

RESULTS OF CONSERVATIVE VERSUS SURGICAL TREATMENT OF DISTAL THIRD FOREARM FRACTURE IN CHILDREN AT HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS OF HO CHI MINH CITY

Vo Quang Dinh Nam^{1*}, Truong Phuoc Nhan²

¹Hospital for Traumatology and Orthopaedics - 929 Tran Hung Dao Street, Ward 1, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Binh Duong Rehabilitation Hospital - 31 Yersin, Phu Cuong, Thu Dau Mot, Binh Duong, Vietnam

Received: 16/01/2024

Revised: 03/02/2024; Accepted: 26/02/2024

ABSTRACT

Background: Distal third fracture is the most common location. Treatments are conservative or surgical; improper indication will leave deformities that will affect the child's pronation and supination function later on.

Purposes: To compare the results of conservative and surgical treatment.

Methods: This cross-sectional retrospective study was in patients ≤ 12 years old, treated at HTO for 5 years from March 2013 - April 2017.

Results: The average follow-up time of our study is 43.3 ± 12.3 months, the shortest is 28 months, the longest is 78 months. According to Daruwalla criteria, surgical results in 100% bone healing and good functions, and conservative results in 1 case of limited pronation of the hand of 22° ; however, it was compensated by shoulder movement and did not require further intervention. "Very satisfied" conservation was statistically significantly higher than the surgery group (76.7% vs 43.3%, $p=0.011$).

Conclusion: The bone healing rate of both treatment methods is high. Depending on the age, fracture type, fracture line, and displacement of each case as well as respecting the ability to remodel, choose the appropriate treatment method to give the best results.

Keywords: Distal third forearm fracture, surgery, conservation.

*Corresponding author

Email address: namvqd@hotmail.com

Phone number: (+84) 903 729 772

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.986>

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÀ PHẪU THUẬT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Quang Đình Nam^{1*}, Trương Phước Nhân²

¹Bệnh viện Chấn thương Chính hình - 929 Trần Hưng Đạo, phường 1, quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng Bình Dương - 31 Yersin, Phú Cường, Thủ Dầu Một, Bình Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16 tháng 01 năm 2024

Chỉnh sửa ngày: 03 tháng 02 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 26 tháng 02 năm 2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy 1/3 dưới là vị trí thường gặp nhất ở cẳng tay. Điều trị có thể bảo tồn hoặc phẫu thuật; nếu không đúng cách sẽ để lại can lệch ảnh hưởng đến chức năng sấp – ngửa của trẻ về sau.

Mục tiêu: So sánh kết quả của điều trị bảo tồn và phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả các bệnh nhi ≤ 12 tuổi, được điều trị tại BVCTCH trong 5 năm từ tháng 03/2013 – 04/2017. So sánh giữa 2 phương pháp về thời gian lành xương, chức năng.

Kết quả: Thời gian theo dõi trung bình của nghiên cứu là $43,3 \pm 12,3$ tháng, gần nhất là 28 tháng, lâu nhất là 78 tháng. Theo tiêu chuẩn Daruwalla: Phẫu thuật cho xương lành và cử động tốt là 100%, Bảo tồn ghi nhận có 1 trường hợp còn hạn chế cử động sấp bàn tay hạn chế 22^0 so với tay lành, và bù trừ bằng cử động khớp vai nên không cần can thiệp tiếp theo. Nhóm bảo tồn “rất hài lòng” cao hơn so với nhóm phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($76,7\%$ so với $43,3\%$, $p=0,011$).

Kết luận: Tỷ lệ lành xương của cả 2 phương pháp điều trị đều cao. Tùy vào lứa tuổi, kiểu gãy, đường gãy, độ di lệch của từng trường hợp cũng như tôn trọng khả năng tự điều chỉnh mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp để cho kết quả tốt nhất.

Từ khóa: Gãy 1/3 dưới 2 xương cẳng tay, phẫu thuật, bảo tồn.

*Tác giả liên hệ

Email: namvqd@hotmail.com

Điện thoại: (+84) 903 729 772

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.986>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy 2 xương cẳng tay là loại gãy thường gặp đứng thứ ba ở trẻ. Gãy 1/3 dưới là vị trí thường gặp nhất. Điều trị không đúng cách sẽ để lại can lệch ảnh hưởng đến chức năng sấp – ngửa của trẻ về sau.

Tỷ lệ thành công của các phương pháp điều trị bảo tồn (ĐTBT) và điều trị phẫu thuật (ĐTPT) gãy hai xương cẳng tay trẻ em ở các nghiên cứu nước ngoài khá cao. Các nghiên cứu đều nhấn mạnh đến tuổi và vai trò tự điều chỉnh sau gãy xương của trẻ do đó một số di lệch ở trẻ, trẻ càng nhỏ thì một số mức độ di lệch vẫn được chấp nhận, nên có thể hạn chế sự can thiệp hoặc can thiệp lại trong nhiều trường hợp, nhất là đối với trẻ còn ít nhất 4 năm tăng trưởng [1]; một số tác giả còn khuyến cáo chỉ điều trị phẫu thuật khi điều trị bảo tồn thất bại [2],[3].

Tại Việt Nam, đã có 1 số đề tài nghiên cứu về điều trị gãy thân hai xương cẳng tay ở trẻ em. Vũ Huyền Trinh [4] – Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM nghiên cứu kết quả điều trị 76 trường hợp gãy thân hai xương cẳng tay trẻ em 5 – 15 tuổi bằng phương pháp xuyên kim nội tủy kín, chỉ định chủ yếu gãy thân hai xương cẳng tay di lệch độ III, IV (Mani), tỷ lệ thành công đến 94,6% (35/37). Tuy nhiên các nghiên cứu này thời gian theo dõi tối thiểu còn ngắn: 6 tháng, chưa

đánh giá được khả năng tự điều chỉnh xương của trẻ em. Các nghiên cứu đều đánh giá gãy thân hai xương cẳng tay trẻ em, chưa có nghiên cứu nào đánh giá riêng biệt gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay trẻ em. Chưa có một nghiên cứu nào so sánh kết quả phục hồi chức năng và giải phẫu giữa hai phương pháp điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả điều trị bảo tồn và phẫu thuật gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay trẻ em tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh”.

Mục tiêu nghiên cứu là đánh giá kết quả điều trị bảo tồn và phẫu thuật gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay trẻ em ≤ 12 tuổi tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh sau hơn hai năm điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả này lựa chọn các hồ sơ bệnh án nhi ≤ 12 tuổi đã được điều trị gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 3/2013 – 4/2017. Loại trừ các trường hợp đa chấn thương, gãy xương trên nền gãy cũ hay dị dạng hai xương cẳng tay, gãy xương bệnh lý, gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay kèm trật khớp quay trụ trên hay dưới. Thời gian theo dõi tối thiểu 2 năm, đánh giá chức năng theo bảng 1 và 2.

Bảng 1. Đánh giá gấp - duỗi cổ tay theo Daruwalla (so với tay lành)

Kết quả chức năng	Biên độ gấp duỗi
Tốt	Giới hạn gấp – duỗi 0° – 5°
Khá	Giới hạn gấp – duỗi 6° – 10°
Trung bình	Giới hạn gấp – duỗi 11° – 15°
Xấu	Giới hạn gấp – duỗi > 15°

Bảng 2. Đánh giá sấp - ngửa cẳng tay theo Daruwalla (so với tay lành)

Kết quả chức năng	Biên độ sấp ngửa
Rất tốt	Như nhau hai tay
Tốt	Giới hạn sấp – ngửa < 20°
Trung bình	Giới hạn sấp – ngửa 20° – 40°
Xấu	Giới hạn sấp – ngửa > 40°

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh thông qua. Dữ liệu được thu thập và phân tích bằng SPSS 20.0. So sánh hai số trung bình bằng kiểm định T-test và so sánh hai tỷ lệ bằng kiểm định chi bình phương; ước lượng mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của gãy 1/3 dưới 2 xương cẳng tay

Tuổi trung bình: $8,1 \pm 3,0$ tuổi trung bình ở nhóm ĐTBТ: $6,6 \pm 3,0$ nhỏ nhất: 2 tuổi, lớn nhất: 11 tuổi và ở nhóm ĐTPT: $9,6 \pm 2,3$ nhỏ nhất: 4 tuổi, lớn nhất: 12 tuổi. Nhóm < 10 tuổi được ghi nhận chiếm tỉ lệ nhiều hơn ở nhóm ĐTBТ, ít hơn ở nhóm ĐTPT, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02 (<0,05)$. Nhóm ĐTPT có độ tuổi trung bình cao hơn so với nhóm ĐTBТ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02 (<0,05)$.

Đặc điểm của 2 nhóm được thể hiện trong Bảng 3. Thời

gian chấn thương trung bình ở nhóm ĐTBТ: $0,3 \pm 0,9$ ngày, chủ yếu trong ngày; còn ở nhóm ĐTPT: $3,1 \pm 4,4$ ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có 27/60 (45%) bệnh nhân gãy xương cẳng tay được sơ cứu ban đầu. Tuy nhiên số bệnh nhân không được sơ cứu có 33/60 trường hợp, chiếm 55%, đa số nằm trong nhóm ĐTBТ (25 trường hợp), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cơ chế chấn thương và nguyên nhân chấn thương chủ yếu cả hai nhóm là gián tiếp và tai nạn sinh hoạt. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về chi gãy ($p > 0,05$).

Kiểu gãy ở nhóm ĐTBТ đa phần là gãy cành tươi: xương quay 11 trường hợp, xương trụ 19 trường hợp; còn nhóm ĐTPT chỉ có 3 trường hợp gãy cành tươi xương trụ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Đường gãy ở nhóm ĐTBТ đều là gãy ngang, chỉ có 01 trường hợp gãy chéo xương trụ (xương quay trường hợp này gãy ngang) trong khi đó nhóm ĐTPT có 8 trường hợp gãy chéo cả xương quay và xương trụ (đây là loại gãy không vững), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương của 2 nhóm (n=60)

	Nhóm ĐTBТ (n=30)	Nhóm ĐTPT (n=30)	Tổng (n=30)	p
Thời gian từ khi chấn thương → nhập viện	$0,3 \pm 0,9$	$3,1 \pm 4,4$	$1,7 \pm 2,6$	0,00
Sơ cứu trước khi vào viện				
Có	5 (16,7)	22 (73,3)	27 (45,0)	0,00
Không	25 (83,3)	8 (26,7)	33 (55,0)	
Cơ chế chấn thương				
Trực tiếp	1 (3,3)	0(0)	1 (1,7)	0,31
Gián tiếp	29 (96,7)	30 (100)	59 (98,3)	
Nguyên nhân				
TNGT	1 (3,3)	5 (16,7)	6(10)	0,09
TNSH	29 (96,7)	25 (83,3)	54 (90)	
Chi gãy				
TayP	13 (43,3)	14 (46,7)	27 (45)	0,80
TayT	17 (56,7)	16 (53,3)	33 (55)	
Tay thuận				
TayP	29 (96,7)	27 (90)	56 (93,3)	0.30
TayT	1 (3,3)	3 (10)	4 (6,7)	
Loại gãy				
Kín	30 (100)	28 (93,3)	58 (96,7)	0,15
Hở	0 (0)	2 (6,7)	2 (3,3)	

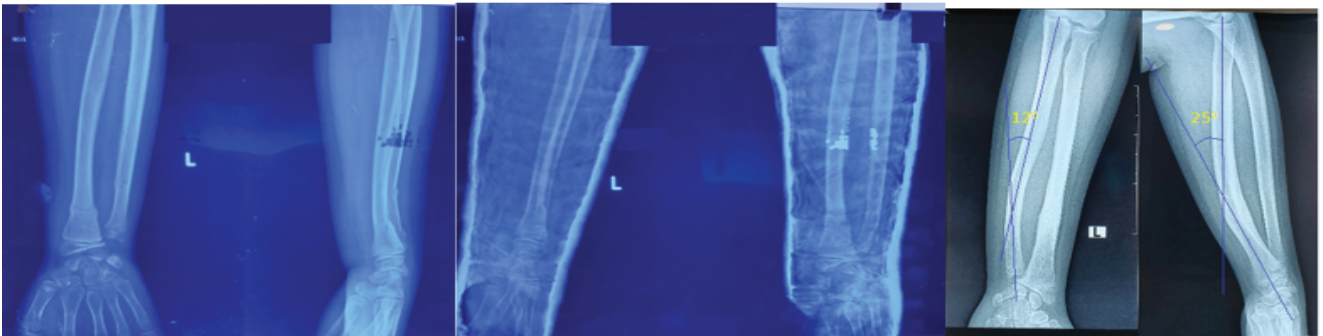
Số trường hợp được ĐTBТ bằng với số ĐТPT, với 30/60 (50%) bệnh nhân. Tuy nhiên trong nhóm ĐТPT, tỷ lệ mổ hở khá cao: 19 trường hợp chiếm 63,3% các trường hợp này được can thiệp tối thiểu với đường mổ nhỏ 1 – 2cm nên để lại sẹo không đáng kể, không ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Tất cả 30 bệnh nhân điều trị bảo tồn đều được nắn chỉnh 1 lần, chỉ số bột trung bình là $0,92 \pm 0,11$. Ghi nhận có 6 trường hợp nắn thất bại phải chuyển phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân đều ≥ 9 tuổi, gãy 2 xương. Bệnh nhân có đặc điểm gãy di lệch độ IV và sau khi nắn 5 trường hợp còn di lệch độ IV, 01 trường hợp di lệch độ III nhưng còn di lệch gập góc xương quay ra sau, đường gãy chéo (gãy không vững) nên phải chuyển sang phẫu thuật (các trường hợp này

được nắn chỉnh tại phòng bột với vô cảm bằng gậy tê ổ gãy).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương sau hơn 2 năm

Thời gian theo dõi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là $43,3 \pm 12,3$ tháng, gần nhất là 28 tháng, lâu nhất là 78 tháng. Tỷ lệ đạt kết quả phục hồi chức năng và giải phẫu của hai phương pháp điều trị không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Có 01 (3,3%) bệnh nhi ở nhóm ĐTBТ còn di lệch gập góc ra sau xương quay 250 (Hình 1). Có 1 (3,3%) bệnh nhi ở nhóm ĐTBТ còn di lệch gập góc mở vào trong xương trụ 120 trên bệnh nhân bị gãy cành tươi trước đó.

Hình 1. Di lệch còn lại lúc tái khám



A. Hình ảnh Xquang lúc chấn thương, B. Xquang sau nắn, C. Xquang kiểm tra tại thời điểm tái khám xương còn gập góc ra sau xương quay 250, gập góc mở ra ngoài xương trụ 120 (BN: Vương Gia B. nam, sn 2006, số BA 2311NH/16; Nguồn: tác giả).

Có 1 BN (3,3%) ở nhóm ĐTBТ kết quả hạn chế sấp – ngửa tay gãy so với tay lành 220 xếp loại trung bình – theo tiêu chuẩn của Daruwalla; trường hợp này hạn chế sấp được bù trừ nhờ vận động của khớp vai (Hình 2).

Hình 2. Hạn chế sấp - ngửa so với tay lành 220



(BN: Vương Gia B. Nam, sn 2006, số BA 2311NH/16; Nguồn: tác giả).

Tỷ lệ bệnh nhi đạt kết quả phục hồi chức năng gấp đôi ở mức tốt của hai phương pháp là 100%; Tóm lại, tỷ lệ bệnh nhi đạt kết quả phục hồi chức năng ở cả 2 nhóm 100%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở mức độ hài lòng hoặc rất hài lòng, chiếm tỉ lệ 98,3% (Bảng 4).

Bảng 4. Mức độ hài lòng theo thang điểm Likert

	Nhóm ĐTBТ (n=30)	Nhóm ĐTPT (n=30)	Tổng (n=30)	p
Rất hài lòng	23 (76,7)	13 (43,3)	36 (60)	0.11
Hài lòng	6 (20)	17 (56,7)	23 (38,3)	
Chấp nhận được	1 (3,3)	0 (0)	1 (1,7)	
Không hài lòng	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay trẻ em

Nghiên cứu của Hassan FO trên 181 bệnh nhân độ tuổi 2-15 tuổi, tuổi trung bình là 8,08 ở nam là 8,97 và nữ là 5,98. Tác giả cũng cho rằng độ tuổi ở bé nam cao hơn nữ là do ở độ tuổi này, bé nam tham gia nhiều hoạt động ngoài trời hơn [1].

Nghiên cứu của chúng tôi trên 60 bệnh nhân ghi nhận độ tuổi từ 2-12 tuổi, trung bình 8,1 ± 3,0, nhóm điều trị phẫu thuật có tuổi trung bình cao hơn nhóm điều trị bảo tồn (9,6 ± 2,3 và 6,6 ± 3,0). Kết luận này tương tự với các tác giả khác trên thế giới về nhóm tuổi chọn bệnh và độ tuổi trung bình.

Theo tác giả Landin L.A tỉ lệ nam gấp đôi nữ, Ouattara O cho tỉ lệ nam/nữ là 2,63. Tác giả Vũ Huyền Trinh cho tỉ lệ nam/nữ là 3/1 [2], [3], [4]. Tác giả Qidwai S. A có tỉ lệ nam gấp 5,7 lần nữ, Choi K.Y có nam gấp 5 lần nữ [5], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ nam/nữ là 3,3 kết quả này tương đồng với các kết quả khác là tỉ lệ mắc ở nam cao hơn ở nữ nhiều lần, chủ yếu vì sự hiếu động trong các hoạt động của bé nam hơn bé nữ.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương sau hơn 2 năm

Nghiên cứu của tác giả Chess DG cho rằng có mối liên quan giữa di lệch thứ phát trong điều trị bảo tồn với: kỹ thuật bột kém, không tuân bột ba điểm đúng cách, kinh nghiệm của người bó bột [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sau can thiệp điều trị ở thời điểm nằm viện, đối với xương quay: đa số hết di lệch gấp góc 29/30 chiếm 93,7%; di lệch sang bên chỉ còn ở độ I và II: 12

(40%) và 18 (60%); không còn di lệch chông ngắn. Đối với xương trụ: hết di lệch gấp góc, di lệch sang bên còn lại chủ yếu là độ I: 22/30 chiếm 73,3%; đa số hết di lệch chông ngắn 29/30 chiếm 96,7%. Ở thời điểm sau ít nhất 02 năm chỉ còn 01 trường hợp còn can lệch gấp góc 25°, thuộc nhóm gãy cành tươi. Tỷ lệ phục hồi giải phẫu ở nhóm điều trị bảo tồn sau ít nhất 02 năm là 96,7%. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp trong nhóm ĐTBТ còn hạn chế sấp 22°. Trường hợp này bệnh nhi bị gãy cành tươi, gãy 1 vỏ xương sau, do khi nắn chưa bẻ vỏ còn lại. Từ đó xương phát triển lệch hướng, tạo thành can lệch. Tuy nhiên bệnh nhân được bù trừ bởi vận động của khớp vai nên không xử trí gì thêm. Trường hợp này đạt kết quả phục hồi chức năng ở mức trung bình theo tiêu chuẩn của Daruwalla. Nghiên cứu của Maccagnano 225 bệnh nhi ở Ý ghi nhận giá trị trung bình chênh lệch biên độ sấp của hai tay là 4,3° (0° – 9°), có 61,5% bệnh nhi thất bại với điều trị bảo tồn có chênh góc sấp > 5°. Tương tự số liệu ở hoạt động ngửa là 4,3° (3° – 10°) và 53,9% bệnh nhi thất bại với điều trị bảo tồn có chênh lệch ngửa > 5° [8]. Từ đó kết luận phương pháp điều trị bảo tồn có hiệu quả đối với gãy xương cẳng tay ở trẻ em; bó bột cho kết quả tốt ở những trẻ < 10 tuổi, gãy dạng cành tươi và nắn chỉnh tốt sau bó bột.

Trong nghiên cứu chúng tôi, hầu hết các trẻ trong nhóm phẫu thuật có tình trạng gãy xương hoàn toàn: 81,7% xương quay gãy hoàn toàn và 63,3% xương trụ gãy hoàn toàn. Chúng tôi còn ghi nhận sau khi nắn chỉnh, ở nhóm điều trị phẫu thuật có 1(3,3%) xương quay còn di lệch sang bên hơn 1/2 thân xương (độ III) và 1(3,3%) xương trụ di lệch > 1 thân xương. Kết quả sau 2 năm điều trị, chúng tôi ghi nhận 100% trẻ có đạt kết quả phục hồi chức năng. Lascombes P. cho kết quả 12 trường hợp gấp góc sau mổ nhưng đều nhỏ hơn 5°, 6 trường hợp <



10 tuổi phục hồi sau 2 năm, 6 trường hợp > 10 tuổi có 2 trường hợp phục hồi hoàn toàn, 3 giới hạn sấp ngửa 20°, 1 giới hạn sấp ngửa 30°^[9]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trước và sau can thiệp phẫu thuật ở xương quay có 13/30 – 0/30 trường hợp di lệch gập góc, 25/30 – 1/30 trường hợp còn di lệch sang bên độ cao (độ III, IV), 17/30 – 1/30 trường hợp chùng ngắn. Ở xương trụ sau can thiệp ghi nhận trước và sau phẫu thuật là 13/30 – 0/30 di lệch gập góc, 13/30 – 1/30 di lệch sang bên độ cao (độ III, IV), 10/30 – 0/30 di lệch chùng ngắn. Tại thời điểm tái khám sau ít nhất 2 năm điều trị, tất cả các trường hợp ĐTPT đều không còn nhìn thấy ổ gãy trên phim Xquang. Tỷ lệ phục hồi chức năng và giải phẫu ở nhóm ĐTPT đạt kết quả cao (100%).

Qua phân tích các báo cáo và kết quả của nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi nhận thấy rằng phương pháp điều trị bảo tồn thường được áp dụng cho trẻ nhỏ dưới 10 tuổi, khi xương gãy kiểu cành tươi, dễ nắn chỉnh lại. Với các trẻ lớn hơn 10 tuổi, khi xương cứng hơn, gãy hoàn toàn, di lệch không nắn chỉnh được hoặc xương không lành, phẫu thuật cố định xương gãy nên được áp dụng. Tuy nhiên, đối với các trường hợp gãy xương quay đầu xa, gãy xương di lệch nhiều hơn 1 thân xương thì phương pháp phẫu thuật cho kết quả tốt hơn. Tác giả Kim và cộng sự^[10] chỉ định phẫu thuật đóng đinh cố định nội tủy cho 40 bệnh nhân bị gãy đầu xa xương cánh tay cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 11 tuổi.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả điều trị bảo tồn và phẫu thuật 60 bệnh nhi ≤ 12 tuổi (trung bình 8,1±3 tuổi) gãy 1/3 hai xương cẳng tay tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh từ 3/2013 đến 4/2017, sau hơn 02 năm theo dõi điều trị (trung bình 43,3 ± 12,3 tháng), chúng tôi rút ra những kết luận sau:

Phương pháp điều trị bảo tồn: có 30 (100%) trường hợp phục hồi hoàn toàn về mặt chức năng và 29 (96,7%) trường hợp phục hồi giải phẫu, còn 01 trường hợp còn can lệch gập góc mở ra sau xương quay 25° và hạn chế cử động sấp 22°, đạt phục hồi chức năng ở mức trung bình (theo tiêu chuẩn của Daruwalla), tuy nhiên sự hạn chế này được bù trừ nhờ vận động của khớp vai.

Phương pháp điều trị phẫu thuật: toàn bộ bệnh nhân đều đạt kết quả phục hồi chức năng và giải phẫu 100%.

Kết quả phục hồi chức năng và giải phẫu sau điều trị

bảo tồn và phẫu thuật gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay trẻ em ≤ 12 tuổi sau ít nhất 2 năm điều trị đạt tỷ lệ tương đương nhau. Không có sự khác biệt giữa hai phương pháp điều trị với p=0,31 (<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hassan FO, Hand dominance and the gender in forearm fractures in children; Strat Traum Limb Licon, 3, pp.101-103, 2008.
- [2] Landin LA, Epidemiology of children's fractures, J Pediatr Orthop B, 6, pp.79-83, 1997.
- [3] Outtara O, Result of treatment of forearm fractures in children, Mali Med, 22(3), pp.43-46, 2007.
- [4] Vũ Huyền Trinh, Điều trị gãy hai xương cẳng tay trẻ em bằng phương pháp xuyên đinh nội tủy dưới màng tăng sáng, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y dược TP.HCM, tr.45-87, 2002
- [5] Qidwai S, Treatment of diaphyseal forearm fractures in children by intramedullary Kirschner wire, J Trauma, Feb; 50(2) pp.303-7, 2001.
- [6] Choi KY et al., Percutaneous Kirschner-wire pinning for severely displaced distal radial fractures in children, The Journal of Bone and Joint Surgery, vol 77-B (5), Sep, pp.797-801, 1995.
- [7] Chess DG, Hyndman JC, Leahey JL et al., Short arm plaster cast for distal pediatric forearm fractures, J. Pediatr Orthop, 14, pp.211-213, 1994.
- [8] Maccagnano G, Failure Predictor Factors of Conservative Treatment in Pediatric Forearm Fractures, BioMed Research International, Volume 2018.
- [9] Lascombes P, Metaizeau JP et al., Elastic stable intramedullary nailing in forearm shaft fractures in children: 85 cases, J. Pediatr Orthop, 10(2): pp.167-71, 1990.
- [10] Kim BS, Lee YS, Park SY et al., Flexible intramedullary nailing of forearm fractures at the distal mrtadiaphyseal junction in adolescent, Clinics in Orthopedic Surgery, 9(1), pp.102-108, 2017.