

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY DUPUYTREN
BẰNG PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG BÊN TRONG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG**

Nguyễn Trọng Nghĩa^{1}, Trần Quang Toàn¹
Nguyễn Minh Hoàng², Nguyễn Công Duy³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy Dupuytren bằng phẫu thuật kết hợp xương cố định ổ gãy tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc, không nhóm chứng trên 37 bệnh nhân (BN) được khám và điều trị ở Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật kết xương trong tuần đầu tiên, trong đó, phẫu thuật trong 24 giờ đầu là 81,1%. Kết quả gần sau phẫu thuật: 100% BN liền kỳ đầu vết mổ, ổ gãy xương mất hết di lệch ở 36/37 BN (97,3%), 1 BN còn di lệch ít, 19/21 BN ổ gãy mất cá trong hết di lệch (90,5%), kỹ thuật kết xương đạt yêu cầu ở 100% BN. Kết quả xa: Không có viêm rò, loét tại chỗ mổ; 100% BN có ổ gãy liền xương và khớp chày mác dưới được cố định vững, xương sên về vị trí giải phẫu. Điểm trung bình AOFAS là $92,92 \pm 6,85$ điểm (73 - 100 điểm); 27 BN đạt kết quả tốt, 8 BN đạt loại khá và 2 BN đạt trung bình, không có kết quả kém. Không phát hiện biến chứng gãy vít cố định khớp chày mác dưới. **Kết luận:** Phẫu thuật kết xương bên trong là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị gãy Dupuytren.

Từ khóa: Gãy Dupuytren; Nẹp vít; Mộng chày mác dưới.

**EVALUATION OF THE TREATMENT RESULTS OF DUPUYTREN'S
FRACTURES WITH INTERNAL BONE JOINT SURGERY
AT HA DONG GENERAL HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To evaluate the treatment results of Dupuytren fractures with internal fusion surgery at Ha Dong General Hospital. **Methods:** A prospective,

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

³Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Trọng Nghĩa (nghia.dr@gmail.com)

Ngày nhận bài: 14/12/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 10/01/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i2.587>

cross-sectional, descriptive, and longitudinal study without a control group on 37 patients examined and treated at Ha Dong General Hospital. **Results:** All patients had internal bone fusion surgery in the first week, of which 81.1% had surgery in the first 24 hours. Immediate results after surgery: 100% union at the beginning of the incision, the fibula fracture was no longer displaced in 36/37 patients (97.3%), 1 patient still had a little displacement, the medial ankle fracture was no longer displaced in 19/21 patients (90.5%), bone formation technique 100% requirements. The distant results showed no fistula or ulcer at the surgical site; 100% of fractures were bone union. Syndesmosis joints were normal; the talus bone was no longer displaced in 100% of patients. The average AOFAS score is 92.92 ± 6.85 points (73 - 100 points). There were 27 patients with good results, 8 with good results, and 2 with average results, and no poor results. No complications of screw fracture fixing the syndesmosis joint were detected. **Conclusion:** Internal fusion surgery is a safe and effective method for treating Dupuytren fractures.

Keywords: Dupuytren fracture; Screw plate; Syndesmosis joint.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Dupuytren là một loại gãy xương phạm khớp thường gặp ở vùng khớp cổ chân, được mô tả với tổn thương điển hình là gãy đầu dưới xương mác, tổn thương các dây chằng của khớp chày mác dưới và dây chằng Delta, bán sai khớp xương sên ra ngoài; có hoặc không gãy mắt cá trong. Khớp cổ chân thường rất dễ bị chấn thương do khớp này tương đối di động và chịu nhiều áp lực liên quan đến chịu trọng lượng cơ thể. Khớp cổ chân chịu trọng lượng trên một đơn vị diện tích lớn hơn bất kỳ khớp nào khác trong cơ thể, chịu trọng lượng gấp 5 lần cơ thể khi đi bộ. Mặc dù là khớp dễ bị tổn

thương nhất trên cơ thể nhưng lại ít được quan tâm và điều trị nhất. Cổ chân rất quan trọng vì trọng lượng cơ thể được truyền qua nó và khả năng vận động phụ thuộc vào độ ổn định của khớp. Nhiều chấn thương cổ chân bao gồm cả thành phần xương và dây chằng. Chụp cộng hưởng từ ngày nay rất hữu ích để chẩn đoán chấn thương dây chằng và sửa chữa trong khi điều trị vết gãy này. Nhiều tác giả đã nghiên cứu về chấn thương mắt cá chân, đầu tiên là Baron, Dupuytren và sau đó là Maisonneuve, nhưng phải đến năm 1922, sự hiểu biết đúng đắn về phân loại và cơ chế gãy xương mắt cá chân mới được Ashurst và Bromer công bố

trong một bài báo. Vào năm 1948 - 1954, Lauge-Hansen đã công nhận bốn mô hình dựa trên trình tự chấn thương thuần túy và được tính đến tại thời điểm chấn thương mắt cá chân, làm biến dạng hướng lực và vị trí của bàn chân. Để tránh các biến chứng như trong tất cả các loại gãy xương trong khớp, cần phải đạt được sự giảm bớt về mặt giải phẫu bằng phương pháp mở và cố định bên trong gãy hai mắt cá chân. Kết quả điều trị gãy xương hai mắt cá chân sẽ tốt hơn khi tập trung vào cố định ổ gãy xương đạt được về mặt giải phẫu, cố định vững bên trong, lấy lại đầy đủ chiều dài xương mác và tập vận động tích cực sớm mà không bị đau theo nguyên lý kết hợp xương của AO. Xuất phát từ những lí do trên đây, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy Dupuytren bằng phẫu thuật kết xương bên trong tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

* *Đối tượng nghiên cứu:* BN gãy Dupuytren do chấn thương được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít mắt cá ngoài và vít xóp mắt cá trong tại Khoa Chấn thương Chính hình, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 01/2021 - 6/2022.

* *Tiêu chuẩn tuyển chọn:* BN gãy Dupuytren do chấn thương được điều trị phẫu thuật kết xương bên trong, tuổi ≥ 18 .

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có gãy xương bệnh lý ở xương mác hoặc mắt cá; gãy xương gót và/hoặc gãy xương sên kèm theo; gãy xương ở chi sẵn có các di chứng, dị tật ảnh hưởng đến đánh giá chức năng của chi sau mổ; gãy Dupuytren được điều trị kết xương mắt cá trong bằng xuyên kim buộc chỉ thép hoặc kết xương mác bằng đinh kirchner; không đủ hồ sơ bệnh án, X-quang trước - sau mổ và không được theo dõi, đánh giá kết quả phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc, không nhóm chứng.

* *Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu trên 37 BN.

* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin:*

- Đặc điểm chung trong nhóm nghiên cứu: Tuổi chia theo các nhóm từ 18 - 20, 20 - 50, 51 - 60, > 60 tuổi; giới tính nam và nữ. Nguyên nhân chấn thương: Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao, tai nạn lao động. Thời điểm phẫu thuật: Tính từ lúc chấn thương đến khi được phẫu thuật. Phim X-quang khớp cổ chân tư thế thẳng, nghiêng theo chuẩn, trước và sau phẫu thuật.

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

- Các bệnh lý toàn thân kết hợp: Tăng huyết áp, đái tháo đường...

- Phương pháp phẫu thuật: Tất cả các BN trong nghiên cứu được phẫu thuật bằng phương pháp kết hợp xương bên trong dưới hướng dẫn của chụp C-arm.

- Đánh giá kết quả gần:

+ Diễn biến tại các vết mổ (vết mổ kết xương mác, mắt cá trong (MCT), mắt cá sau (MCS)): Liên kỳ đầu, liên vết mổ kỳ hai hoặc nhiễm khuẩn sâu gây viêm xương.

+ Kết quả kết xương: Đánh giá trên phim X-quang chụp sau mổ ở phim chuẩn thẳng, nghiêng. Đánh giá theo các tiêu chí: Các di lệch ổ gãy được nắn chỉnh đạt hay không đạt (ổ gãy MCT, MCS, xương mác trở về vị trí giải phẫu); dụng cụ kết hợp xương (vị trí nẹp, kết quả bắt vít xóp ở MCT, MCS, vít cố định khớp chày mác dưới).

+ Đánh giá các chỉ tiêu trên phim X-quang khớp cổ chân tư thế chuẩn thẳng và nghiêng trước và sau mổ: Đặc điểm di lệch ra ngoài của xương sên, mộng chày mác doãng hơn, di lệch ổ gãy.

- Đánh giá kết quả thời điểm sau 6 tháng: Đánh giá mức độ liền xương trên phim chụp X-quang tư thế thẳng, nghiêng (hết di lệch, còn di lệch ít, di lệch lớn, không liền)

- Đánh giá kết quả xa: Kết quả đánh giá sau ít nhất 12 tháng kể từ khi phẫu

thuật. Đánh giá tình trạng sẹo mổ (sẹo mềm mại, sẹo lồi, viêm rò...): Đánh giá liền xương và mức độ di lệch (dựa trên kết quả X-quang thẳng và nghiêng tại thời điểm kiểm tra, so sánh với X-quang sau mổ). Đánh giá chức năng khớp cổ chân sau phẫu thuật, chúng tôi dựa trên hệ thống điểm đánh giá chức năng khớp cổ bàn chân của Hội Chỉnh hình bàn chân và mắt cá của Hoa Kỳ (hệ thống điểm AOFAS). Đánh giá mức độ thoái hóa khớp cổ chân, chúng tôi dựa trên bảng đánh giá của Van Dijk để đánh giá phim X-quang quy ước chụp khớp cổ chân.

* *Xử lý số liệu*: Bảng phần mềm Strata 2.0. Kết quả các biến được trình bày dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn, tính tần số, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất.

3. Đạo đức nghiên cứu

Chúng tôi cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào trong nghiên cứu. Các đối tượng tham gia được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu là nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thông tin BN nghiên cứu được bảo mật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là

41,68 ± 14,25 (18 - 70). Độ tuổi từ 20 - 50 chiếm 62,2% (23 BN).

- 22 BN nam (59,5%), tuổi trung bình 38,21 ± 12,81 (19 - 70). 15 BN nữ (40,5%), tuổi trung bình 46,67 ± 14,91 (18 - 68).

- Nguyên nhân chấn thương: Tai nạn giao thông chiếm 48,6%; tai nạn thể thao chiếm 37,8%; tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt lần lượt chiếm 8,2% và 5,4%

- 11 BN (29,7%) được cố định tạm thời bằng nẹp trước khi đến viện. 25 BN (67,6 %) chưa được xử trí trước khi nhập viện.

- Các BN có bệnh mạn tính phối hợp (tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ)...): 4 BN tiền sử THA và 1 BN mắc ĐTĐ tít I. Các BN đều được hội chẩn và điều trị nội khoa ổn định bởi bác sĩ chuyên khoa trước khi phẫu thuật.

2. Phương pháp phẫu thuật điều trị

- Thời điểm phẫu thuật: 100% BN được chỉ định phẫu thuật kết xương bên trong trong tuần đầu sau khi bị gãy xương, trong đó 30 BN (81,8%) được mổ trong vòng 24 giờ, 5 BN (13,5 %) được phẫu thuật từ ngày thứ 2 - 3, 2 BN (5,4%) được mổ từ ngày thứ 4 - 7.

- Phương pháp kết xương:

Kỹ thuật mổ được lựa chọn là mổ đặt nẹp vít kết hợp xương mác trước,

đường mổ mặt ngoài 1/3 dưới cẳng chân. Kết xương mác nẹp vít trong đó 2 BN (5,4%) gãy chéo vát được buộc vòng thép tăng cường.

19 BN kết hợp xương MCT chủ yếu dùng hai vít xóp (90,5%); 2 BN dùng 01 vít xóp (9,5%).

Kết hợp MCS chỉ định kết xương vít xóp dựa vào cắt lớp vi tính khớp cổ chân. 5 BN gãy di lệch lớn, diện tích mảnh gãy > 25% diện tích mặt khớp được kết xương bằng vít xóp.

Cố định khớp chày mác dưới: tất cả các BN được bắt vít cố định trong đó qua 3 vỏ xương (94,6%) và chỉ 2 BN bắt vít qua 4 vỏ xương. Phần lớn các vít được bắt qua lỗ nẹp, chỉ có 7 BN (18,9%) bắt vít cố định khớp ngoài nẹp.

3. Kết quả điều trị

100% BN được đánh giá kết quả gần, thời điểm sau 6 tháng và kết quả xa sau phẫu thuật

** Kết quả gần:*

Tại vết mổ: Tất cả vết mổ xương mác, MCT và MCS liền kỳ đầu 100%; không phát hiện nhiễm khuẩn sâu, viêm xương.

Kết quả phẫu thuật kết xương: Dựa trên X-quang kiểm tra sau mổ khớp cổ chân hai tư thế chuẩn thẳng, nghiêng.

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

Bảng 1. Kết quả phục hồi giải phẫu trên phim sau mổ (n = 37).

Vị trí	Kết quả		
	Hết di lệch	Di lệch ít	Di lệch lớn
Mắt cá trong (n = 21)	20 (95,2%)	1 (4,8%)	0
Mắt cá ngoài hoặc xương mác (n = 37)	36 (97,3%)	1 (3,7%)	0
Mắt cá sau (n = 5)	5 (100%)	0	0

Hết di lệch ở hầu hết các trường hợp, di lệch ít ở 01 ổ gãy xương mác và 01 ổ gãy mắt cá trong. Không có di lệch lớn

- Khớp chày mác dưới và mộng chày mác: 100% BN có khớp chày mác dưới và mộng chày mác bình thường, không doãng.

- Mức độ sai khớp ra ngoài của xương sên: 100% BN hết sai khớp, khoảng cách trung điểm ngang xương sên và trục xương chày đạt yêu cầu.

* *Kết quả thời điểm sau 6 tháng, tình trạng sẹo mổ:*

100% sẹo mổ mềm mại.

Bảng 2. Kết quả liền xương tại thời điểm 6 tháng (n = 37).

Vị trí	Kết quả liền xương			
	Liên xương hết di lệch	Liên xương di lệch ít	Liên xương di lệch lớn	Không liền xương
Mắt cá trong (n = 21)	19 (90,5%)	2 (9,5%)	0	0
Mắt cá ngoài hoặc xương mác (n = 37)	36 (97,3%)	1 (2,7%)	0	0
Mắt cá sau (n = 5)	4 (80%)	1 (20%)	0	0

Chụp X-quang khớp cổ chân cho thấy kết quả liền xương đạt 100%. Không có biến chứng gãy nẹp, trồi vít, tuột vít.

* *Kết quả xa:*

- Sẹo mổ xương mác: 24 BN sẹo đẹp (64,9%); 15 BN sẹo phì đại (35,1%).

- Kết quả liền xương ổ gãy xương mác, MCT và MCS là 100%.

* *Kết quả phục hồi cơ năng khớp cổ chân (AOFAS):*

Đánh giá mức độ đau khi vận động: 33 BN không đau khi đi lại và hoạt động mạnh; 4 BN còn lại thỉnh thoảng có đau khi đi bộ nhưng đi lại vẫn bình thường.

Bảng 3. Kết quả phục hồi biên độ vận động gấp duỗi khớp cổ chân (n = 37).

Biên độ gấp duỗi (điểm)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (8)	34	91,9
Hạn chế ít (4)	3	8,1
Hạn chế nhiều (0)	0	0
Cộng	37	100
Điểm trung bình	7,35 ± 1,51 (min 3 - max 8)	

34 BN (91,9%) có biên độ vận động khớp cổ chân bình thường, 3 BN (8,1%) có biên độ vận động khớp cổ chân hạn chế nhẹ động tác gấp mu.

Bảng 4. Kết quả phục hồi biên độ vận động sấp ngửa bàn chân (n = 37).

Biên độ sấp ngửa (điểm)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (6)	30	81,1
Hạn chế ít (3)	7	18,9
Hạn chế nhiều (0)	0	0
Cộng	37	100
Điểm trung bình	4,95 ± 1,44 (min 3 - max 6)	

30 BN có bàn chân bình thường khi thực hiện động tác sấp ngửa, 7 BN hạn chế nhẹ khi vận động sấp ngửa bàn chân, chủ yếu hạn chế động tác ngửa (5/7 BN). Tuy nhiên, không ảnh hưởng đến vận động, đi lại.

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

Bảng 5. Kết quả chung theo thang điểm AOFAS (n = 37).

Kết quả (điểm)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt (> 90)	27	73,0
Khá (81 - 90)	8	21,6
Trung bình (70 - 80)	2	5,4
Kém (< 70)	0	0
Tổng	37	100
Điểm trung bình	92,92 ± 6,85 (min 73 - max 100)	

Điểm AOFAS trung bình là 92,92 ± 6,85 điểm (73 - 100 điểm).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 37 BN gãy Dupuytren được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bên trong tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. BN nam chiếm ưu thế hơn với 59,5% so với 40,5% bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,46. Tỷ lệ này so với nghiên cứu của Trần Văn Cư và CS (2016) là thấp hơn, tỷ lệ nam/nữ là 2,7 [1].

Tuổi trung bình của BN là 41,68 ± 14,25 (18 - 70). Độ tuổi từ 20 - 50 chiếm 62,2% (23 BN). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Agir I và CS (2015) [2], nghiên cứu của Mohammed R và CS (2011) [3].

Nguyên nhân chấn thương hàng đầu là do tai nạn giao thông chiếm 48,6 %

(18 BN) và phần lớn liên quan đến xe máy. Nghiên cứu của Raj K (2018) cho thấy nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 51,2% [4].

2. Thời điểm phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi có 30 BN (81,1%) được phẫu thuật trong ngày đầu sau tai nạn, 5 BN (13,5%) được chỉ định phẫu thuật từ ngày thứ 2 - 3; 2 BN (5,4%) được chỉ định phẫu thuật từ ngày thứ 4 - 7, không có bệnh nhân nào chỉ định phẫu thuật sau 7 ngày.

3. Kết quả điều trị

* *Kết quả gần:*

- Tình trạng vết mổ: 36 BN (97,3%) có vết mổ bên bờ xương mác liền vết mổ kỳ đầu, được cắt chỉ sau mổ 14 ngày. Vết mổ MCT và MCS liền kỳ đầu là 100%. Không phát hiện nhiễm khuẩn sâu, viêm xương.

- Nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN nhiễm khuẩn nông vết mổ bên bờ xương mác, BN được đổi kháng sinh liều cao phổ rộng và cắt chỉ cách quãng, thay băng vết mổ hàng ngày. Kết quả đạt được là vết mổ liền kỳ hai không cần phải ghép da. Không có BN nào bị nhiễm khuẩn sâu hoặc phải phẫu thuật tháo dụng cụ kết xương.

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi không cao so với nghiên cứu của Ran Sun và CS (2017) (tỷ lệ nhiễm khuẩn là 3,7% trong đó 1,12% nhiễm khuẩn sâu và 2,57% nhiễm khuẩn nông), nghiên cứu cũng chỉ ra rằng trì hoãn phẫu thuật, thời gian phẫu thuật kéo dài là yếu tố nguy cơ đáng kể đối với nhiễm khuẩn [5].

- Kết quả kết hợp xương ổ gãy trên phim chụp X-quang sau mổ:

+ Nắn chỉnh đặt nẹp kết hợp xương mác hết di lệch ở 36 BN (97,3%), 1 BN (3,7%) còn di lệch ít. Không có di lệch nhiều.

+ Nắn chỉnh cố định MCT có 19 BN (90,5 %) hết di lệch, vít xóp cố định chắc ổ gãy, 42 BN (9,5%) có ổ gãy còn di lệch ít. Không có BN nào vít MCT bị phạm khớp. Ổ gãy MCS có 1 BN còn di lệch ra sau, lên trên mức độ ít.

+ Không phát hiện trường hợp gãy vít xương xóp đường kính 4.0mm.

** Kết quả xa:*

- 37 BN (100%) được chúng tôi hẹn tái khám định kỳ và đánh giá kết quả xa sau mổ với thời gian theo dõi tối thiểu trên 12 tháng.

- Tình trạng sẹo mổ: 15/37 BN có sẹo mổ bên bờ xương mác lồi, 24/37 BN có sẹo mổ xương mác mềm mại, không có đường rò.

- Kết quả liền xương: 37/37 BN (100%) có xương mác liền xương, 21/21 MCT liền xương và 5/5 MCS liền xương.

- Biên độ vận động khớp: 100% BN không bị hạn chế động tác gấp gan bàn chân; 91,9% BN không hạn chế động tác gấp mu bàn chân. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Shah ZA, Arif U (2013) [6] và nghiên cứu của Sahu Gaurav và CS (2018) [7].

- Kết quả chung về phục hồi chức năng khớp cổ chân: Chúng tôi tiến hành khám và đánh giá kết quả xa ở 37 BN gãy Dupuytren theo tiêu chuẩn của AOFAS. Kết quả chung như sau: 27 BN (73%) đạt kết quả tốt, 8 BN đạt kết quả khá (21,6%), 2 BN (5,4%) kết quả trung bình và không có BN kết quả kém. Kết quả chung của chúng tôi có tỷ lệ tốt thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Shah ZA, Arif U (2013) nghiên cứu trên 33 BN và đạt kết quả tốt 82,5% [6].

+ Nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN xuất hiện gai xương vùng khớp cổ chân nhưng khe khớp không hẹp và được đánh giá là thoái hóa khớp độ I (theo tiêu chuẩn của Van Dijk), tuy nhiên, những BN này vẫn phân nản về tình trạng thỉnh thoảng đau khớp cổ chân khi vận động trước khi gãy nhưng không đi khám.

+ Nghiên cứu của chúng tôi có 5 BN hạn chế vận động khớp cổ chân, tuy nhiên, hạn chế mức độ nhẹ, ít ảnh hưởng đến vận động, đi lại và sinh hoạt hàng ngày.

KẾT LUẬN

Gãy Dupuytren là thể gãy hai mắt cá thường gặp ở BN trong độ tuổi lao động nên vấn đề phục hồi giải phẫu, sự vững chắc sau mổ và hồi phục cơ năng khớp cổ chân là rất quan trọng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy gãy Dupuytren được điều trị bằng phương pháp kết hợp xương bên trong đạt được kết quả sau mổ cho khớp cổ chân là tốt và rất tốt sau 6 tháng dựa trên hệ thống tính điểm AOFAS cho thấy phương pháp mang lại hiệu quả phục hồi cao cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Cư. Đánh giá kết quả điều trị gãy mắt cá chân theo phân loại

Weber B và C ở bệnh viện Ưông Bí. *Hội nghị chấn thương chỉnh hình toàn quốc*. 2016.

2. Ağır İ. Functional comparison of immediate and late weight bearing after ankle bimalleolar fracture surgery. *Open Orthop J*. 2015; 9:188-190.

3. Mohammed R. Valuation of the syndesmotic-only fixation for Weber-C ankle fractures with syndesmotic injury. *Indian J Orthop*. 2011; 45(5): 454-458.

4. RK Mohapatra A. Functional outcome after surgical treatment of ankle fracture using Baird Jackson score. *Int J Res Orthop*. 2018; 4:638-641.

5. Ran Sun, Surgical site infection following open reduction and internal fixation of a closed ankle fractures: A retrospective multicenter cohort study. *International journal of surgery*. 2017; 86-91.

6. AU Shah ZA. Surgical management of bimalleolar fractures of ankle. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*. 2013; 7(2):471-473.

7. Sahu Gaurav. A study of functional outcome of bimalleolar fracture after internal fixation. *International Journal of Orthopaedics Sciences*. 2019; 5(1): 64-69.