

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 BÌNH¹, NGUYỄN ĐIỀN THÀNH HIỆP¹,
NGUYỄN VĂN LƯỢNG¹, NGUYỄN VĂN MẠNH², TÓNG KHÁNH VINH¹
¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
²Bệnh 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

trật khớp xương sên ra ngoài, 20/38 bệnh nhân (52,6%) có xương sên vừa bán trật khớp ra ngoài vừa bán trật khớp ra sau; trên 20 bệnh nhân có gãy mắt cá sau đều có hình ảnh gãy chéo vát mắt cá sau trên phim X quang nghiêng. Có 4/20 bệnh nhân (20%) có dấu hiệu đường viền kép và 16/20 (80%) bệnh nhân có dấu hiệu đường gãy phía sau trên phim X quang thẳng.

Từ khóa: Gãy Dupuytren

SUMMARY

Dupuytren fracture is a type of ankle fracture, described by Baron Guillaume Dupuytren (1777-1835) in 1832, with typical lesions of inner ankle fracture, lower third ligament fracture, ligament rupture. below, due to a lanceolate and semi-dislocated slug out. After that, many authors have studied more carefully the mechanism of trauma and anatomical damage of this type of fracture. However, there are no in-depth clinical and radiological studies of Dupuytren fractures, especially when there is a posterior ankle fracture. To fully and systematically evaluate the treatment results of Dupuytren fracture that we conduct. study this issue. Subject - method: Descriptive, retrospective and prospective descriptive studies on 38 patients diagnosed with Dupuytren's closed fracture treated with internal fracture surgery at the Hospital General Orthopedics Department Military Central Committee 108, from September 2015 to June 2020. Conclusion: The most common clinical symptom is ankle joint pain, with a fixed glare point and a lack of movement in the ankle joint, accounting for 100%. Swollen ankle deformity accounted for 100%, short front half of the foot 52.6% and water burn in the ankle met 2/38 (5.2%) The mechanism of injury: foot rotated out with 33/38 (87.7%) in which the feet were tilted - outward rotation had 21/38 cases and tummy - rotating out 13/38 cases. On X-ray film: 3 ankle fractures: 20/38 (52.63%); broken ankle: 17/38 (44.74%); single external ankle fracture: 1/38 patients (2.63%); ankle fracture type B was most encountered 23/38 (60.5%) according to Denis-Weber classification; 100% of patients have tibial dystrophy; 100% of patients with outward slug osteoarthritis, 20/38 patients (52.6%) had slug bone both outward and posterior semi-dislocation; over 20 patients with posterior ankle fracture all had posterior ankle fracture on tilt X-ray film. 4/20 patients (20%) had signs of double contour and 16/20 (80%) showed signs of posterior fracture on straight radiograph.

Keywords: Dupuytren fracture

ĐẶT VẤN ĐỀ

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 mắt 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. Vì thế hiện nay gãy Dupuytren được mô tả với các tổn thương: gãy mắt cá trong hoặc đứt dây chằng Delta; gãy 1/3 dưới xương mác hoặc gãy đầu dưới xương mác ngang khớp chày mác dưới, doãng mộng chày mác và đứt dây chằng chày mác dưới, xương sên bán trật khớp ra ngoài, nếu có gãy mắt cá sau thì kèm theo bán trật khớp xương sên ra sau.

Các thương tổn này làm mất sự vững chắc của khớp chày sên - một khớp chịu sức nặng của toàn cơ thể khi đi lại. Nếu xương sên bị trật ra ngoài 1 mm thì diện tích tiếp xúc với xương sên của khớp chày sên sẽ giảm đi 42% [1], điều này sẽ dẫn đến thoái hóa sớm khớp chày sên. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu sâu về lâm sàng và X quang gãy Dupuytren, đặc biệt là khi có gãy mắt 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

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng – địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Gồm 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.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín Dupuytren, từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Hồ sơ bệnh án, phim X quang trước, sau mổ đầy đủ, rõ ràng.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Gãy xương bệnh lý, gãy xương ở chi sấn có những dị tật, di chứng ảnh hưởng đến đánh giá kết quả điều trị.

+ Các trường hợp có gãy xương khác ảnh hưởng đến phục hồi chức năng cổ chân: vỡ xương gót, xương sên, các tổn thương phức tạp ở bàn chân, gãy xương cẳng chân, xương đùi, xương chậu vì có ảnh hưởng đến việc đánh giá kết quả xa.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang bao gồm cả hồi cứu và tiến cứu.

- Cơ mẫu thuận tiện.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Triệu chứng lâm sàng: cơ năng, thực thể.

- X quang, CT scanner.

- Phân loại cơ chế chấn thương theo Lauge - Hansen gồm: ngã- khớp, ngã- xoay ngoài, sấp- dạng, sấp- xoay ngoài.

- Phân loại tổn thương mắt cá theo Danis- Weber: loại B, loại C.

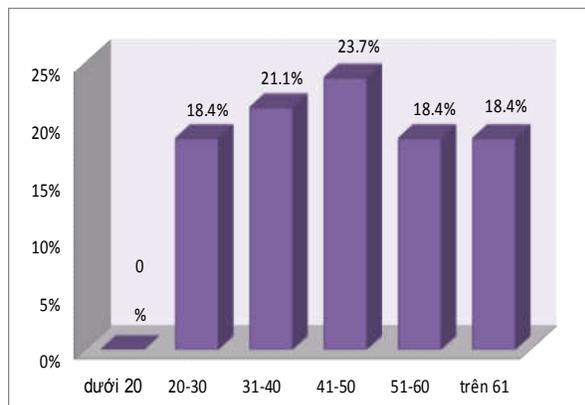
4. Xử lý số liệu

Sau khi thu thập thông tin sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

1.1. Tuổi



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi

Nhận xét:

+ Độ tuổi gặp nhiều nhất là 41-50 tuổi chiếm: 23,7%.

+ Số bệnh nhân từ 20-50 là: 24 bệnh nhân chiếm: 63,2%.

1.2. Giới

Số bệnh nhân nam (57%) gặp nhiều hơn số bệnh nhân nữ (42,1%).

1.3. Nguyên nhân chấn thương

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương. (n = 38)

Nguyên nhân chấn thương	Giới		Tổng
	Nam	Nữ	
Tai nạn giao thông	13	7	20
Tai nạn sinh hoạt	4	9	13
Tai nạn lao động	3	0	3
Tai nạn thể thao	2	0	2
Tổng	22	16	38

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt đều có thể gặp ở cả giới nam và nữ. Ngược lại, tai nạn lao động và tai nạn thể thao chỉ gặp ở nam giới.

2. Đặc điểm tổn thương

2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng (n = 38)

Các triệu chứng lâm sàng	n	%
Bất lực vận động cổ chân	38	100
Sưng nề, biến dạng cổ chân	38	100
Ngắn nửa trước bàn chân	20	52,6
Phồng nước cổ bàn chân	2	5,2
Điểm đau chói	38	100

- 100% bệnh nhân bất lực vận động cổ chân và có điểm đau chói cố định.

- 2 trường hợp phồng nước.

2.2. Đặc điểm tổn thương xương

Bảng 3. Tổn thương xương (n = 38).

Tổn thương	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Chỉ gãy mắt cá ngoài	1	2,63
Gãy hai mắt cá	17	44,74
Gãy ba mắt cá	20	52,63
Tổng số	38	100

- Gãy 3 mắt cá chân hay gặp nhất với 20/38 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 52,63%.

- Gãy 2 mắt cá cũng thường gặp với 17/38 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 44,74%

- Gặp 1 trường hợp chỉ gãy mắt cá ngoài.

2.3. Hình thái đường gãy

Bảng 4. Hình thái đường gãy xương. (n = 38)

Hình thái đường gãy	Gãy MCT	Gãy MCN	Gãy MCS
Gãy ngang	32	4	0
Gãy chéo đơn thuần	5	26	14
Gãy chéo có mảnh rời	0	8	6
Tổng	37	38	20

- Gãy MCT hay gặp đường gãy ngang chiếm 32/37 trường hợp.

- Trái lại, gãy MCN thì đường gãy chéo hay gặp hơn với 30/38 trường hợp.

- Gãy MCS thì hình thái gãy điển hình trên phim XQ tư thế nghiêng là gãy chéo với 20/20 trường hợp.

2.4. Theo cơ chế chấn thương.

Bảng 5. Cơ chế chấn thương theo Lauge - Hansen (n = 38).

Cơ chế	n	%
Ngửa - xoay ngoài (SER)	25	65,8
Ngửa - khớp (SA)	0	0
Sấp - xoay ngoài (PER)	13	34,2
Sấp - Gấp cổ chân (PA)	0	0
Tổng số	38	100

- Tất cả bệnh nhân đều có cơ chế xoay ngoài, trong đó ngã - xoay ngoài chiếm 65,8% và sấp - xoay ngoài chiếm 34,2%.

2.5. Phân loại theo Denis - Weber.

Bảng 6. Phân loại theo Denis-Weber (n = 38)

Phân loại theo Denis - Weber	n	%
B	23	60,5
C	15	39,5
Tổng số	38	100

- Tổn thương loại B gặp nhiều nhất với 23/38 bệnh nhân chiếm 60,5%.

2.6. Doãng mọng chày mác trên hình ảnh X quang.

Trên hình ảnh X quang cổ chân tư thế thẳng tất cả bệnh nhân đều doãng mọng chày mác.

2.7. Hình ảnh bán trật khớp xương sên trên phim X quang.

Có 18/38 bệnh nhân có bán trật khớp xương sên ra ngoài, 20/38 bệnh nhân có xương sên vừa bán trật khớp ra ngoài vừa bán trật khớp ra sau.

2.8. Hình ảnh trên phim chụp CT- Scanner cổ chân

+ Có 4/16 bệnh nhân (25%) có diện tích mảnh gãy MCS < 25% diện tích bề mặt khớp chày sên. Có 14/16 bệnh nhân (75%) có diện tích mảnh gãy MCS ≥ 25% diện tích bề mặt khớp chày sên.

+ Có 2 bệnh nhân có hình ảnh mảnh gãy rời của mắt cá sau kẹt vào khớp chày mác dưới.

+ Tất cả các bệnh nhân đều có mảnh gãy sau ngoài.

Bảng 7. Phân loại theo gãy mắt cá sau theo Bartonicek (n = 16)

Phân loại gãy MCS	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Loại I	2	12,5
Loại II	8	50
Loại III	4	25
Loại IV	2	12,5
Loại V	0	0
Tổng số	16	100

Phân loại gãy mắt cá sau theo Bartonicek thấy chủ yếu gặp loại II.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

1.1. Tuổi và giới

- Trong nghiên cứu của chúng tôi với 38 bệnh nhân bị gãy mắt cá chân được điều trị bằng phẫu thuật kết xương bên trong tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nam có 22 bệnh nhân chiếm 57,9% và nữ có 16 bệnh nhân chiếm 42,1%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác trong nước như Nguyễn Văn Hiếu năm 2009 [2] với nam chiếm 68,57% và nữ chiếm 31,43%, Ma Ngọc Thành năm 2010 [3] với nam chiếm 62,86%, nữ chiếm 37,14%. Karande và cộng sự (2017) [8] chỉ ra rằng tỷ lệ nam/ nữ đối với gãy mắt cá chân là 2: 1.

- Độ tuổi trung bình là 46,26 tuổi. Số bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 20- 50 chiếm tỷ lệ 63,2%. Đây là độ tuổi lao động và cũng tham gia giao thông, thể thao nhiều nhất. Kết quả của Đỗ Tuấn Anh (2016) [5], Ma Ngọc Thành (2010) [3]

thì tỷ lệ bệnh nhân nằm trong độ tuổi này lần lượt là 65,6% và 71,43%. Nghiên cứu của Karande và cộng sự (2017) [8] cũng có 82,1% bệnh nhân từ 20 – 50 tuổi.

1.2. Nguyên nhân chấn thương

- Nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương gãy mắt cá chân trong nghiên cứu của chúng tôi là tai nạn giao thông (chiếm 56,2%), trong đó chủ yếu là tai nạn xe máy. Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Văn Hiếu (2009) [2] (TNGT chiếm 62,9%) và Ma Ngọc Thành (2010) [3] (TNGT chiếm 57,14%)... Đây là đặc điểm chung của các nước đang phát triển khi mà phương tiện đi lại chủ yếu là xe máy.

+ Nghiên cứu của Burwell và Charnley trong số 135 bệnh nhân gãy mắt cá tại nước Anh thì nguyên nhân do tai nạn giao thông chỉ chiếm tỷ lệ 15% [1].

- Tai nạn sinh hoạt chiếm 34,72%. Đây là nguyên nhân đứng thứ 2 gây gãy Dupuytren trong đó hay gặp nhất là trượt chân khi bước xuống cầu thang.

- Tất cả các bệnh nhân có nguyên nhân là tai nạn lao động và tai nạn thể thao là nam giới. Điều đó cũng phù hợp với thực tế các chấn thương thường gặp ở lao động nặng và các môn thể thao có tính chất đối kháng cao.

2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Đối với gãy mắt cá chân thì triệu chứng thường gặp nhất để bệnh nhân đến viện là đau vị trí gãy, bất lực vận động khớp cổ chân...gặp 38/38 trường hợp. Tuy nhiên đây là những triệu chứng chủ quan của bệnh nhân. Những triệu chứng này thường giảm khi bệnh nhân chườm mát vùng tổn thương hoặc đến khám muộn, nhưng sẽ tăng lên nhiều nếu bệnh nhân xoa bóp đặc biệt dầu cao, mật gấu vào vùng tổn thương.

- Dấu hiệu điểm đau chói cố định là triệu chứng thực thể điển hình và dễ xác định trong chẩn đoán gãy mắt cá chân trên lâm sàng do cấu tạo giải phẫu cổ chân, mắt cá chân nằm ngay dưới da, tổ chức phần mềm ít.

- Dấu hiệu phỏng nước rất có ý nghĩa trên lâm sàng. Nó quyết định đến thái độ xử trí và tiên lượng của bác sĩ. Chúng tôi gặp 2/38 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,2%.

- Khi gãy xương mắt cá chân chúng tôi không cố gắng tìm dấu hiệu lạo xạo xương ở gãy mạc dù đây là dấu hiệu chắc chắn của gãy xương vì cổ bàn chân thường sưng nề nhiều, bệnh nhân đau nhiều.

2.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh.

2.2.1. Đặc điểm và hình thái của tổn thương

- Tổn thương 3 mắt cá chân trong nghiên cứu của chúng tôi là 20/38 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 52,63%. Theo Burwell và Charnley (1965) [1] gặp 13/135 trường hợp có gãy MCS; Nguyễn Văn Hiếu (2009) [2] gặp 15/32 trường hợp, Ma Ngọc Thành (2010) [3] gặp 11/35 trường hợp và Đỗ Tuấn Anh (2016) [5] gặp 16/55 trường hợp. Do hình thái giải phẫu của MCS là một phần của đầu dưới xương chày nên gãy MCS tất cả các trường hợp đường gãy đều chéo vát trên phim X quang nghiêng. Trên phim X quang cổ chân tư thế thẳng của 20 bệnh nhân có gãy mắt cá sau thì có 4 bệnh nhân có dấu hiệu đường viền kép, 16 bệnh nhân có dấu hiệu đường gãy phía sau.

- Gãy 2 mắt cá chân cũng có tỷ lệ cao với 17/38 bệnh nhân hay 44,74% bao gồm gãy MCT và gãy MCN. Đối với các nghiên cứu của một số tác giả trong nước và một số nghiên cứu trên thế giới thì đây là loại gãy hay gặp nhất: Ma Ngọc Thành [3], Đỗ Tuấn Anh [5] tỷ lệ này chiếm 57,14% và 56,4%. Nghiên cứu rộng tại California từ năm 1995 đến năm 2005, Soohoo N.K, Krenek. L, Eagan M.J [9] thấy trong 57.183 bệnh nhân gãy mắt cá có 45% gãy hai mắt cá chân.

- Gãy một mắt cá chân đơn thuần chúng tôi gặp 1 bệnh nhân chỉ gãy MCN chiếm tỷ lệ 2,63%. Tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Soohoo N.K, Krenek.L, Eagan M.J là 16% [9]. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa rõ ràng, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

- Gãy MCN thường gặp đường gãy chéo vát (30/38 trường hợp), ngược lại MCT thì đường gãy chủ yếu là gãy ngang (32/37 trường hợp), thường do dây chằng Delta bị kéo căng. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ma Ngọc Thành (2010) [3] khi gãy chéo vát MCN và gãy ngang MCT lần lượt là 25/32 và 29/32 trường hợp, của Đỗ Tuấn Anh (2016) [5] lần lượt là 43/48 và 34/46 trường hợp.

- Để chẩn đoán gãy mắt cá chân đơn thuần thì chụp XQ thường quy là đủ xác định. Tuy nhiên nếu có gãy MCS thì nên chụp CT scanner nhất là có dựng hình 3D để xác định được chính xác hình thái, kích thước của mảnh gãy phía sau, phát hiện được các mảnh gãy nội khớp nhỏ từ đó đưa ra cách tiếp cận và phương pháp cố định thích hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16/20 bệnh nhân có gãy MCS được chụp CT scanner thì tất cả đều có mảnh gãy sau ngoài, có 4 bệnh nhân có mảnh gãy rời mắt cá sau kết

khớp chày mắt cá dưới mà không thể xác định được trên hình ảnh X quang. Những nghiên cứu gần đây của các tác giả trong nước và trên thế giới cũng khuyên nên chỉ định chụp CT scanner khớp cổ chân khi có gãy mắt cá sau như Đỗ Tuấn Anh (2016) [5], Bartonicek và cộng sự (2015) [7].

2.2.2. Phân loại và cơ chế chấn thương

- Trong 38 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 34/38 trường hợp gãy do cơ chế bàn chân xoay ngoài chiếm 89,47%, trong đó có 21/38 trường hợp là ngửa - xoay ngoài, 13/38 trường hợp gãy do cơ chế sấp - xoay ngoài. Cơ chế chấn thương của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả trong nước như của Ma Ngọc Thành (2010) [3] và Đỗ Tuấn Anh (2016) [5] khi tỷ lệ này lần lượt là 82,34% và 69,7%. Chúng tôi cho rằng kết quả này là phù hợp do cùng nghiên cứu trong cùng một cộng đồng dân cư có cùng hoàn cảnh giống nhau và nguyên nhân tai nạn chủ yếu là tai nạn giao thông. So với tác giả nước ngoài như Karande và cộng sự (2017) [8] thì cơ chế bàn chân xoay ngoài chiếm 72,2%.

- Theo phân loại của Danis Weber trong số 38 bệnh nhân, chúng tôi gặp chủ yếu gãy loại B với 23/38 trường hợp chiếm 60,5%. Kết quả của chúng tôi khác với kết quả của Ma Ngọc Thành (2010) [3] và Đỗ Tuấn Anh (2016) [5] khi gặp chủ yếu là loại C với 65,62% và 60,4%. Tuy nhiên phù hợp với nghiên cứu của Karande (2017) [8] khi gãy Weber B phổ biến nhất.

2.2.3. Trật xương sên

- Chúng tôi gặp 18/38 bệnh nhân có trật xương sên ra ngoài, 20/38 bệnh nhân vừa trật ra ngoài vừa trật ra sau, là các bệnh nhân bị gãy cả mắt cá sau.

- Kết quả chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu (2009) [2] và Nguyễn Văn Việt (2014) [4] tất cả các bệnh nhân Gãy Dupuytren đều có trật xương sên ra ngoài.

- Nếu xương sên bị lệch ra ngoài 1 mm thì diện tích chịu lực khớp chày sên chỉ còn 42%, từ 1mm đến 2 mm chỉ còn 14%, từ 2mm đến 4 mm là 9% và từ 4 đến 6 cm chỉ còn 3%. Chính vì thế sự nắn chỉnh hoàn hảo về đúng vị trí giải phẫu là một trong những yếu tố quan trọng nhất để có kết quả lâm sàng tốt, điều mà kéo nắn bó bột khó nắn chỉnh được.

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.

- Đặc điểm trên phim chụp XQ: Gãy 3 mắt cá: 20/38 (52,63%); gãy 2 mắt cá: 17/38 (44,74%); gãy 1 mắt cá ngoài đơn thuần: 1/38 bệnh nhân (2,63%); gãy mắt 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 trật khớp xương sên ra ngoài, 20/38 bệnh nhân (52,6%) có xương sên vừa bán trật khớp ra ngoài vừa bán trật khớp ra sau. Trên 20 bệnh nhân có gãy mắt cá sau đều có hình ảnh gãy chéo vát mắt cá sau trên phim X quang nghiêng, có 4/20 bệnh nhân (20%) có dấu hiệu đường viền kép và 16/20 (80%) bệnh nhân có dấu hiệu đường gãy phía sau trên phim X quang thẳng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burwell H.N.; Charnley A.D.** (1965). The treatment of displaced fractures at the ankle by rigid internal fixation and early joint movement. J Bone Joint Surg Br, 47 (4), 634–660.

2. **Nguyễn Văn Hiếu** (2009). Đánh giá kết quả xa gãy kín Dupuytren bằng phương pháp kết hợp

xương bên trong tại Bệnh viện 103. Luận văn thạc sĩ y học Học viện Quân y.

3. **Ma Ngọc Thành** (2010), Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận văn Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Văn Việt** (2014). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín Dupuytren ở người lớn bằng phẫu thuật kết xương bên trong tại Bệnh viện Việt - Tiệp. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

5. **Đỗ Tuấn Anh** (2016). Kết quả phẫu thuật gãy kín xương mắt cá chân ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Kara Iskyan.MD** (2020). "Ankle Fracture: Background, Pathophysiology, Epidemiology".

7. **Bartoniček J., Rammelt S., Tuček M.** et al. (2015), "Posterior malleolar fractures of the ankle", Eur J Trauma Emerg Surg, 41 (6), 587–600.

8. **Karande V., Nikumbha V.P., Desai A.** et al. (2017), "Study of surgical management of malleolar fractures of ankle in adults", Int J Orthop Sci, 3 (3), 783–787.

9. **SooHoo N.F., Krenek L., Eagan M.J.** et al (2009). "Complication Rates Following Open Reduction and Internal Fixation of Ankle Fractures". JBJS, 91 (5), 1042–1049.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ KIDNEY INJURY MOLECUL-1 TRONG NƯỚC TIỂU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ BIẾN CHỨNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN 19-8, BỘ CÔNG AN

**PHẠM NGUYỆT MINH, NGUYỄN THỊ NHUNG,
VŨ THỊ CẨM THẠCH, NGUYỄN THỊ CHÍNH**
Bệnh viện 198 - Bộ Công an

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trên toàn cầu, dự đoán vào năm 2040, con số này sẽ tăng tới khoảng 642 triệu người; trong đó rất nhiều bệnh nhân ĐTĐ type 2 bị bệnh trong thời gian dài mà không biết nên đã dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng, trong đó biến chứng thận được coi là nguy hiểm và tốn kém nhất. Việc đánh giá bệnh thận ở bệnh nhân đái tháo đường hiện nay được xác định dựa trên sự thay đổi nồng độ

Microalbumin niệu (MAU). Microalbumin niệu hiện được coi là dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tổn thương thận ở giai đoạn này, tuy nhiên MAU có thể cũng xuất hiện trong các bệnh lý tim mạch. Việc tìm ra một dấu ấn sinh học có thể đánh giá những tổn thương ở thận trước khi có những sự biến đổi về Microalbumin niệu và mức lọc cầu thận là điều mà nhiều nghiên cứu tập trung hướng đến. Gần đây có nhiều nghiên cứu đã tìm ra nhiều chất chỉ điểm sinh học có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn sớm tổn thương thận do đái tháo đường trong đó có Kidney Injury Molecule - 1 (KIM-1). Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ KIM-1 nước tiểu với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái

Chịu trách nhiệm: Phạm Nguyệt Minh
Email: phamnguyetminhtb@gmail.com
Ngày nhận: 19/10/2020
Ngày phản biện: 19/11/2020
Ngày duyệt bài: 03/12/2020