

với nam và đại tràng lên với nữ. Theo tác giả Kahamoui, ung thư trực tràng chiếm 43%, ung thư đại tràng sigma là 25%, đại tràng lên là 18%, đại tràng ngang là 9% và đại tràng xuống là 5% [4]. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy trong tổng số các vị trí ung thư đại tràng, gặp nhiều nhất là đại tràng lên (chiếm 34,0%) và đại tràng sigma (28,0%) [1].

Thói quen ăn dầu mỡ/ đồ rán: Dầu thực vật được sử dụng nhiều hơn so với mỡ động vật. Cần phải sử dụng đúng cách và kết hợp cả dầu và mỡ. Ăn nhiều đồ rán/nướng/quay có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh thông qua sự phơi nhiễm với các amin dị vòng (HCA). Đây là những chất được sinh ra khi nấu thịt ở nhiệt độ cao và được chứng minh có khả năng gây ung thư trong các nghiên cứu thực nghiệm [5].

Thói quen ăn thịt: Thịt là nguồn cung cấp protein chủ yếu cho cơ thể, thịt đỏ cung cấp nhiều dinh dưỡng hơn nhưng lại chứa nhiều cholesterol xấu hơn trong khi đó thịt trắng giàu chất béo không bão hòa hơn thịt đỏ.

Thói quen ăn rau/quả, đậu đỗ và các sản phẩm chế biến: Rau quả là nguồn cung cấp vitamin và khoáng chất chủ yếu cho cơ thể. Chất xơ có nhiều trong rau/quả giúp giảm ứ đọng tại đại tràng và có thể giảm nguy cơ mắc bệnh. Saponin có trong các chế phẩm từ đậu đỗ có thể ngăn chặn sự gia tăng tế bào ung thư đại trực tràng [2].

Thói quen ăn các sản phẩm từ gạo, mỳ: kết quả nghiên cứu cho thấy mỳ tôm được sử dụng nhiều nhất trong các sản phẩm thay thế cho cơm. Thành phần chủ yếu của mì là carbohydrate, ngoài ra mì ăn liền là một trong được sản xuất bằng cách sấy khô sau khi chiên qua dầu, quá trình này có thể sinh ra

các chất gây ung thư như acrylamide.

KẾT LUẬN

- Ung thư trực tràng chiếm 43,2% trong tổng số ung thư đại trực tràng, vị trí ung thư đại tràng thường gặp nhất ở nam là đại tràng sigma và ở nữ là đại tràng lên.

- Đối tượng nghiên cứu sử dụng dầu thực vật nhiều hơn mỡ động vật, thức ăn rán/nướng/quay được ăn với mức độ hàng tuần.

- Các loại thịt đỏ được sử dụng nhiều hơn thịt trắng: nhiều nhất là thịt lợn với mức độ hàng ngày.

- Một số loại rau/quả phổ biến, đậu phụ được tiêu thụ nhiều ở mức độ hàng ngày/tuần.

- Mỳ tôm là sản phẩm được sử dụng nhiều nhất để thay thế cơm trong bữa ăn chính và phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Trần Tiến (2007), "Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại trực tràng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 11(3), 86-88.

2. Allison A. Ellington Mark Berhow Keith W. Singletary (2005), "Induction of macroautophagy in human colon cancer cells by soybean B-group triterpenoid saponins, Carcinogenesis", 26 (1), 159-167.

3. F Bray F (2015), "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012", International Journal of Cancer, 136(5), pp. E359-E386.

4. Kahnamoui K., Cadeddu M., Farrokhyar F., Anvari M. (2007). "Laparoscopic surgery for colon cancer: a systematic review". Can J Surg, Fed, Vol 50, No 1, pp.48 - 57.

5. Sugimura T, Wakabayashi K, Nakagama H, Nagao M (2004), "Heterocyclic amines: Mutagens/carcinogens produced during cooking of meat and fish", Cancer Sci, 95, 290-299.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI BẰNG PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG NẠP KHÓA

NGÔ QUỐC HOÀN, NGUYỄN NGỌC TOÀN, NGUYỄN ANH DƯƠNG,
TRƯƠNG VĂN THANH, PHẠM ĐĂNG NINH
Bệnh viện Quân y 175

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gầy kín đầu dưới xương đùi (ĐDXĐ) bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa (KXNK). **Nhận xét về chỉ định và kỹ thuật của phương pháp điều trị.** Đối tượng: 35 BN (12 nam, 23 nữ), tuổi từ 18 – 88, chẩn đoán gãy kín ĐDXĐ và được điều trị phẫu thuật KXNK tại khoa CTCH BVQY 103 từ tháng 5/2012 - 8/2016. **Phương pháp:** Tiến cứu + hồi cứu, thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. BN

Chịu trách nhiệm: Ngô Quốc Hoàn

Email: qhoan1717@gmail.com

Ngày nhận: 04/6/2017

Ngày phân biên: 21/6/2017

Ngày duyệt bài: 29/6/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

được phẫu thuật KXNK, điều trị sau mổ, hướng dẫn tập luyện và định kỳ khám lại đánh giá kết quả. **Kết quả:** Kết quả gần: 100% BN liền vết mổ kỳ đầu, kết quả xa (theo tiêu chuẩn của Sander R) ở 19 BN sau mổ từ 12 - 51 tháng: rất tốt 36,85%, tốt 52,63%, trung bình 5,26%, kém 5,26%. Biến chứng hạn chế gấp gối < 90° 1 BN (5,26%), khớp giả 1BN (5,26%). **Kết luận:** Kết quả đạt được khả quan, đạt hiệu quả cao, BN luyện tập vận động sớm, tránh được các di chứng teo cơ, cứng khớp gối.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương đùi, kết xương nẹp khóa.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULT TREATMENT OF THE FRACTURE DISTAL FEMUR BY LOCKING PLATE FIXATION

Objectives: Evaluation of result treatment of the

fracture distal femur adults by Locking Plate Fixation. Comments on technical indications and treatments. Subjects: 35 patients (12 males, 23 females), from 18 to 88 ages, diagnosed with fractures of the distal femur, were treated by Locking Plate Fixation at 103 hospital from 5/2012 to 08/2016. Method: Prospective and retrospective, clinical trials without control group, sectional description and follow-up. Patients with surgical method by Locking Plate Fixation, treatment after surgery, guide training, re-examination to evaluate results. Result: 100% patients early healing. Far result (by the standards of Sander R score) in 19 patients after surgery from 12 to 51 months were: 36.85% excellent, 52.63% good, 5.26% average, 5.26% poor. Complications: limitation of flexion of knee < 90° 1 patient (5.26%), pseudarthrosis 1 patient (5.26%). Conclusion: achieved positive results, high efficiency, early patients practice and movement. Not muscle atrophy, not stiff knee.

Keywords: Fracture Distal Femur, Locking Plate Fixation.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Những ưu điểm cơ bản của nẹp khóa là: Cố định ổ gãy vững chắc, góc giữa nẹp - vít cố định, chịu lực dàn đều, tổn thương mạch máu nuôi dưỡng và cốt mạc tối thiểu... Do đó kết hợp xương nẹp khóa thường được chỉ định cho các gãy xương vùng đầu xương, gãy xương phức tạp, gãy xương không vững, và đặc biệt cho những trường hợp thưa loãng xương [1],[2],[3],[4]. Trong những năm gần đây tại Bệnh viện Quân y 103, khoa Chấn thương chỉnh hình đã sử dụng nẹp khóa để kết xương cho các trường hợp gãy kín đầu dưới xương đùi và bước đầu thu được kết quả khả quan. Để rút kinh nghiệm và nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị của phương pháp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa".

Nhằm mục tiêu:

Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa.

Nhận xét về chỉ định và kỹ thuật phẫu thuật kết xương nẹp khóa điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 BN tuổi từ 18 - 88 chẩn đoán gãy kín ĐDXĐ, được điều trị phẫu thuật KXNK tại khoa chấn thương chỉnh hình BVQY 103 từ 5/2012 – 8/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thử lâm sàng không nhóm chứng. Hình thức mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. Bao gồm cả nghiên cứu hồi cứu và nghiên cứu tiền cứu.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm số liệu nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi và giới (n=35)

Độ tuổi	18-40	41-60	61-70	>70	Cộng	Tỷ lệ (%)
Nam	5	5	0	2	12	34,29
Nữ	3	4	7	9	23	65,71
Cộng	8	9	7	11	35	100
Tỷ lệ (%)	22,86	25,71	20	31,43	100%	

35 BN độ tuổi từ 18 – 88 tuổi, Nam 12 BN (34,29%), nữ 23 BN (65,71%).

Chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là nữ ở tuổi >70 với 9 BN. Tỷ lệ này lớn với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương, Thân Trọng Đoàn, Bùi Mạnh Hà. Sự khác biệt này là do BN trên 60 tuổi của nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều tác giả khác, mà ở tuổi này bệnh nhân chủ yếu là nữ (16/23), thưa xương, loãng xương nên dễ gãy đầu dưới xương đùi hơn nam giới.

Bảng 2: Nguyên nhân (n=35)

Độ tuổi	18-40	41-60	61-70	>70	Cộng	Tỷ lệ (%)
TNGT	7	5	2	2	16	45,71
TNSH	0	3	4	9	16	45,71
TNLĐ	1	1	1	0	3	8,58
Tổng	8	9	7	11	35	100

Nguyên nhân hàng đầu là TNGT và TNSH với 16/35 BN (45,71%), trong đó nguyên nhân do TNGT gặp chủ yếu ở người trẻ tuổi với 12 BN (34,29%), do TNSH gặp chủ yếu ở những BN trên 60 tuổi với 13 BN (37,14%). Nguyên nhân do TNLD chỉ có 3/35 BN (8,58%).

Bảng 3. Phân loại gãy xương theo A.O. (n=35)

Loại gãy	Nhóm A			Cộng	Nhóm C			Cộng
	A1	A2	A3		C1	C2	C3	
Số BN	8	2	9	19	4	3	9	16
Tỷ lệ (%)	22,86	5,72	25,71	54,29	11,43	8,57	25,71	45,71

Nhóm gãy TLC chiếm tỷ lệ cao, có 19 BN (54,29%), trong đó có 9 trường hợp gãy phức tạp (A3).

Trong nhóm gãy LLC 16 BN (45,71%), có 9 trường hợp gãy phức tạp (C3).

Tổn thương kết hợp: có 6 BN (17,14%) bao gồm 1 BN CTSN nhẹ, 1 BN gãy các xương khác, 2 BN gãy xương khác + VTFM, 2 BN bị VTFM đơn thuần. Các tổn thương đều được xử trí theo thứ tự ưu tiên. Trong đó, việc điều trị cần ưu tiên cứu sống tính mạng BN sau đó mới điều trị phục hồi giải phẫu xương gãy.

Thời điểm phẫu thuật: Có 10 BN (28,57%) được mổ kết xương trước 48 giờ, 18 BN (51,43%) mổ từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7. Có 5 BN (14,28%) mổ từ ngày thứ 8 đến ngày thứ 14 do có tổn thương phổi hợp cần điều trị và theo dõi, không nguy hiểm đến tính mạng mới phẫu thuật kết xương. Và 2 BN phẫu thuật sau tai nạn trên 14 ngày (5,72%), đây là 2 BN có bệnh lý nội khoa kết hợp phải điều trị ổn định trước mổ.

Kỹ thuật kết hợp: Có 22 trường hợp được sử dụng các phương tiện kết hợp.

Bảng 4. Kỹ thuật kết hợp (n=22)

Kỹ thuật kết hợp	Loại A				Loại C			+	Tổng
	A1	A2	A3	+	C1	C2	C3		
Vít xoắn	0	0	0	0	3	1	8	12	12
Vít xoắn + chỉ thép	0	0	0	0	0	2	1	3	3
Chỉ thép	5	1	0	6	1	0	0	1	7
Tổng	5	1	0	6	4	3	9	15	22

Có 12 BN được sử dụng kết hợp vít xoắn, trong đó 11 BN gãy loại C được sử dụng vít xoắn liên lồi cầu, 1 BN gãy loại C3 có gãy Hoffa kết hợp được sử dụng

vít xoắn để nẹp ép mảnh gãy Hoffa lồi cầu ngoài.

Có 3 BN được sử dụng vít xoắn và chỉ thép, trong đó 2 BN gãy C2 và 1 BN gãy C3.

Có 7 BN được sử dụng kết hợp thêm vòng chỉ thép, trong đó 5 BN gãy A1, 1 BN gãy C1, 1 BN gãy A2. Thực ra đây là những BN có đường gãy chéo vát liền tục lên 1/3D xương đùi.

Ghép xương: Trong 35 BN phẫu thuật có 1 BN được ghép xương mào chậu trong mổ, đây là bệnh nhân gãy TLC phức tạp loại A3, có nhiều mảnh rời nhỏ, thưa loãng xương, và có ổ khuyết xương lớn.

2. Kết quả điều trị

Kết quả gần: 35 BN (100%) liền vết mổ kỳ đầu, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ, 1 BN (2,86%) chảy máu sau mổ do dùng thuốc chống đông dài ngày trước mổ. 100% BN kiểm tra Xquang sau mổ đạt yêu cầu, tuy nhiên có 4 BN (11,43%) di lệch, trong đó: 3 BN (8,57%) di lệch ít, 1 BN (2,86%) BN di lệch mở góc vào trong trên 10° do gãy phức tạp liền lồi cầu, nhiều mảnh rời, trong mổ nắn chỉnh thẳng trục khó khăn. Hầu hết các BN được tập PHCN sớm sau mổ ngay sau tuần đầu tiên, có 1 BN kết xương và ghép xương mào chậu tự thân, được bất động khớp gối sau mổ bằng nẹp Orbe đùi bàn chân sau mổ 1 tháng rưỡi, sau đó mới tập vận động.

Kết quả xa: Theo dõi được 19 BN từ 12 - 51 tháng.

+ **Kết quả liền xương:** 18/19 BN (94,74%) liền xương, 1/19 BN (5,26%) khớp giả gãy nẹp.

+ **Phục hồi chức năng:** 11/19 BN (57,89%) gấp gối được $>125^{\circ}$, 5/19 BN (26,32%) gấp gối từ 100° - 124° , 2/19 BN (10,53%) hạn chế gấp gối từ 90° - 99° , 1/19 BN (5,26%) hạn chế gấp gối $<90^{\circ}$.

+ **Phục hồi giải phẫu:** 16/19 BN (84,21%) liền xương thẳng trục, 2/19 BN (10,53%) gấp góc vào trong $<10^{\circ}$. 1/19 BN (5,26%) gấp góc vào trong $>10^{\circ}$.

Kết quả chung sau phẫu thuật:

Bảng 5. Kết quả chung sau phẫu thuật (n= 19)

Loại	Số BN	Tỷ lệ
Rất tốt	7	36,85%
Tốt	10	52,63%
Trung bình	1	5,26%
Kém	1	5,26%
Cộng	19	100%

Theo tiêu chuẩn của Sander R (n=19), loại rất tốt 7 BN (36,85%), khá 10 BN (52,63%), trung bình 1 BN (5,26%), kém 1 BN (5,26%). Như vậy kết quả rất tốt - tốt là 89,48%, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu nẹp ổ lồi cầu AO (73,07%) của Đỗ Duy Trung.

Liên quan giữa kết quả và loại gãy:

Bảng 6. Liên quan giữa kết quả và loại gãy (n=19)

Kết quả	Nhóm A				Nhóm C				Cộng	Tỷ lệ (%)
	A1	A2	A3	+	C1	C2	C3	+		
Rất tốt	1	0	4	5	1	0	1	2	7	36,85
Tốt	1	0	3	4	1	1	4	6	10	52,63
TB	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2,86
Kém	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2,86
Cộng	3	0	7	10	2	1	6	9	19	100

Nhóm gãy trên lồi cầu: Kết quả rất tốt có 5 BN (26,32%); kết quả tốt có 4 BN (21,05%); kết quả kém có 1 BN (2,86%), đây là BN gãy loại A1, tuổi cao (66 tuổi), thưa loãng xương, gãy trên cùng xương đùi đã

thay khớp háng toàn phần có xi măng, biến chứng gãy nẹp, khớp giả.

Nhóm gãy liền lồi cầu: Kết quả rất tốt có 2 BN (10,53%); kết quả tốt có 6 BN (31,58%); kết quả trung bình có 1 BN (2,86%), đây là BN gãy liền lồi cầu phức tạp loại C3, nắn chỉnh phục hồi giải phẫu khó khăn, còn di lệch ít, hơn nữa BN sợ tập vận động nên phục hồi chức năng khớp gối kém.

Biến chứng: Di chứng thường gặp là mất hoặc hạn chế vận động khớp gối thường gặp sau gãy đầu dưới xương đùi, nguyên nhân thường gặp là cơ ngăn hoặc dính cơ tử đầu vào khối can xung quanh ổ gãy hay sơ dính các diện khớp. Trong số BN của chúng tôi có 2 BN (10,53%) hạn chế gấp gối từ 90° - 99° , 1 BN (5,26%) hạn chế gấp gối $<90^{\circ}$, đây là bệnh nhân nữ, tuổi cao, thưa loãng xương và ổ gãy trên cùng xương đùi đã thay khớp háng toàn phần có xi măng trước đó, bị khớp giả gãy nẹp nên rất sợ tập vận động.

KẾT LUẬN

1. Kết quả điều trị

Kết quả gần (n=35): Liền vết mổ kỳ đầu: 100%. Không có BN nào có biến chứng nhiễm khuẩn. Chảy máu sau mổ: 2,86%. Kết quả nắn chỉnh phục hồi giải phẫu: 88,57% hết di lệch, 8,57% còn di lệch ít và 2,86% di lệch lớn trên 10° . 100% đạt yêu cầu.

Kết quả xa (n=19): 94,74% liền xương, 5,26% khớp giả, 10,53% gấp góc vào trong $<10^{\circ}$, 5,26% gấp góc vào trong $>10^{\circ}$, 5,26% gấp gối $<90^{\circ}$.

Kết quả chung: 36,85% rất tốt, 52,63% tốt, 5,26% trung bình, 5,26% kém. Biến chứng: Khớp giả gãy nẹp 5,26%. Liền lệch 15,79%. Hạn chế gấp gối $<90^{\circ}$ là 5,26%.

2. Nhận xét chỉ định và kỹ thuật:

Kết xương nẹp khóa cho các gãy TLC, LLC xương đùi, đặc biệt ở người lớn tuổi loãng xương có nhiều ưu điểm do vít và nẹp khóa thành một khối kết xương vững chắc, phục hồi giải phẫu, giúp cho BN tập vận động sớm, PHCN tốt. Gãy phức tạp trên lồi cầu với ổ khuyết xương lớn nên chủ động ghép xương mào chậu tự thân để đạt kết quả tốt. Với gãy LLC dùng vít xoắn cố định mảnh gãy trước khi đặt nẹp ở 15 BN. Trong đó gãy Hoffa cần phát hiện và dùng vít xoắn kết hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chandrasekaran M., Subbaraj R., Nandakumar R., et al. (2015), "Distal Femur Fractures Treated by MIPO Locking Compression Plate—A Prospective Study on the Functional Outcome", *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 3(8), 7248 - 7253.
2. Hoffmann M. F., Jones C. B., Sietsema D. L., et al. (2013), "Clinical outcomes of locked plating of distal femoral fractures in a retrospective cohort", *J Orthop Surg Res*, 8, 43.
3. Nayak R. M., Koichade M. R., Umre A. N., et al. (2011), "Minimally invasive plate osteosynthesis using a locking compression plate for distal femoral fractures", *Journal of Orthopaedic Surgery*, 19(2), 185.
4. Shriharsha R. V., Sapna M. (2015), "Utility and outcomes of locking compression plates in distal femoral fractures", *International Journal of Research in Orthopaedics*, 1(1), 15-21.