

Phẫu thuật khớp quay-trụ dưới

Trang này được dịch bằng máy và chưa được bác sĩ kiểm tra. **Bản tiếng Anh** là bản chính thức.

Tóm tắt quá trình hồi phục. Tổng hợp từ 80 nghiên cứu đã công bố — tốc độ hồi phục của riêng bạn có thể khác.

CÔNG VIỆC NHẸ làm việc tại bàn, lái xe, các công việc hàng ngày	HẦU HẾT CÁC HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY công việc thủ công, thể thao, phòng gym	ĐỈNH ĐIỂM CỦA KẾT QUẢ CUỐI CÙNG đau và sức mạnh
—	—	—

Lý do phẫu thuật này được đề xuất

Bác sĩ Kieran Hirpara, bác sĩ phẫu thuật chi trên tại Bệnh viện tư nhân Mater Rockhampton, sẽ bắt đầu bằng các phương pháp điều trị ít xâm lấn nhất phù hợp với tình trạng của bạn. Thông thường, bệnh nhân được bác sĩ đa khoa giới thiệu đến phòng khám chúng tôi; nếu nhà vật lý trị liệu khuyên bạn nên đến gặp chúng tôi, bạn vẫn cần có giấy giới thiệu từ bác sĩ đa khoa để được hưởng mức hoàn trả chi phí từ Medicare. Trong buổi khám, chúng tôi sẽ hỏi bệnh sử, khám cổ tay và chỉ định chụp hình ảnh nếu cần thiết nhằm xác định nguyên nhân gây đau.

Khớp quay – trụ xa là khớp nối giữa hai xương cẳng tay, nằm ngay phía trên cổ tay. Phẫu thuật sẽ được đề xuất khi khớp này bị hao mòn, không ổn định hoặc tổn thương sau chấn thương, gây đau ở phía ngón út của cổ tay, khó xoay cẳng tay hoặc giảm sức nắm tay. Đối với các vấn đề kéo dài, chúng tôi thường thử các phương pháp điều trị không phẫu thuật trước: thay đổi hoạt động sinh hoạt, vật lý trị liệu hoặc trị liệu tay, cùng việc đeo nẹp. Phẫu thuật chỉ được cân nhắc khi những biện pháp này chưa mang lại hiệu quả đáng kể. Một số chấn thương ở khớp này ngay từ đầu đã gây mất ổn định; đối với những trường hợp này, chúng tôi có thể khuyến nghị phẫu thuật ngay lập tức. Mục đích của ca phẫu thuật là giảm đau, giúp bạn xoay cẳng tay và sử dụng tay một cách thoải mái, tự tin hơn.

Trước khi phẫu thuật

Sau khi lịch phẫu thuật của bạn được xác nhận, chúng tôi sẽ cung cấp những hướng dẫn cụ thể để bạn chuẩn bị. Bạn cần ngừng ăn và uống 7 giờ trước khi phẫu thuật. Chúng tôi yêu cầu thời gian 7 giờ thay vì ít hơn nhằm giúp sắp xếp lại lịch mổ nếu ngày hôm đó tiến hành sớm hơn dự kiến. Nếu bạn đang dùng thuốc thường xuyên, hãy mang theo danh sách các loại thuốc đó đến bệnh viện; chúng tôi sẽ hướng dẫn bạn loại thuốc nào cần ngừng dùng và vào thời điểm nào. Hầu hết bệnh nhân không cần làm thêm các xét nghiệm nào trước phẫu thuật. Tuy nhiên, nếu bạn mắc các bệnh lý khác, có thể bạn sẽ cần làm xét nghiệm máu hoặc được bác sĩ gây mê – người chịu trách nhiệm về việc gây mê – thăm khám lại. Vui lòng sắp xếp người đưa đón về nhà sau phẫu thuật, và hãy mặc quần áo rộng rãi, thoải mái vào ngày mổ.

Vào ngày phẫu thuật

Vào ngày phẫu thuật, bạn đến đơn vị tiếp nhận bệnh nhân phẫu thuật của bệnh viện. Tại đây, bạn sẽ được làm thủ tục nhập viện và chuẩn bị cho ca mổ. Bạn sẽ gặp bác sĩ gây mê – người chịu trách nhiệm về việc gây mê cho bạn. Ca phẫu thuật này được thực hiện dưới gây mê toàn thân. Đôi khi người ta còn áp dụng kỹ thuật chặn dây thần kinh vùng để giảm đau sau phẫu thuật; bác sĩ gây mê sẽ trao đổi với bạn về vấn đề này vào ngày hôm đó.

Sau đó, bạn được đưa vào phòng mổ để tiến hành phẫu thuật. Sau ca mổ, bạn tỉnh dậy tại khu vực hồi sức, nơi các điều dưỡng sẽ theo dõi tình trạng của bạn cho đến khi tác dụng của thuốc mê hết. Khi tình trạng sức khỏe ổn định, tùy thuộc vào loại phẫu thuật và diễn biến hồi phục, bạn sẽ được chuyển sang phòng bệnh hoặc xuất viện về nhà.

Quy trình phẫu thuật

Có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau đối với khớp này; phương pháp phù hợp với bạn phụ thuộc vào tình trạng tổn thương của khớp. Nếu khớp bị trật vị trí sau khi bị gãy cổ tay, bác sĩ phẫu thuật sẽ đưa các xương trở lại vị trí đúng rồi giữ chúng ở đó cho đến khi lành lại, đôi khi cần dùng nẹp cố định. Nếu khớp bị mòn và gây đau, bác sĩ có thể cắt bỏ một phần xương ở đầu xương cẳng tay phía ngón út. Thủ thuật này được thực hiện qua một đường rạch ở mặt sau cổ tay, phía ngón út. Việc loại bỏ lớp xương bị mòn này giúp ngăn hai xương cẳng tay cọ xát vào nhau khi bạn xoay cẳng tay.

Nếu khớp bị lỏng thay vì bị mòn, bác sĩ có thể tái tạo các dây chằng giữ khớp lại với nhau. Dây chằng là những dải mô chắc khỏe nối hai xương lại với nhau. Thủ thuật này được thực hiện bằng cách dùng một đoạn gân – mô nối cơ với xương – luồn qua các lỗ nhỏ trên xương để tạo thành dây chằng mới giữ khớp ổn định. Phương pháp này chỉ có thể áp dụng khi các bề mặt khớp vẫn còn khỏe mạnh.

Trong trường hợp toàn bộ khớp bị mòn nặng, bác sĩ có thể tiến hành thay khớp. Phần xương bị tổn thương ở đầu xương cẳng tay sẽ được cắt bỏ và thay thế bằng khớp nhân tạo làm từ kim loại; đôi khi còn có cả các bộ phận nhựa, giúp hai xương cẳng tay di chuyển trơn tru trở lại.

Sau khi phẫu thuật, bác sĩ sẽ khâu lại vết rạch và băng vết thương lại. Bạn sẽ tỉnh dậy với bàn tay và cổ tay được băng bó; lớp băng này sẽ được giữ nguyên trong khoảng 10 ngày.

Sau khi phẫu thuật

Khi tỉnh dậy, bạn sẽ ở trong khu vực hồi sức; các y tá sẽ theo dõi tình trạng của bạn khi thuốc gây mê dần hết tác dụng. Tay và cổ tay của bạn sẽ được băng bó; có thể bạn sẽ phải đeo đai treo để giữ cánh tay yên tĩnh. Chúng tôi sẽ cho bạn dùng thuốc giảm đau để giúp bạn cảm thấy dễ chịu hơn; nếu cơn đau không thuyên giảm, hãy báo cho các y tá biết. Bạn có thể đứng dậy và đi lại ngay khi cảm thấy đủ sức; trong 24 giờ đầu, nên có người ở bên cạnh bạn. Đội ngũ y tế sẽ thông báo cho bạn biết là bạn có thể về nhà ngay hay phải ở lại bệnh viện qua đêm. Chúng tôi sẽ giữ băng gạc trên vết thương khoảng 10 ngày; xin đừng tháo nó ra trước thời hạn đó trừ khi chúng tôi yêu cầu. Chúng tôi sẽ thay hoặc gỡ băng gạc khi khám lại cho bạn.

Quá trình hồi phục

Trong vài ngày đầu, cổ tay của bạn sẽ bị đau và sưng; phía bên ngón út có thể cảm thấy nhức nhối, đặc biệt là vào ban đêm. Việc nâng tay lên cao, kê trên gối ngay cả khi ngủ sẽ giúp giảm sưng. Các loại thuốc giảm đau mà chúng tôi kê đơn sẽ phát huy tác dụng tốt nhất nếu bạn uống đều đặn thay vì chờ cho cơn đau trở nên dữ dội.

Khi xuất viện, cánh tay của bạn sẽ được băng bó và đặt trong đai treo. Băng gạc sẽ được giữ nguyên trong khoảng 10 ngày; chúng tôi sẽ thay hoặc tháo băng khi bạn tái khám. Quá trình phục hồi sau phẫu thuật sẽ do Ruby Doolan tại Extend Rehabilitation hướng dẫn. Ruby là chuyên gia trị liệu tay: cô ấy sẽ hướng dẫn các bài tập và chế tạo những chiếc nẹp cần thiết cho bạn. Ban đầu, các bài tập rất nhẹ nhàng, nhằm giúp các ngón tay, khuỷu tay và vai vẫn có thể cử động. Khi vết thương lành dần, các bài tập sẽ tập trung vào việc xoay cẳng tay và phục hồi sức mạnh nắm tay.

Ban đầu, bạn sẽ cần sự trợ giúp trong những hoạt động đòi hỏi dùng cả hai tay như mặc quần áo, nấu ăn hay mang vác đồ. Khi sưng giảm và khả năng vận động trở lại, các sinh hoạt hàng ngày sẽ dễ dàng hơn. Khi bạn có thể nắm đồ vật mà không đau và xoay cẳng tay một cách thoải mái, bạn sẽ nhận thấy tay mình có thể thực hiện được nhiều việc hơn. Nếu việc lái xe là một phần trong quá trình hồi phục, bạn tuyệt đối không được lái xe khi vẫn đeo đai treo hoặc nẹp tay, khi đang dùng thuốc giảm đau mạnh, hoặc khi không thể nắm vô lăng bằng cả hai tay và phản ứng kịp thời trong trường hợp phanh khẩn cấp. Vui lòng tham khảo hướng dẫn của chúng tôi về [việc lái xe sau phẫu thuật chi trên](#).

Mỗi người có tốc độ hồi phục khác nhau; lộ trình phục hồi của bạn có thể không giống người khác. Bác sĩ phẫu thuật và chuyên gia trị liệu tay sẽ hỗ trợ bạn ở từng giai đoạn.

Những biến chứng có thể xảy ra

Hầu hết bệnh nhân đều hồi phục tốt, nhưng đôi khi vẫn có thể gặp phải các vấn đề. Bác sĩ phẫu thuật và đội ngũ y tế sẽ theo dõi sát sao để phát hiện sớm bất kỳ dấu hiệu bất thường nào.

Nếu một phần đầu xương cẳng tay đã được cắt bỏ, phần còn lại đôi khi có thể dịch chuyển hoặc chèn ép vào các cấu trúc lân cận. Bạn có thể cảm thấy đau nhói hoặc cảm giác như có vật gì đó cọ xát ở phía ngón út của cổ tay khi xoay cẳng tay; hãy báo lại tình trạng này trong lần tái khám tới.

Một số người nhận thấy cổ tay ít đau hơn nhưng lại cứng hơn, khả năng gập về phía trước cũng giảm. Nếu việc xoay cẳng tay bị hạn chế, vai sẽ đảm nhận chức năng này mà bạn không hề hay biết; vì vậy sự khác biệt trong sinh hoạt hàng ngày có thể không đáng kể. Hãy nêu ra bất kỳ hạn chế vận động nào khiến bạn không hài lòng trong lần tái khám.

Nếu khớp này bị tổn thương cùng lúc với gãy cổ tay, khớp có thể bị trật vị sớm, thậm chí trong vòng hai tuần đầu sau phẫu thuật; tình trạng này dễ bị bỏ sót. Hãy chú ý nếu xuất hiện đau mới, sưng hoặc thay đổi hình dạng cổ tay; hãy thông báo ngay cho phòng khám nếu nhận thấy các triệu chứng này.

Nếu vết rách ở lớp sụn đệm phía cổ tay không được điều trị, khớp có thể trở nên lỏng lẻo. Bạn có thể nghe thấy tiếng “click”, cảm thấy khớp dịch chuyển hoặc có tiếng “cụp” khi vận động, đồng thời sức nắm tay cũng yếu đi. Nếu khớp vẫn lỏng và đau dù đã điều trị nhiều phương pháp, đôi khi cần phẫu thuật thêm; tuy nhiên nhiều người sẽ cải thiện dần theo thời gian mà không cần can thiệp nữa. Các triệu chứng ở phía xương trụ thường tiếp tục thuyên giảm trong vòng một năm sau phẫu thuật gãy xương.

Đối với những dị dạng cổ tay tồn tại từ thời niên thiếu, theo thời gian khớp có thể dần bị hao mòn hoặc mất ổn định. Trong các trường hợp nặng, các gân giúp duỗi thẳng ngón tay có thể bị mòn do cọ xát với mòm xương nhô ra, dẫn đến việc đột ngột không thể duỗi thẳng một hoặc nhiều ngón tay. Nếu ngón tay không thể duỗi thẳng, hãy liên hệ ngay với phòng khám.

Giống như mọi ca phẫu thuật cổ tay, xương có thể hồi phục chậm hoặc không liền lại; vùng xương vừa được cắt bỏ có thể trở nên không ổn định và gây đau. Hãy báo lại tình trạng đau dai dẳng ở mặt sau cổ tay trong lần tái khám tới.

Bảng các biến chứng ở trang này liệt kê tỷ lệ xảy ra các biến chứng phổ biến nếu bạn muốn biết chi tiết.

Khi nào nên gọi cho chúng tôi

Hãy gọi cho chúng tôi nếu bạn bị sốt, hoặc vùng da quanh vết thương trở nên đỏ hơn, sưng hơn hoặc tiết dịch. Hãy gọi nếu cơn đau của bạn đột nhiên trở nên dữ dội hơn, hoặc nếu có cơn đau mới hoặc sưng nề xuất hiện ở cổ tay trong hai tuần đầu sau phẫu thuật. Hãy thông báo cho chúng tôi nếu ngón tay không thể duỗi thẳng ra, hoặc nếu cổ tay cảm thấy lỏng lẻo, phát ra tiếng kêu lục cục hoặc dễ bị trật khớp. Hãy đến phòng cấp cứu nếu

bạn bị sưng hoặc đau vùng bắp chân, khó thở, đau ngực, tê ở tay, hoặc không thể cử động cánh tay hay các ngón tay.

Phân tích chi tiết hơn

Phần này đi sâu hơn mức cần thiết để bạn có thể tự đưa ra quyết định điều trị. Khớp quay-cùn xa rất đáng để đọc thêm vì đây là khớp cổ tay mà chúng ta đo lường kém chính xác nhất; là khớp thường bị quy trách nhiệm một cách vội vã; và là khớp mà việc chờ đợi thường là giải pháp đúng đắn nhất.

CHÚNG TA KHÔNG THỂ ĐO LƯỜNG VẤN ĐỀ MỘT CÁCH ĐÁNG TIN CẬY

Tình trạng mất ổn định của khớp này chủ yếu được chẩn đoán dựa trên cảm nhận của bác sĩ: người khám di chuyển xương trụ so với xương quay và đưa ra nhận định. Một bản tổng quan năm 2025 về các phương pháp đánh giá đã khẳng định rõ ràng rằng hiện vẫn chưa có các phương pháp đáng tin cậy, có thể định lượng được để phân tích tình trạng mất ổn định khớp quay-trụ xa; việc phát triển các phương pháp này là điều thiết yếu nhằm cải thiện việc điều trị [1].

Điều này có ảnh hưởng trực tiếp đến quý vị. Khi chẩn đoán dựa trên một xét nghiệm mang tính chủ quan, ngưỡng để xác định một khớp bị mất ổn định sẽ khác nhau tùy theo từng bác sĩ; ngưỡng chỉ định phẫu thuật cũng vậy. Việc tìm kiếm ý kiến thứ hai ở đây không phải là biểu hiện của sự thiếu tin tưởng; đó là phản ứng hợp lý trước một phương pháp kiểm tra vốn có những hạn chế đã được ghi nhận.

HẦU HẾT CÁC TRƯỜNG HỢP ĐAU Ở PHÍA ULNA SAU GÂY XƯƠNG QUAY XA SẼ TỰ KHỎI

Đây là phát hiện quan trọng nhất dành cho những bệnh nhân bị đau cổ tay sau khi gây xương quay xa. Một phân tích toàn diện cho thấy **hầu hết** các vấn đề ở phía ulna sau gây xương quay xa có thể được điều trị **ban đầu bằng phương pháp không phẫu thuật, thường trong thời gian hơn một năm**, với hy vọng tình trạng sẽ cải thiện đáng kể theo thời gian [2].

Thời gian một năm vượt quá kỳ vọng của hầu hết mọi người; vì vậy cả bác sĩ lẫn bệnh nhân đều có xu hướng muốn can thiệp sớm hơn. Tuy nhiên, kết luận trong cùng nghiên cứu cũng nêu rõ một ngoại lệ quan trọng: tình trạng trật khớp rõ rệt ngay từ đầu khiến cẳng tay không thể xoay được thì cần được can thiệp ngay chứ không thể chỉ theo dõi nữa [2].

Vì vậy, nguyên tắc chung vẫn là kiên nhẫn chờ đợi, nhưng cũng có những lý do cụ thể để thay đổi phương pháp điều trị.

KHI CẦN CAN THIỆP CỨU CHỮA, LỰA CHỌN KHÔNG ĐƠN GIẢN NHƯ VỀ BỀ NGOÀI

Khi khớp bị phá hủy và các phương pháp điều trị nội khoa thực sự không mang lại hiệu quả, hai phương pháp phẫu thuật điển hình là thủ thuật Darrach – cắt bỏ đầu xương quay – và phương pháp Sauvé-Kapandji, vốn làm cố định khớp đồng thời tạo ra một khoảng trống ở vị trí gần hơn để cho phép cổ tay xoay được.

Một phân tích hệ thống so sánh hai phương pháp này cho thấy **mức độ hài lòng của bệnh nhân tương đương nhau**, bất kể tình trạng bệnh lý cơ bản; cả hai đều giúp cải thiện đáng kể biên độ vận động, sức mạnh cơ và chức năng tổng thể của chi [3]. Điểm khác biệt nằm ở **tỷ lệ phải phẫu thuật lại, vốn cao hơn ở phương pháp Sauvé-Kapandji** [3].

Đây là tiêu chí phân biệt rõ ràng. Khi hai phương pháp phẫu thuật cho cùng một kết quả, phương pháp nào yêu cầu ít ca phẫu thuật bổ sung hơn sẽ có lợi thế. Tuy nhiên, phương pháp Sauvé-Kapandji vẫn có vai trò quan trọng trong những trường hợp cần duy trì sự ổn định của cổ tay nhờ vào xương quay; đó cũng là lý do chính khiến phương pháp này được phát triển.

HIỆN TƯỢNG VA CHẠM XƯƠNG TRỤ LÀ MỘT VẤN ĐỀ RIÊNG BIỆT VÀ CÓ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TƯƠNG ƯNG

Tình trạng đau ở phía xương trụ do xương trụ có chiều dài tương đối lớn hơn mức bình thường – còn gọi là hội chứng va chạm xương trụ – được điều trị bằng cách rút ngắn quãng đường truyền lực, thông qua việc cắt ngắn thân xương trụ hoặc loại bỏ phần đỉnh đầu xương trụ bằng phương pháp nội soi khớp. Một phân tích tổng hợp trên **311** bệnh nhân cho thấy cả hai phương pháp đều hiệu quả; trong đó **phương pháp cắt bỏ phần đỉnh đầu xương trụ qua nội soi khớp gây ít biến chứng và tỷ lệ phải phẫu thuật lại thấp hơn** [4].

Phương pháp cắt xương thân trụ đòi hỏi sử dụng nẹp cố định, có nguy cơ không lành xương; ngược lại, phương pháp nội soi khớp hoàn toàn tránh được cả ba vấn đề này. Khi cấu trúc giải phẫu cho phép, đó là một sự khác biệt đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Christy M, Wright DJ, Goldfarb CA. Các chiến lược đánh giá tình trạng mất ổn định khớp quay-trụ xa: hiện trạng và nhu cầu phát triển các công cụ hỗ trợ tốt hơn. J Hand Surg Am. 2025;50(12):1505-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.06.021>
- [2] Giddins G. Khớp quay-trụ xa sau gãy xương quay xa: Khi nào và cách điều trị các triệu chứng đau, cứng khớp hoặc mất ổn định? J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(3):230-45. <https://doi.org/10.1177/17531934221140238>
- [3] Lamont S, Debkowska M, Johnsen P, Froehle A, Cotterell IH, Isaacs J. Kết quả điều trị bằng phương pháp Darrach và Sauvé-Kapandji: một phân tích tổng quan có hệ thống. Hand (N Y). 2022;19(1):68-73. <https://doi.org/10.1177/15589447221107697>
- [4] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. So sánh giữa thủ thuật nạo khớp nội soi và cắt ngắn xương trụ trong điều trị hội chứng va chạm xương trụ: phân tích tổng quan có hệ thống và phân tích tổng hợp. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>

Phẫu thuật khớp quay-trụ dưới

Tỷ lệ biến chứng từ các tài liệu công bố

Được tổng hợp từ 80 nghiên cứu đã được công bố. Đây là các tỷ lệ ở cấp độ dân số, không phải là nguy cơ cá nhân của bạn — bác sĩ phẫu thuật của bạn sẽ thảo luận về những gì áp dụng cho bạn.

BIẾN CHỨNG	TỶ LỆ ĐƯỢC BÁO CÁO	GHI CHÚ
Tái phẫu thuật	25.0%	Được ghi nhận trong một phân tích hệ thống về phẫu thuật thay khớp quay trụ dưới (n=1525).
Các triệu chứng liên quan đến cơ học	12.5%	Được ghi nhận trong một phân tích hệ thống về các thủ thuật Darrach và Sauvé-Kapandji.
Tình trạng không liền xương	2.3%	Được ghi nhận trong một phân tích hệ thống về các thủ thuật Darrach và Sauvé-Kapandji.
Tình trạng mất Ổ định nh tái phát	4.4%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu tiến cứu trên 88 bệnh nhân được khâu bao khớp bằng mạc giữ gân duỗi kèm khâu sửa chữa.
Sự hình thành xương dị vị	10.0%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu tiến cứu trên 10 bệnh nhân được theo dõi dài hạn sau khi đặt khớp quay trụ dưới toàn phần nhân tạo Aptis.
Gãy xương quanh vùng cấy ghép	10.0%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu tiến cứu trên 10 bệnh nhân được theo dõi dài hạn sau khi đặt khớp quay trụ dưới toàn phần nhân tạo Aptis.
Tình trạng mất Ổ định nh khớp quay-trụ xa tái phát sau phẫu thuật nội soi sửa chữa	3.7%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu trên 225 bệnh nhân được khâu phức hợp sụn sụn tam giác (TFCC) qua nội soi kèm khâu gấp bao khớp mặt mu.
Trật đầu xương trụ về phía lòng bàn tay tái phát	1.2%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu trên 173 bệnh nhân cao tuổi bị gãy đầu dưới xương quay kèm trật khớp quay trụ dưới.

BIẾN CHỨNG	TỶ LỆ ĐƯỢC BÁO CÁO	GHI CHÚ
Tình trạng mất ổn định khớp quay-trụ xa tái phát ở người có khớp lỏng lẻo	17.7%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu trên 120 bệnh nhân có tình trạng lỏng khớp toàn thân được thực hiện phẫu thuật nội soi sửa chữa vùng hõm khớp.
Dấu hiệu thoái hóa khớp quay-trụ xa trên phim chụp X-quang	20.0%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu trên 66 bệnh nhân được phẫu thuật cắt xương làm ngắn xương trụ.
Mất ổn định mỏm cụt đầu gần xương trụ	13.8%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu trên 30 bệnh nhân được thực hiện thủ thuật Sauvé-Kapandji.
Viêm tủy xương tại mỏm cụt xương trụ	3.4%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu trên 30 bệnh nhân được thực hiện thủ thuật Sauvé-Kapandji.
Bất kỳ biến chứng nào sau phẫu thuật	20.7%	Được ghi nhận trong một nghiên cứu hồi cứu trên 30 bệnh nhân được thực hiện thủ thuật Sauvé-Kapandji.
Sự tiêu hủy xương ghép	9.1%	Được ghi nhận trong một loạt ca lâm sàng gồm 56 bệnh nhân mắc viêm khớp dạng thấp được thực hiện thủ thuật Sauvé-Kapandji được chỉnh sửa.
Dính xương giữa xương nguyệt và mảnh ghép xương trụ	10.6%	Được ghi nhận trong một loạt ca lâm sàng gồm 56 bệnh nhân mắc viêm khớp dạng thấp được thực hiện thủ thuật Sauvé-Kapandji được chỉnh sửa.
Gãy xương trụ quanh khớp nhân tạo	1.7%	Được ghi nhận trong một loạt ca gồm 4 bệnh nhân bị gãy xương trụ quanh khớp nhân tạo sau phẫu thuật thay khớp quay trụ dưới Aptis.
Sự tiêu hủy và thất bại của mảnh ghép xương	—	Được ghi nhận là một biến chứng tiềm tàng trong một báo cáo ca lâm sàng về phẫu thuật đặt mảnh ghép gân để điều trị tình trạng trật khớp về phía lòng bàn tay mãn tính.
Đau và cứng khớp còn sót lại	—	Được ghi nhận là một biến chứng tiềm tàng trong một báo cáo ca lâm sàng về phẫu thuật đặt mảnh ghép gân để điều trị tình trạng trật khớp về phía lòng bàn tay mãn tính.
Sự tiến triển của viêm khớp thoái hóa	—	Được ghi nhận là một biến chứng tiềm tàng trong một báo cáo ca lâm sàng về phẫu thuật đặt mảnh ghép gân để điều trị tình trạng trật khớp về phía lòng bàn tay mãn tính.
Hội chứng chèn ép mỏm cụt xương trụ	—	Được ghi nhận là biến chứng sau khi cắt bỏ đầu xương trụ không thành công.
Tiêu xương vùng cổ xương trụ	—	Được ghi nhận là biến chứng sau phẫu thuật thay khớp quay trụ dưới bằng implant không ràng buộc.

BIẾN CHỨNG	TỶ LỆ ĐƯỢC BÁO CÁO	GHI CHÚ
Sự mòn vùng rãnh hình chữ S của xương quay	—	Được ghi nhận là biến chứng sau phẫu thuật thay khớp quay trụ dưới bằng implant không ràng buộc.
Tình trạng lỏng implant	—	Được ghi nhận là biến chứng sau phẫu thuật thay khớp quay trụ dưới bằng implant không ràng buộc.
Đứt mảnh ghép	—	Được ghi nhận là biến chứng sau tái tạo giải phẫu các dây chằng quay trụ mặt gan tay và mặt mu.
Loạn cảm thoáng qua	—	Được ghi nhận là biến chứng sau tái tạo giải phẫu các dây chằng quay trụ mặt gan tay và mặt mu.

Tôi đã đọc thông tin này và có cơ hội đặt câu hỏi cho bác sĩ Hirpara về thủ thuật, quá trình hồi phục dự kiến và các biến chứng được liệt kê ở trên.

BỆNH NHÂN – HỌ TÊN (VIẾT RÕ)

CHỮ KÝ

NGÀY