến chứng. Đặt nẹp ở vị trí trước dưới cũng có một số bất tiện. Đó là cần phải bóc tách thêm mô mềm và khó tạo hình nẹp hơn, dù nẹp tạo hình trước cho từng vị trí gãy đã có sẵn





Sử dụng nẹp Titan hoặc nẹp có độ cứng tương tự với 3 lỗ cho mỗi đầu gãy là lý tưởng nhất. Các nẹp bán ống (semitubular), nẹp mỏng thường không đủ vững và không nên sử dụng. Nẹp dẻo (Reconstruction plates) dễ tạo hình thích hợp với xương đòn hơn cũng đã được sử dụng thành công nhưng cũng có nhiều thất bại đã được báo cáo.

Một nghiên cứu điều trị 64 Người bệnh gãy xương đòn, già trên 60 tuổi bằng nẹp truyền thống và nẹp khóa, cho thấy tỉ lệ 3,4% bị khớp giả cho nẹp truyền thống, có 4 trường hợp điều trị bằng nẹp khóa cho kết quả tốt.

Sau khi kết hợp xương bằng nẹp vít đủ vững, người bệnh có thể vận động khớp vai sớm hơn, ngoại trừ động tác đưa tay quá đầu trong 4 - 6 tuần sau mổ cho đến khi có dấu hiệu liền xương trên X- quang

- Chăm sóc, điều trị hậu phẫu:
 - + Kháng sinh, thay băng vết mổ.
 - + Rút dẫn lưu sau 24 – 48h.
 - + Chụp X-Quang kiểm tra sau mổ.
 - + Hướng dẫn tập vận động.
- Tiêu chuẩn xuất viện.

+ Không sốt

+ Vết mổ khô, liền sẹo tốt

+ Trên phim chụp X-Quang có kết quả nắn chỉnh tốt về mặt giải phẫu.

+ Cắt chỉ trước khi ra viện.

- Tư vấn chăm sóc tại nhà và tập phục hồi chức năng, hẹn khám lại định kỳ sau 1 tháng, hai tháng và ba tháng. Xương liền tốt có thể lấy dụng cụ kết hợp xương từ đủ 12 tháng.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

* Đặc điểm dịch tễ: giới, tuổi, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, nguyên nhân...

* Đặc điểm lâm sàng: Đau; sưng nề, bầm tím tại chỗ; điểm đau chói và lạo xạo xương gãy; sờ thấy đầu xương gãy gồ dưới da.

* Đặc điểm CLS: Chụp X-Quang tư thế thẳng, chệch.

* Đặc điểm điều trị: Điều trị bảo tồn, điều trị phẫu thuật, Sử dụng kháng sinh trước và sau phẫu thuật.

2.2.4. Xử lý số liệu

Lập bảng thống kê, các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học. Những biến rời rạc xử lý thông thường.

CHƯƠNG III

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung (n=44)

3.1.1. Phân bố theo độ tuổi

Bảng 1: Phân bố theo độ tuổi

Tuổi	50	%
Dưới 40	31	62
41 -50	08	16
- 60	06	12
Trên 60	05	10
Tổng	50	100

Nhận xét: Tuổi gãy xương đòn nhiều nhất dưới 40 chiếm tỷ lệ 62%. Lứa tuổi mắc bệnh ít nhất là trên 60 tuổi chiếm 10%. Qua bảng này cho thấy lứa tuổi lao động hay bị gãy xương đòn nhất.

3.1.2 Phân bố theo giới

Bảng 2 Phân bố theo giới

Giới	N = 50	Tỷ lệ %
Nam	41	82
Nữ	09	18
Tổng	50	100

***Nhận xét:** Giới nam mắc bệnh(82%) nhiều hơn đáng kể so với giới nữ (18%).

3.1.3 Phân bố theo yếu tố nghề nghiệp

Bảng 3 : Phân bố theo độ tuổi.

Nghề nghiệp	Số người mắc	Tỷ lệ %
Cán bộ - viên chức	03	06
Học sinh, sinh viên	04	08
Nghề lao động tự do	41	82
Hưu Trí	02	04
Tổng	50	100

Nhận xét: Phân bố theo yếu tố nghề nghiệp: Bệnh hay gặp ở đối tượng là lao động chân tay, học sinh, sinh viên - những đối tượng hoặc còn trẻ hoặc thiếu kiến thức về an toàn giao thông.

3.1.4 Nguyên nhân

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm nguyên nhân

Nguyên nhân	N = 50	%
Do tai nạn giao thông	38	76
Do sinh hoạt	08	16
Do các nguyên nhân khác	04	08
Tổng	50	100

Nhận xét: Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm 76% tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu của Phạm ngọc Nhữ là 85.4% và của các bệnh viện khác.

- Do tai nạn sinh hoạt ít hơn 16 %
- Tai nạn khác rất ít chủ yếu do bệnh lý chiếm tỷ lệ rất ít.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Vị trí tổn thương:

Bảng 5: Phân vị trí tổn thương:

Vị trí	Số lượng	%
Gãy xương đòn trái	35	70
Gãy xương đòn Phải	14	28
Gãy cả 2 xương đòn	01	02
Tổng	50	100

* **Nhận xét:** Đa số tổn thương thường gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải vì đa số mọi người thuận tay phải nên tay trái dễ bị động hơn trong các tình huống chấn thương.

3.2.2. Vị trí đường gãy

Bảng 6 Vị trí đường gãy

Vị trí	N = 50	%
Gãy 1/3 ngoài	18	36
Gãy 1/3 giữa	32	64
Tổng	50	100

* **Nhận xét:** Gãy 1/3 giữa chiếm tỷ lệ lớn nhất 64%, gãy 1/3 ngoài chiếm 36%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác.

3.2.3 Phân bố theo mức độ di lệch

Bảng 8: Phân bố theo mức độ di lệch

Mức độ di lệch	Số lượng	%
Di lệch > 2m	15	30
Gãy tầng	03	06
Gãy có mảnh rời	45	90

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi Bệnh nhân thường là tổn thương gãy xương đòn có mảnh rời chiếm hầu hết vì các Bệnh nhân gãy xương đòn không có mảnh rời hoặc gãy cành tươi không thuộc đối tượng nghiên cứu

3.2.4. Phân bố theo hình thái tổn thương:

Bảng 9: Phân bố theo hình thái tổn thương:

Hình thái tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Có tổn thương phối hợp	07	14
Không tổn thương phối hợp	43	86

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi Bệnh nhân thường là tổn thương gãy xương đòn không phối hợp với tổn thương chiếm 86%, có tổn thương phối hợp là 14%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng:

3.3.1. Phân bố theo vị trí gãy trên phim Xquang:

Bản 10: Phân bố theo vị trí gãy trên phim Xquang:

Vị trí	N = 50	%
Gãy 1/3 ngoài	18	36
Gãy 1/3 giữa	32	64
Tổng	50	100

* **Nhận xét:** Trên hình ảnh X – Quang hình ảnh Gãy 1/3 giữa chiếm tỷ lệ lớn nhất 64%, gãy 1/3 ngoài chiếm 36%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp kết quả lâm sàng.

Bảng 11 Phân bố theo tính chất ổ gãy trên phim Xquang:

Hình ảnh xương gãy	Số lượng	Tỷ lệ %
Có mảnh rời	45	90
Không có mảnh rời	05	10

Nhận xét: Những trường hợp gãy có mảnh rời chiếm tỷ lệ cao, nguyên nhân là những trường hợp được nghiên cứu là những trường hợp đã có chỉ định mổ, còn một tỷ lệ nhiều bệnh nhân không có mảnh rời đã được điều trị bảo tồn(bó bột).

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật đang được áp dụng

Bảng 12. Tỷ lệ các phương pháp kết hợp xương được ứng dụng

Phương pháp điều trị	n	%
Đinh nội tủy xuôi dòng	0	0
Đinh nội tủy ngược dòng	0	0
Nẹp vít Khoá	50	100
Tổng	50	100

Nhận xét: Tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên áp dụng phương pháp phương pháp kết hợp xương bằng nẹp khóa chiếm 100%.

3.3.2. Tỷ lệ can xương tốt của phương pháp phẫu thuật bằng nẹp khóa

Bảng 13: Mức độ liền xương

Mức độ liền xương	N = 50	%
Can xương tốt	48	96
Can xương chậm	02	04

Nhận xét: Tỷ lệ lành xương tốt 96%, chậm lành xương 04% Mức độ phục hồi giải phẫu (thẳng trục) 100%.

3.3.3 Đánh giá kết quả phục hồi vận động.

Bảng 14: Thời gian vận động trở lại sau mổ

Thời gian	N = 50	%
Dưới 3 tháng	45	90
Từ 3 – 6 tháng	05	10
Trên 6 tháng	00	00

Nhận xét: Phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật có thời gian ngắn hơn nhiều so với các phương pháp khác chiếm tỷ lệ cao 90%. Đánh giá theo thang điểm Constant và Murley.

3.3.4 Đánh giá Mức độ hài lòng.

Bảng 15 Đánh giá Mức độ hài lòng về thẩm mỹ của phương pháp.

Mức độ hài lòng	N = 50	%
Hài lòng hoàn toàn	45	90
Hài lòng một phần	05	10
Không hài lòng	00	00

Nhận xét: Phương pháp phẫu thuật nẹp vít khoá xương đòn đạt yêu cầu về thẩm mỹ là 100%, bệnh nhân hài lòng hoàn toàn 90%, hài lòng một phần 10%. Không có bệnh nhân nào không hài lòng.

CHƯƠNG IV

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Gãy xương đòn là một loại gãy xương hay gặp trong các loại gãy xương được điều trị tại Khoa Ngoại BVĐK Vị Xuyên; bệnh có tỷ lệ gặp ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới. Theo nghiên cứu của các Bệnh viện, tỷ lệ này chênh lệch rất lớn, tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi là 82%.

- Trong nghiên cứu thống kê của chúng tôi tất cả Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật kết hợp xương đòn tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên, bệnh có tỷ lệ gặp ở nam nhiều hơn nữ.

- Gãy xương đòn gặp ở mọi lứa tuổi, nhóm tuổi có tần số mắc cao là lứa tuổi dưới 40 (62%) và từ 41 – 50 tuổi(16%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Ân(gãy xương đòn gặp nhiều ở độ tuổi dưới 40 và giảm dần ở độ tuổi (41-50).

- Về nguyên nhân: có 38/50. trường hợp là do tai nạn giao thông, chiếm 76% do đây là khu vực đông dân, mật độ giao thông lớn. Kết quả này gần với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Đình Vinh, Lê Nghi Thành Nhân.

- Về yếu tố nghề nghiệp: bệnh hay gặp ở đối tượng là lao động chân tay (82%) do địa phận dân cư chủ yếu là đối tượng lao động. Kết quả này cũng gần với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Đình Vinh, Lê Nghi Thành Nhân.

2. Đặc điểm lâm sàng – Cận lâm sàng:

- Đặc điểm lâm sàng thường khá rõ: sưng nề + bầm tím, đau chói, biến dạng vùng xương đòn, hạn chế vận động, chiều dài mỏm cùng vai - ức đòn ngắn hơn bên lành, xệ vai...

- Đặc điểm cận lâm sàng: Vị trí gãy xương thường là 1/3 giữa (64%), còn gãy 1/3 ngoài (36%) thể hiện rất rõ đặc điểm giải phẫu của xương đòn (uốn cong hình chữ S - điểm yếu nhất là chỗ nối 1/3 giữa - 1/3 ngoài).

- Đặc điểm ổ gãy được chúng tôi ghi nhận chủ yếu là gãy phức tạp có mảnh rời (90%), chúng tôi những trường hợp khi có chỉ định mổ thường là những trường hợp gãy phức tạp.

3. Kết quả điều trị khi thực hiện phương pháp phẫu thuật kết hợp xương đòn bằng nẹp khoá:

Tại Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên trong những năm trước đây đã áp dụng nhiều phương pháp điều trị gãy xương đòn đó là: Bó bột, băng số 8 (đối với những ca bệnh gãy cành tươi hoặc di lệch ít, còn đại đa số Bệnh nhân gãy xương đòn có di lệch đều được Bệnh viện phẫu thuật và phương pháp kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ hoặc nẹp thông thường kết hợp buộc chỉ thép hoặc chỉ vicryl tuy nhiên phương pháp này cũng hay để lại kết quả không mong muốn như tụt đinh hoặc nhiễm trùng đầu đinh. Gần đây do kỹ thuật phát triển phương pháp kết hợp xương đòn bằng vít khoá được lựa chọn hàng đầu bởi tính ưu việt của phương pháp chiếm ưu thế so với các phương pháp phẫu thuật khác

Qua nghiên cứu thống kê cho thấy phương pháp kết hợp xương đòn bằng vít khoá Tỷ lệ lành xương tốt 96%, chậm lành xương 04% Mức độ phục hồi giải phẫu (thẳng trục) 100%. Các yếu tố ảnh hưởng đến lành xương như kiểu gãy, đường gãy, kiểu di lệch hay liên quan với di lệch còn lại sau điều trị, không có liên quan có ý nghĩa thống kê, có thể cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn. Sự phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật có thời gian ngắn hơn nhiều so với các phương pháp khác chiếm tỷ lệ cao 90%. Đánh giá theo thang điểm Constant và Murley. Phương pháp phẫu thuật nẹp vít

khoá xương đòn đạt yêu cầu về thẩm mỹ là 100%, bệnh nhân hài lòng hoàn toàn 90%, hài lòng một phần 10%. Không có bệnh nhân nào không hài lòng.

Các biến chứng trong điều trị kết hợp xương đòn thường không có biến chứng nặng nề, chủ yếu là những biến chứng nhẹ hoặc biến chứng xa: như can phi đại can lệch, khớp giả, nhiễm trùng, lồi đinh ra ngoài, gây ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như một số tác giả khác cho thấy phương pháp kết hợp xương đòn bằng nẹp khoá đã hạn chế tối đa các biến chứng thường gặp như trên. Kết quả các trường hợp tái khám sau phẫu thuật đều cho kết quả tốt.

CHƯƠNG V

KẾT LUẬN

Gãy xương đòn là tổn thương làm mất cơ năng, giải phẫu sinh lý của xương gãy ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động, sinh hoạt của bệnh nhân. Các phương pháp điều trị gãy xương đòn đều nhằm phục hồi trạng thái ban đầu cho người bệnh.

- Gãy xương đòn gặp ở mọi lứa tuổi nhưng nhiều nhất là lứa tuổi từ 20 đến 35 tuổi. Chủ yếu là do tai nạn giao thông; gặp ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới. Chủ yếu gặp ở vùng nông thôn, và nông dân bị nhiều hơn cán bộ công chức viên chức.

- Đặc điểm lâm sàng thường khá rõ: sưng nề + bầm tím, đau chói, biến dạng vùng xương đòn, hạn chế vận động, chiều dài móm cùng vai - ức đòn ngắn hơn bên lành, xệ vai...

- Tại Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên trong những năm trước đây đã áp dụng nhiều phương pháp điều trị gãy xương đòn đó là: Bó bột, băng số 8 (đối với những ca bệnh gãy cành tươi hoặc di lệch ít, còn đại đa số Bệnh nhân gãy xương đòn có di lệch đều được Bệnh viện phẫu thuật và phương pháp kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ hoặc nẹp thông thường kết hợp buộc chỉ thép hoặc chỉ vicryl tuy nhiên phương pháp này cũng hay để lại kết quả không mong muốn như tụt đinh hoặc nhiễm trùng đầu đinh. Gần đây do kỹ thuật phát triển phương pháp kết hợp xương đòn bằng nẹp vít và đặc

biệt là vít khoá nội tủy nẹp vít khoá được lựa chọn hàng đầu bởi tính ưu việt của phương pháp chiếm ưu thế so với các phương pháp phẫu thuật khác. Qua nghiên cứu thống kê cho thấy phương pháp kết hợp xương đòn bằng vít khoá Tỷ lệ lành xương tốt 96%, chậm lành xương 04% Mức độ phục hồi giải phẫu (thẳng trục) 100%. Các yếu tố ảnh hưởng đến lành xương như kiểu gãy, đường gãy, kiểu di lệch hay liên quan với di lệch còn lại sau điều trị, không có liên quan có ý nghĩa thống kê, có thể cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn. Sự phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật có thời gian ngắn hơn nhiều so với các phương pháp khác chiếm tỷ lệ cao 90%. Đánh giá theo thang điểm Constant và Murley. Phương pháp phẫu thuật nẹp vít khoá xương đòn đạt yêu cầu về thẩm mỹ là 100%, bệnh nhân hài lòng hoàn toàn 90%, hài lòng một phần 10%. Không có bệnh nhân nào không hài lòng.

CHƯƠNG VI

KIẾN NGHỊ

1. Qua nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra phương pháp kết hợp xương đòn bằng nẹp vít khoá mang tính ưu việt chiếm ưu thế so hơn với các phương pháp điều trị gãy xương đòn khác cụ thể như: Về mặt thẩm mỹ, nắn chỉnh tốt nhất về mặt giải phẫu, can xương vững và ít tai biến, biến chứng. Chính vì vậy nhóm nghiên cứu của chúng tôi đề xuất với Ban Giám Đốc đưa phương pháp kết hợp xương đòn bằng nẹp vít khoá vào áp dụng tại Bệnh viện đa khoa Huyện Vị Xuyên.

2. Khả năng điều trị gãy xương đòn nói riêng, các phẫu thuật ngoại chấn thương nói chung tại khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên là rất tốt. Tuy nhiên chưa được các tầng lớp nhân dân biết đến một cách rộng rãi; vì vậy nhằm giảm thiểu tổn kém về kinh tế cho người dân khi phải đến các tuyến trên điều trị đặc biệt là các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân chúng tôi kiến nghị cần quan tâm đến công tác tuyên truyền rộng rãi về khả năng điều trị Ngoại chấn thương nói riêng, các chuyên khoa khác nói chung đến mọi tầng lớp nhân dân giúp họ có cái nhìn khách quan về Bệnh viện Vị Xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn. Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học; Trang 206 – 2012.
2. Nguyễn Đức Phúc, Phùng Ngọc Hòa, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản Y học. Trang 240 – 242.
3. Phạm Ngọc Nhữ(1994) Nhận xét qua 151 bệnh nhân điều trị gãy xương đòn bằng phương pháp kết hợp xương bên trong. Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện quân y.
4. Thái Văn Dy (1977), Bài giảng đại cương chấn thương chỉnh hình Học viện Quân y, tr 1 – 22.
5. Bệnh học ngoại khoa chấn thương chỉnh hình, Đại học Y Hà Nội của GS TS Nguyễn Đức Phúc.
6. Đỗ Xuân Hợp (1981) Giải phẫu chức năng và ứng dụng chi trên và chi dưới. Nhà xuất bản Y học.
7. Ths Bs Phạm Ngọc Ân, Đánh giá tình hình KHX xương đòn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng nam.
8. Thống kê nghiên cứu của Ngarmukosc; SiebenmaRP về nghiên cứu đóng đinh nội tủy xương đòn bằng đinh RUSH.