

tăng gấp 3 lần (bảng 4) [3]. Trong nghiên cứu này: giá trị PPV giữa 02 nhóm có vẻ không chênh nhau nhiều (93,25 vs. 94,9), nhưng tỷ lệ khả dĩ dương có những khác biệt nhất định (nhóm nghiên cứu chung: 3 vs. 4,04 nhóm trẻ < 15 tuổi) (bảng 2 và bảng 3). Tuy nhiên khác biệt này do nhóm nghiên cứu chọn giá trị “cut-off”  $IG\% > 0,4$  so với nhóm nghiên cứu của Christina, đã chọn giá trị  $IG\% 1,3$  làm “cut-off” và cung cấp độ nhạy và độ đặc hiệu đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (bảng 4). Ngoài ra, đặc tính “nhóm bệnh nhân sơ sinh” trong nghiên cứu của tác giả Christina hay “nhóm bệnh nhân nhập viện” trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Trúc Lệ và cộng sự có vẻ chưa tương đồng với đối tượng “khám bệnh tổng quát” trong nghiên cứu này. Các nghiên cứu về tỷ lệ  $IG\%$  tại Việt Nam từ 2010 đến nay chưa có nhiều, nên gây nhiều khó khăn và bất cập cho chúng tôi, khi tìm tài liệu để so sánh và bàn luận.

Nhóm nghiên cứu kiến nghị cần có những nghiên cứu sâu hơn về mặt thời gian, về độ tương đồng với các xét nghiệm chỉ điểm nhiễm khuẩn khác; với cỡ mẫu lớn hơn cùng biểu đồ Fagan-đúng yêu cầu về thống kê y sinh (biostatistics)-để có cơ sở so sánh cụ thể về khác biệt  $IG\%$  giữa người Việt Nam và người dân nước khác.

#### KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: với tỷ lệ nhóm  $IG\% > 0,4$  chiếm 87,5% trong nhóm khách hàng khám tổng quát là con số đáng lưu tâm đối với các bác sỹ làm công tác khám sàng lọc bệnh. Chỉ số  $IG\%$  của tế bào bạch cầu hạt chưa trưởng thành (IG) trong máu ngoại vi ở người đến khám tổng quát tại Khoa sinh học lâm sàng, Viện Pasteur TP.HCM khi so sánh và đối chiếu với hội chứng nhiễm trùng, tình trạng nhiễm HIV

hoặc so sánh giữa các độ tuổi và giới tính cho thấy ý nghĩa trong phác đồ tư vấn-chẩn đoán đối với người “khám tổng quát” tại các đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu. Nghiên cứu cũng cung cấp 04 thông số dịch tễ học liên quan đến tỷ lệ  $IG\%$  là: độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên lượng dương (PPV) và tỷ số khả dĩ dương tính (LR+) của tế bào hạt chưa trưởng thành (IG) trên 02 nhóm đối tượng: dân số chung và dân số trẻ em < 15 tuổi. Với PPV là 93,25 (nhóm chung) và 94,9 (trẻ < 15t); LR+ là 3 (nhóm chung) và 4,04 (nhóm trẻ < 15t) cho thấy tỷ lệ  $IG\%$  rất đáng và cần được bình giải, xem xét trước bất cứ trường hợp “khám tổng quát” nào mà các đơn vị y tế gặp phải.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Axel Nierhaus et al (2013). *Revisiting the white blood cell count: immature granulocytes count as a diagnostic marker to discriminate between SIRS and sepsis - a prospective, observational study*. BMC Immunology 2013, 14:8.

2. B.C MacQueen et al (2016). *Comparing automated vs manual leukocyte differential counts for quantifying the ‘left shift’ in the blood of neonates*. *Journal of Perinatology* volume 36, pages 843–848 (2016); published 9 Jun 2016.

3. Christina Cimenti et al (2013). *The role of immature granulocyte counts and immature myeloid informations in diagnosis*. *Open access peer-reviewed (OAPR)*. January 29th 2012; Reviewed: October 19th 2012; Published: April 30th 2013. DOI: 10.5772/54531.

4. Nguyễn Thị Trúc Lệ (2019). *Khảo sát số lượng tế bào IG máu ngoại vi ở người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Long An*. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Phụ Bản Tập 23 \* Số 6 \* 2019.

## ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ KẾT QUẢ SỚM NGAY SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

LÔ QUANG NHẬT, HOÀNG MINH NAM  
Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

---

Chịu trách nhiệm: Lô Quang Nhật  
Email: nhatdhyk2007@gmail.com  
Ngày nhận: 27/10/2020  
Ngày phản biện: 26/11/2020  
Ngày duyệt bài: 09/12/2020

**TÓM TẮT**  
Mục tiêu Đánh giá một số kết quả sớm ngay sau ghép thận từ người cho sống.  
Đối tượng tất cả bệnh nhân được ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương

Thái Nguyên.

*Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, chọn cỡ mẫu thuận tiện; *Cách thức lấy mẫu:* Hồi cứu 2015-2019; Thời gian nghiên cứu từ 1-2020 đến tháng 10-2020.

*Kết quả:* 17 bệnh nhân nam; 10 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình  $32,5 \pm 7,4$ ; 18 bệnh nhân có 1 động mạch, 8 bệnh nhân có 2 động mạch, 2 bệnh nhân có 2 tĩnh mạch; tạo hình động mạch trước nối ghép 7 bệnh nhân, khâu nối động mạch thận với động mạch chậu trong 22 bệnh nhân. RI của động mạch sau ghép thận trung bình là 0,66.

*Kết luận:* Phẫu thuật ghép thận ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là an toàn, các biến chứng xảy ra đều xử trí được không nguy hiểm.

**Từ khóa:** mạch máu thận, ghép thận

#### SUMMARY

EVALUATION OF SOME EARLY RESULTS AFTER RENAL TRANSPLANTATION AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

*Objective:* Describe some characteristics of the blood vessels and the technique of connecting the blood vessels of the kidneys from living donors at Thai Nguyen Central Hospital and evaluate some early surgical results immediately after a donor kidney transplant.

*Methods:* All patients receiving kidney transplants from living donors at Thai Nguyen Central Hospital. This is a descriptive study, choose a convenient sample; from 2015 to October 2020.

*Results:* 17 males; 10 females. Mean age was  $32.5 \pm 7.4$ ; 18 patients had 1 renal artery, 8 patients had 2 renal arteries, 2 patients had 2 renal veins; 7 patients had had arterioplasty before kidney transplant. Renal arterial anastomosis with the internal iliac artery in 22 patients, renal arterial anastomosis with external iliac artery in 5 patients. The mean RI after kidney transplantation was  $0.66 \pm 0,08$ .

*Conclusion:* Kidney transplant surgery in Thai Nguyen Central Hospital is feasible and safe

**Keywords:** renal vessels, renal transplantation

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tiến hành bệnh nhân ghép thận đầu tiên vào 2015, đến năm 2019 đã tiến hành ghép được 25 cặp. Tuy nhiên khi tiến hành khâu nối mạch thận có những thuận lợi và khó khăn nhất định. Nhằm đánh giá khó khăn thuận lợi khi tiến hành kỹ thuật khâu nối rút kinh nghiệm trong phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu sau:

Đánh giá một số kết quả phẫu thuật sớm ngay sau ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng

Bệnh nhân được ghép thận tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân được ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân được ghép thận ở cơ sở khác chuyển đến

##### 2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả, chọn cỡ mẫu thuận tiện; Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2020

Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Cá chỉ số và biến số

Tuổi: Tính theo năm, các nhóm tuổi: từ 20 đến < 40 tuổi, từ ≥ 40 đến < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi [13]. Giới: nam và nữ, tính tỷ lệ % theo giới. Mỗi quan hệ giữa người hiến và người nhận thận: Quan hệ huyết thống: giữa người cho và người nhận có mối quan hệ là bố, mẹ ruột cho con, con ruột cho bố mẹ hoặc anh chị em ruột cho nhau; quan hệ khác huyết thống.

Đánh giá mạch trên phim cắt lớp vi tính: Số lượng động mạch, số lượng tĩnh mạch, chiều dài động mạch và tĩnh mạch, đường kính (mm)

Đánh giá mạch trong khi phẫu thuật Số lượng động mạch, số lượng tĩnh mạch, chiều dài động mạch và tĩnh mạch

Cách thức tạo hình động mạch trước khi khâu nối

Khâu nối động mạch chính với động mạch phụ kiểu nòng súng

Khâu động mạch phụ với động mạch chậu ngoài

Vị trí khâu nối động mạch thận

Khâu nối động mạch thận với động mạch chậu trong miệng nối tận- tận

Khâu nối động mạch thận với động mạch chậu ngoài miệng nối tận- bên

Kỹ thuật tạo hình tĩnh mạch thận trước ghép

Khâu nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch nhánh kiểu nòng súng

Vị trí khâu nối tĩnh mạch thận

Khâu tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài miệng nối tận- bên

Khâu tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu chung miệng nối tận- bên

Đánh giá kết quả ngay tại bàn phẫu thuật: theo Lê Bá Hạnh [2] và Lê Anh Tuấn [3]

Kết quả tốt: Thận hồng căng, có nước tiểu

trên bàn phẫu thuật, Miệng nối động mạch căng tròn; không chảy máu miệng nối, không hẹp hay gập khúc

Chưa tốt: Miệng nối không căng phồng; miệng nối bị gập khúc; Thận hồng mềm nhão hoặc thận tím sau thả kẹp mạch máu

Xử lý thận chưa tốt: Nối lại miệng nối; Rửa lại thận; Chỉnh lại chỗ gập khúc.

Số lượng Nước tiểu (ml): ngày thứ nhất, 2, 3, 4, 5 sau phẫu thuật.

Tắc dẫn lưu: do máu cục; không tắc dẫn lưu.

**Biến chứng ngoại khoa chung:** nhiễm trùng vết mổ; chảy máu vết mổ; loét vết mổ không do nhiễm trùng.

Biến chứng tại mạch máu:

Hẹp miệng nối Sau khi thả kẹp mạch máu thận, tắc miệng nối (do huyết khối hoặc do bong nội mạc); huyết khối miệng nối.

Thời gian lưu sonde hồ thận ghép.

Kết quả siêu âm mạch máu thận sau ghép: Chỉ số trở kháng (RI).

**Xử lý số liệu** bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

### Đạo đức nghiên cứu

Đã thông qua Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 17 bệnh nhân nam chiếm 63%, 10 bệnh nhân nữ (37%).

Nhóm tuổi dưới 40 có 25 bệnh nhân (92,6%); nhóm trên 40 tuổi có 2 bệnh nhân 7,4%. (ít tuổi nhất là 21, nhiều tuổi nhất là 55 tuổi). Tuổi trung bình  $32,5 \pm 7,4$ .

25 bệnh nhân ghép thận cùng huyết thống (92,6%), 2 bệnh nhân không cùng huyết thống (7,4%).

**Bảng 1. Phân bố số lượng động mạch và tĩnh mạch trên phim cắt lớp vi tính**

Số lượng mạch	1 mạch	2 mạch	3 mạch	Tổng
Động mạch	20 (74,1%)	6 (22,2%)	1 (3,7%)	27 (100%)
Tĩnh mạch	25 (92,6)	2 (7,4)	0	27 (100%)

Nhận xét: Có 20 bệnh nhân 1 động mạch, 25 bệnh nhân có 1 tĩnh mạch, có 6 bệnh nhân 2 động mạch, 1 bệnh nhân có 3 động mạch

**Bảng 2: Số động mạch và số tĩnh mạch của thận người hiến được xác định trong phẫu thuật**

Số mạch	1 mạch	2 mạch	3 mạch	Tổng
Động mạch	18 (66,7%)	8 (29,6%)	1 (3,7%)	27 (100%)
Tĩnh mạch	25 (92,6)	2 (7,4)	0	27 (100%)

Nhận xét: số động mạch thực tế được xác định trong phẫu thuật có 8 bệnh nhân 2 động mạch thận

Đường kính trung bình của động mạch là  $5,5 \pm 0,5$  mm; của tĩnh mạch là  $11,2$  mm  $\pm 2,1$  mm

**Bảng 3. Tạo hình mạch thận trước nối ghép**

Tạo hình mạch trước ghép		Số lượng	%
Động mạch	Không phải tạo hình	20	74,1
	Tạo hình động mạch	7	25,9
Tĩnh mạch	Không tạo hình	25	92,6
	Tạo hình tĩnh mạch	2	7,4

Nhận xét: Có 7 bệnh nhân phải tạo hình động mạch trước khi khâu nối ghép (25,9%)

Có 2 bệnh nhân phải tạo hình tĩnh mạch trước khi khâu nối ghép thận (7,4%)

**Bảng 4. Vị trí khâu nối động mạch thận**

Vị trí khâu nối	Số lượng	Tỷ lệ %
Động mạch thận với động mạch chậu trong	22	81,5
Động mạch thận với động mạch chậu ngoài	5	18,5

Nhận xét: Nối động mạch thận với động mạch chậu trong 22 bệnh nhân chiếm 81,5%

Thời gian trung bình nối động mạch là  $18,6 \pm 6,4$  phút, thời gian trung bình khâu nối tĩnh mạch  $25,4 \pm 7,6$  phút

**Bảng 5. Chỉ số trở kháng trên siêu âm mạch thận sau ghép ngày thứ nhất và quan hệ bệnh nhân ghép**

Quan hệ	Nhỏ nhất	Trung bình	Lớn nhất	SD
Cùng huyết thống	0,48	0,66	0,9	0,09
Không cùng huyết thống	0,62	0,63	0,65	0,02
Chung cả hai nhóm	0,48	0,66	0,9	0,08

Nhận xét: Chỉ số RI của động mạch sau ghép thận trung bình 0,66; nhỏ nhất là 0,48, cao nhất một trường hợp 0,9

Bảng 6. Số lượng nước tiểu qua 5 ngày sau phẫu thuật ghép thận

Số lượng nước tiểu	Ít nhất	Trung bình	Nhiều nhất	SD
Ngày 1	2100	5752,2	13090	2435,8
Ngày 2	2460	6221,5	92020	1746
Ngày 3	2730	5563,7	9340	1438,3
Ngày 4	1740	5335	9770	1721,2
Ngày 5	1850	5284	9600	1522

Nhận xét: Số ngày dẫn lưu  $6,5 \pm 1,5$  ngày (ít nhất là 4 ngày, nhiều nhất là 11 ngày)

Kết quả sau ghép nối động mạch, tĩnh mạch thận: tốt 26 bệnh nhân, chưa tốt 1 bệnh nhân;

Hai trường hợp rửa lại thận (1 rửa lại trong khi phẫu thuật, 1 trường hợp phẫu thuật lại ngày thứ 3 sau phẫu thuật lần 1).

### BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của Lê Bá Hạnh nam giới chiếm 78,26% [2], nữ chiếm 21,4%; Flayout (2015) có tỷ lệ nam/nữ 70/30. [7]

Nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có tuổi trung bình 32,5, tương tự như của Nguyễn Trường Giang tuổi trung bình là 32,9 tuổi [1]; nghiên cứu của Lê Bá Hạnh tuổi trung bình 35,3  $\pm$  9,7 tuổi cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 20, cao nhất là 56 tuổi) [2].

Trong nghiên cứu này có 25 bệnh nhân có người cho thận là người thân trong gia đình, chỉ có 2 bệnh nhân có người hiến thân ngoài huyết thống, phải chăng điều này sự hiểu biết cộng đồng còn chưa được nâng cao; qua thực tế 25 người hiến thận cho người thân có sức khỏe hoàn toàn bình thường, điều này làm tăng niềm tin cho nhiều người hiến thận có sức khỏe sau khi hiến

Chiều dài trung bình động mạch 26,3 mm, thay đổi tùy theo từng bệnh nhân ngắn nhất là 15mm, dài nhất là 41 mm, điều này cần cân nhắc vị trí nối vào động mạch chậu trong hay động mạch chậu ngoài; đường kính động mạch trung bình là 6mm; kết quả này tương tự kết quả của Lê Bá Hạnh (6,7 mm) [2];

Số lượng động mạch trên phim chụp cắt lớp vi tính trước ghép có 6 trường hợp có 2 động mạch, 1 trường hợp có 3 động mạch, tuy nhiên trường hợp này chỉ có 1 động mạch chính, hai động mạch còn lại nhỏ không rửa được, 2 trường hợp có 2 tĩnh mạch. Thực tế trong khi phẫu thuật có 8 trường hợp có 2 động mạch. Theo báo cáo của Kawamoto độ nhạy và độ đặc hiệu của phim chụp cắt lớp vi tính về xác định mạch máu thận là 76% và 98%. [6]

Có 7 bệnh nhân phải tạo hình động mạch kiểu nòng súng và 2 bệnh nhân phải tạo hình tĩnh mạch kiểu nòng súng trước khi ghép, đường kính 2 động mạch không tương đồng kích thước nếu nối vào động mạch chậu ngoài một nhánh có đường kính động mạch thận nhỏ khoảng 2 mm, tạo một miệng nối tận- bên thì cũng là một khó khăn hơn là khi tạo hình ghép mạch kiểu nòng súng trước khi nối.

Vị trí nối mạch thận trong nghiên cứu này có 22 trường hợp nối động mạch thận với động mạch chậu trong miệng nối tận- tận; 5 trường hợp nối với động mạch chậu ngoài miệng nối tận- bên, việc khâu nối phụ thuộc vào chiều dài của động mạch; 27 trường hợp nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài; nghiên cứu của Lê Anh Tuấn (năm 2016), nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài 132/138 trường hợp [3]. Thời gian khâu nối động mạch trung bình là 18,6  $\pm$  6,4 phút; báo cáo của Đỗ Ngọc Sơn thời gian phẫu thuật khâu nối động mạch là 14,4  $\pm$  5,1 phút; thời gian khâu nối nhanh hay kéo dài còn phụ thuộc vào số lượng mạch [4].

Chỉ số trở kháng trên siêu âm động mạch thận sau khi phẫu thuật trung bình là 0,66  $\pm$  0,08 tương đồng với kết quả của Nguyễn Trường Giang là 0,63 [1], John Maynard (2014) đề xuất là dưới 0,8 được cho là bình thường [5].

Số lượng nước tiểu trung bình các ngày sau phẫu thuật đều trên 5000ml; chỉ có một trường hợp phải mổ lại rửa lại thận ngày thứ 3 sau phẫu thuật do nước tiểu giảm đột ngột, khi mở lại rửa thận và cho chạy thận nhân tạo 3 lần, thấy lượng nước tiểu trung bình đều trên 5000ml/ngày.

Hai trường hợp rửa lại thận, (một trường hợp rửa lại thận sau phẫu thuật ghép ngày thứ 3; một vì thấy lượng nước tiểu giảm đột ngột và siêu âm thấy RI 0,9; một trường hợp rửa lại thận sau nối xong động mạch 30 phút thấy động mạch thận đập yếu, mở lại miệng nối thấy có mảng xơ vữa bong gây hẹp lòng mạch, vị trí này cách miệng nối khoảng 2 cm, tại chỗ cặp clamp, được xử trí lấy mảng xơ vữa nối lại động mạch);

một trường hợp máu tụ quanh thận do tắc dẫn lưu, được mổ lại lấy máu tụ quanh thận.

#### KẾT LUẬN

Phẫu thuật ghép thận ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là an toàn, các biến chứng xảy ra đều xử trí được không nguy hiểm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Giang, Hoàng Mạnh An, Lê Trung Hải (2012), “ Kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận qua 98 trường hợp tại Bệnh viện 103”, *Tạp chí Y- Dược học Quân sự*, số chuyên đề ghép tạng, tr 115-121

2. Lê Bá Hạnh (2017), Nghiên cứu đặc điểm, kỹ thuật khâu nối mạch máu thận ghép và đánh giá một số kết quả sớm sau ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103, Luận văn bác sỹ nội trú, Học viện Quân y, Hà Nội

3. Lê Anh Tuấn, Nguyễn Trường Giang, Hoàng Mạnh An (2015), “Nghiên cứu đặc điểm mạch máu thận ghép, kỹ thuật và kết quả khâu

nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Quân Y 103”, *Tạp chí Y học Quân sự*, số 311, tr 7-10

4. Đỗ Ngọc Sơn (2020), *Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận lấy từ người cho sống tại Bệnh viện Việt Đức*. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y

5. John Maynard Barry, Michael Joseph Colin, (2014), “Renal Transplantation”, *Campbell's urology*, 10th Edition, pp.1241-1242.

6. Kawamoto S, Robert A et al (2003), “Multidetector CT angiography for preoperative evaluation of living laparoscopic kidney donor”, *AJR Am J Roentgenol*, 180 (6), pp. 1633-16638.

7. Flayout Hadiya. K, Raoundi O (2015), “Surgical complication after kidney transpaltion”, *Journal of medical and surgical research*, pp. 110-113.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ X QUANG CỦA BỆNH NHÂN GỠY KÍN DUPUYTREN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG BÈN TRONG

NGUYỄN THẾ BÌNH<sup>1</sup>, NGUYỄN ĐIỀN THÀNH HIỆP<sup>1</sup>,  
NGUYỄN VĂN LƯỢNG<sup>1</sup>, NGUYỄN VĂN MẠNH<sup>2</sup>, TÓNG KHÁNH VINH<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

#### TÓM TẮT

Gãy Dupuytren là một dạng gãy xương vùng cổ chân, được Baron Guillaume Dupuytren (1777 - 1835) mô tả năm 1832, với thương tổn đặc trưng là gãy mất cá trong, gãy xương mác ở 1/3 dưới, đứt dây chằng chày mác dưới, doãng mộng chày mác và bán trật khớp xương sên ra ngoài. Sau đó, nhiều tác giả đã nghiên cứu kỹ hơn về cơ chế chấn thương, tổn thương giải phẫu loại gãy xương này. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu sâu về lâm sàng và X quang gãy Dupuytren, đặc biệt là khi có gãy mất cá sau kèm theo. Nhằm đánh giá một cách đầy đủ và có hệ thống kết quả điều trị gãy Dupuytren mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu vấn đề này.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thế Bình  
Email: bsbinhb1a@gmail.com  
Ngày nhận: 05/10/2020  
Ngày phản biện: 19/11/2020  
Ngày duyệt bài: 07/12/2020

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín Dupuytren được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết xương bên trong tại khoa Chấn thương chỉnh hình tổng hợp Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong thời gian từ tháng 9/2015 đến tháng 6/2020. Kết luận: Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau khớp cổ chân, có điểm đau chói cố định và bất lực vận động khớp cổ chân chiếm 100%. Sưng nề biến dạng cổ chân chiếm 100%, ngắn nửa trước bàn chân 52,6% và phỏng nước ở cổ bàn chân gặp 2/38 (5,2%). Cơ chế chấn thương: bàn chân xoay ngoài với 33/38 (87,7%) trong đó bàn chân ngửa- xoay ngoài có 21/38 trường hợp và sấp - xoay ngoài 13/38 trường hợp. Trên phim chụp XQ: gãy 3 mất cá: 20/38 (52,63%); gãy 2 mất cá: 17/38 (44,74%); gãy 1 mất cá ngoài đơn thuần: 1/38 bệnh nhân (2,63%); gãy mất cá chân loại B gặp nhiều nhất 23/38 (60,5%) theo phân loại Denis- Weber; 100% bệnh nhân có doãng mộng chày mác; 100% bệnh nhân có bán