

- j.ejvs.2010.08.026
5. **Ouriel K, Clair DG, Kent KC, Zarins CK.** Endovascular repair compared with surveillance for patients with small abdominal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2010/05/01/ 2010;51(5):1081-1087. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2009.10.113>
 6. **Torsello G, Bertoglio L, Kellersmann R.** One-year results of the INSIGHT study on endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2022/06/01/ 2022;75(6):1904-1911.e3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.12.066>
 7. **van Basten Batenburg M, 't Mannetje YW, van Sambeek MRHM.** Endurant Stent Graft in Patients with Challenging Neck Anatomy "One Step Outside Instructions for Use": Early and Midterm Results from the EAGLE Registry. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2022/12/01/ 2022;64(6):611-619. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2022.08.002>
 8. **Major M, Long GW, Eden CL.** Long-term outcomes and interventions of postoperative type 1a endoleak following elective endovascular aortic aneurysm repair. *Journal of Vascular Surgery*. 2022/01/01/ 2022;75(1): 136-143.e1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.07.122>
 9. **Joseph P.** Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm: The DREAM Study Group. *The New England Journal of Medicine* 2010; 362: 1881-1889. *Vascular Medicine*. 2010;15(6):515-516. doi: <https://doi.org/10.1177/1358863x10391839>
 10. **Brown LC, Powell JT, Thompson SG.** The UK Endovascular Aneurysm Repair (EVAR) trials: randomised trials of EVAR versus standard therapy. *Health Technol Assess*. 2012 2012; 16(9):1-218. doi: <https://doi.org/10.3310/hta16090>

ĐÓNG ĐINH NỘI TUYẾN KÍN ĐIỀU TRỊ GỠ THÂN XƯƠNG CHÀY VỚI ĐƯỜNG MỔ CẠNH NGOÀI GÂN BÁNH CHÈ

Nguyễn Văn Việt¹, Lê Mạnh Sơn², Đỗ Mạnh Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè ứng dụng đóng đinh nội tủy kín điều trị gãy thân xương chày tại bệnh viện Việt Tiệp và so sánh hiệu quả của đường mổ này với đường mổ xuyên gân bánh chè truyền thống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phân tích hồi cứu 45 bệnh nhân gãy kín thân xương chày được đóng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy tại bệnh viện Việt Tiệp với đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè (n = 23) hoặc đường mổ xuyên gân bánh chè (n = 22) từ 01/2023 - 01/2024. Nội dung nghiên cứu bao gồm thời gian phẫu thuật, số lần chụp X-quang trong phẫu thuật, tỷ lệ thành công của nắn chỉnh kín, độ chính xác của điểm vào đinh trên phim thẳng và nghiêng, tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật, thời gian liền xương, điểm đau NRS, tầm vận động khớp gối và chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm. **Kết quả:** Không ghi nhận biến chứng nào xảy ra trong và sau mổ. Nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè có kết quả tốt hơn đáng kể: thời gian phẫu thuật ngắn hơn và số lần chụp X-quang trong phẫu thuật ít hơn so với nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè (P < 0,05). 100% bệnh nhân trong nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè đều đạt được nắn chỉnh kín, trong khi 5 trường hợp trong nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè cần nắn chỉnh mở. Độ chính xác của điểm vào đinh trên phim chụp thẳng và nghiêng tốt hơn với

đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè (P < 0,05). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về thời gian liền xương (P > 0,05). Tại 3 và 12 tháng sau phẫu thuật, nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè cho điểm Lysholm và NRS tốt hơn so với đường mổ xuyên gân bánh chè (P < 0,05). Hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể về tầm vận động khớp gối (P > 0,05). **Kết luận:** Đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè ứng dụng đóng đinh nội tủy kín điều trị gãy thân xương chày cho thấy kết quả khả quan, đặc biệt với tư thế bán duỗi gối phù hợp với các ổ gãy cao hoặc gãy phức tạp nhiều tầng. **Từ khóa:** gãy thân xương chày, đóng đinh nội tủy kín có chốt, đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè, tư thế bán duỗi gối

SUMMARY

CLOSED INTRAMEDULLARY NAILING TREATED TIBIAL SHAFT FRACTURE USING LATERAL PARAPATELLAR TENDON APPROACH

Objective: To describe technique of closed intramedullary nailing via lateral parapatellar tendon approach in treating tibial shaft fractures at Viet Tiep Hospital and compare its efficacy versus infrapatellar approach. **Subjects and methods:** A retrospective analysis was conducted on the clinical data of 45 patients with tibial shaft fractures treated with closed intramedullary interlocking nailing via lateral parapatellar tendon approach (n = 23) or infrapatellar approach (n = 22) between January 2023 and January 2024. We recorded and compared the operative time, intraoperative fluoroscopies, success rate of closed reduction, anteroposterior and lateral entry point accuracy, postoperative infection, fracture healing time, as well as NRS (Numeric Rating Scale) pain scores, Lysholm knee function scores, and knee range of motion. **Results:** Both groups completed the surgery without any complications. The lateral

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt

Email: bsviet.ctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

parapatellar tendon approach group had significantly better results regarding shorter operative time and fewer intraoperative fluoroscopies compared to the infrapatellar approach group ($P < 0.05$). All cases in the lateral parapatellar tendon approach group achieved closed reduction, while 5 cases in the infrapatellar approach group required open reduction. Fractures in both groups healed successfully, without statistically difference in healing time ($P > 0.05$). The accuracy of anteroposterior and lateral entry points was better with lateral parapatellar tendon approach ($P < 0.05$). At 3 and 12 months postoperatively, lateral parapatellar tendon approach showed better Lysholm and NRS scores compared to infrapatellar approach ($P < 0.05$). Two groups had no significant difference in range of motion ($P > 0.05$). **Conclusion:** Using lateral parapatellar tendon approach in closed intramedullary nailing of tibial shaft fractures provides favorable results, and semi-extended position is especially suitable for proximal shaft fractures or complex multisegment fractures.

Keywords: tibial shaft fracture, closed intramedullary interlocking nailing, lateral parapatellar tendon approach, semi-extended position

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương chày thường gặp nhất trong gãy thân xương dài, chiếm 18% tổng số các gãy xương. Đốt đinh nội tủy kín là phương pháp điều trị ưu thế cho gãy thân xương chày ở người lớn với ưu điểm như xâm lấn tối thiểu, tỷ lệ liền xương cao và phục hồi tốt chức năng chi thể sau phẫu thuật¹. Đường mổ kinh điển đi qua gân bánh chè được Küntscher giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1940, hiện vẫn đang được áp dụng khá phổ biến ở các cơ sở y tế. Tuy nhiên, với tư thế treo chân, đường mổ này bộc lộ một vài hạn chế: khi gối gấp nhiều, lực kéo của các cơ bám vào đầu gần xương chày có thể dẫn đến sự di lệch thêm của ổ gãy. Ngoài ra, tư thế gấp gối cũng làm phức tạp thêm việc chụp X-quang, vì góc chiếu C-arm không cố định, làm giảm chất lượng hình ảnh và tăng thời gian phẫu thuật². Hơn nữa, các nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ đau mặt trước gối sau phẫu thuật với đường mổ xuyên gân bánh chè lên tới 10 - 80% tổng số ca³.

Trong những năm gần đây, một số tác giả đã đề xuất sử dụng đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè để đốt đinh kín xương chày với tư thế bán duỗi gối. Dựa trên kinh nghiệm lâm sàng, chúng tôi thấy rằng kỹ thuật này mang lại những lợi thế đặc biệt trong việc nắn chỉnh xương gãy, đặc biệt ở vùng gần hoặc xa của thân xương chày - nơi ống tủy xương dần mở rộng, gây khó khăn trong việc đạt được nắn chỉnh hoàn hảo về giải phẫu. Thời gian gần đây, chúng tôi đã thử nghiệm đường mổ này để điều trị gãy thân xương chày, đạt được kết quả thuận

lợi, tuy nhiên, hiện vẫn chưa có những tổng hợp và phân tích kỹ lưỡng. Do đó, nghiên cứu này nhằm đánh giá sự khác biệt về hiệu quả giữa đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè với đường mổ xuyên gân bánh chè truyền thống, cung cấp cho phẫu thuật viên cơ sở khoa học cho việc lựa chọn phương án điều trị, qua đó tìm cách liên tục cải thiện kỹ thuật phẫu thuật, nâng cao kết quả lâm sàng và đẩy nhanh quá trình phục hồi của bệnh nhân sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 bệnh nhân gãy kín thân xương chày được điều trị bằng phương pháp đốt đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy với đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè (23 bệnh nhân) và đường mổ xuyên gân bánh chè (22 bệnh nhân) tại bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp từ 01/2023 - 01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 18 tuổi, gãy kín xương thân xương cẳng chân, không có chống chỉ định phẫu thuật do bệnh nội khoa đi kèm, có hồ sơ bệnh án lưu trữ và được theo dõi đầy đủ sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương hở, gãy cũ, đa chấn thương hoặc có tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy xương cùng chi phối hợp. Gãy xương ở các trường hợp di chứng bại liệt, dị tật ở khớp gối, khớp cổ chân, dị dạng ống tủy xương chày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong suốt thời gian thu thập số liệu.

Mô tả kỹ thuật đốt đinh kín xương chày với đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè:

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, chân phẫu thuật được nâng lên và một miếng đệm được đặt dưới cẳng chân để giữ khớp gối ở vị trí bán duỗi (gối gấp 30°), garo 1/3 giữa đùi.

- Rạch da 3 - 5 cm từ bờ dưới xương bánh chè dọc theo phía ngoài gân bánh chè đến lồi củ chày. Bộc lộ, kéo gân bánh chè vào trong. Xác định vị trí điểm vào đinh (tương ứng bờ trong của gai chày ngoài trên phim thẳng và bờ trước của mâm chày trên phim nghiêng).

- Dùng dùi tạo đường vào ống tủy, đưa guide vào ống tủy sau khi người phụ kéo dọc trục chi và nắn xương để chỉnh di lệch ngắn, di lệch gập góc và di lệch xoay. Chụp X-quang đánh giá việc nắn chỉnh.

- Dùng doa mềm để doa nòng ống tủy với các cỡ tăng dần. Doa ống tủy trên đường kính của đinh 1 cỡ.

- Đưa đinh nội tủy đã lắp tay cầm vào ống tủy xương chày, đóng đinh đến vị trí phù hợp, bắt vít chốt 2 đầu qua khung định vị. Chụp X-quang kiểm tra kết quả.

- Đóng vết mổ 2 lớp.



Hình 1: Tư thế bán duỗi gối và đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được thu thập và nhập bằng phần mềm Excel 2021, mã hóa và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Bao gồm: thời gian phẫu thuật, số lần chụp X-quang trong phẫu thuật, tỷ lệ thành công của nắn chỉnh kín, điểm vào đinh trên phim thẳng và nghiêng, tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật và thời gian liền xương. Điểm đau NRS, tầm vận động khớp gối và chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm được đánh giá vào tháng thứ 3 và 12 sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè (nhóm 1): tỷ lệ nam/nữ là 12/11, tuổi trung bình là $37,78 \pm 9,8$ tuổi. Nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè (nhóm 2): tỷ lệ nam/nữ là 13/9, tuổi trung bình là $38 \pm 9,2$ tuổi. Không có sự khác biệt đáng kể về tuổi, giới tính giữa hai nhóm ($P > 0,05$)

Bảng 1: So sánh đặc điểm chung của 2 nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu	Nhóm 1 (n=23)	Nhóm 2 (n=22)	P
Tuổi	$37,78 \pm 9,80$	$38 \pm 9,20$	0,939
Giới	12/11	13/9	0,641

3.2. Kết quả gân. Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng hoặc tổn thương mạch máu - thần kinh. Nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè (nhóm 1) có thời gian phẫu thuật ngắn hơn đáng kể và số lần chụp X-quang trong phẫu thuật ít hơn so với nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè (nhóm 2) với $P < 0,05$. Trong nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè, tất cả đều nắn chỉnh kín thành công. Trong nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè, 5 trường hợp cần nắn chỉnh mở.

Bảng 2: So sánh các chỉ tiêu trong mổ của 2 nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu	Nhóm 1 (n=23)	Nhóm 2 (n=22)	P
Thời gian phẫu thuật	$46,08 \pm 14,60$	$59,48 \pm 5,06$	$< 0,001$
Số lần chụp X-quang	9,52 ,34	$15,77 \pm 5,18$	$< 0,001$

3.3. Kết quả X-quang. Phim X-quang tư thế thẳng và nghiêng sau phẫu thuật cho thấy nắn chỉnh ổ gãy đạt giải phẫu ở cả hai nhóm. So sánh khoảng cách giữa điểm vào đinh của bệnh nhân trong lô nghiên cứu và điểm vào đinh nội tủy xương chày tiêu chuẩn: trong nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè, sự khác biệt trên phim thẳng là $2,05 \pm 0,57$ mm, trên phim nghiêng là $5,14 \pm 0,95$ mm. Trong nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè, sự khác biệt trên phim thẳng là $3,50 \pm 1,18$ mm, trên phim nghiêng là $7,42 \pm 1,38$ mm ($P < 0,05$).

3.4. Kết quả xa. Thời gian theo dõi trung bình là $16,72 \pm 2,39$ tháng. Sau mổ 3 và 12 tháng, điểm Lysholm ở nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè ngoài cao hơn đáng kể so với nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè ($P < 0,05$). Không có sự khác biệt đáng kể về tầm vận động khớp gối giữa hai nhóm ($P > 0,05$). Điểm đau NRS tại 3 và 12 tháng hậu phẫu thấp hơn đáng kể ở nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè ($P < 0,05$).

Nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè cho thời gian liền xương trung bình là $13,20 \pm 0,58$ tuần, trong khi thời gian này ở nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè là $13,58 \pm 0,83$ tuần ($P > 0,05$). Tất cả bệnh nhân đều liền xương sau phẫu thuật.

Bảng 3: So sánh kết quả xa của 2 nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu		Nhóm 1 (n=23)	Nhóm 2 (n=22)	P
Mức độ đau (điểm NRS)	3 tháng	3,31 ± 0,30	3,73 ± 0,28	<0,001
	12 tháng	2,33 ± 0,35	3,19 ± 0,25	<0,001
Chức năng khớp gối (điểm Lysholm)	3 tháng	75,42 ± 3,43	70,18 ± 3,88	<0,001
	12 tháng	85,25 ± 4,09	74,17 ± 3,79	<0,001
Tâm vận động khớp gối (độ)	3 tháng	110,5 ± 5,53	112,26 ± 5,19	0,267
	12 tháng	119,13 ± 5,05	116,73 ± 4,91	0,267
Thời gian liền xương (tuần)		13,20 ± 0,58	13,58 ± 0,83	0,075

IV. BÀN LUẬN

Đường mổ xuyên gân bánh chè cho đóng đinh nội tủy gãy thân xương chày từ lâu đã chứng minh hiệu quả lâm sàng và được các phẫu thuật viên chấp nhận rộng rãi. Tuy nhiên, nó vẫn bộc lộ một số hạn chế như nguy cơ di lệch ổ gãy khi gối ở tư thế gấp quá mức, gân bánh chè và gân chân ngỗng có thể kéo đầu gãy trung tâm ra trước và vào trong. Tornetta thấy rằng khi gối gấp 80°-90°, các mảnh gãy có xu hướng nghiêng về phía trước 10°-15°⁴. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu đã báo cáo 50 - 70% bệnh nhân bị đau mặt trước gối sau phẫu thuật; ngay cả sau khi tháo bỏ dụng cụ cố định, về lâu dài chỉ có 30% trường hợp thấy cải thiện⁵.

Tornetta đã sử dụng đường mổ trên xương bánh chè với tư thế bán duỗi gối để đóng đinh cho ổ gãy cao thân xương chày, đạt được kết quả tốt⁴. Đường vào trên xương bánh chè đi qua khớp và đòi hỏi các dụng cụ đặc biệt để bảo vệ mặt sụn. Một số tác giả cho rằng đường mổ trên xương bánh chè có thể làm hỏng khớp bánh chè đùi và các cấu trúc bên trong khớp gối, ảnh hưởng đến chức năng và sự ổn định của khớp gối, gây khó khăn trong việc tháo phươg tiện kết xương sau này⁵. Kubiak đã sửa đổi kỹ thuật bằng cách sử dụng đường mổ cạnh trong hoặc ngoài xương bánh chè⁶. Phương pháp này không đòi hỏi các dụng cụ chuyên dụng và không đi qua khớp. Tuy nhiên, nó vẫn chưa được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng và thiếu các nghiên cứu đa trung tâm quy mô lớn xác nhận tính hiệu quả. Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng phẫu thuật với tư thế bán duỗi gối có ưu điểm hơn so với tư thế gối gấp truyền thống, đặc biệt là giảm đau và cải thiện chức năng khớp gối sau phẫu thuật. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể về thời gian mổ, lượng máu mất hoặc liều lượng bức xạ sử dụng^{7,8}.

Trong thực hành lâm sàng, ở 1/3 giữa, ống tủy thân xương chày hẹp, các đầu gãy dễ dàng tự động được nắn chỉnh hoàn hảo bằng cách chèn đinh nội tủy. Ngược lại, ổ gãy xương cao hoặc thấp, nơi ống tủy dần mở rộng, hiệu quả nắn chỉnh với chỉ đinh nội tủy thường không đủ

và có thể yêu cầu các giải pháp bổ sung. Đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè cho phép duy trì gối ở vị trí bán duỗi trong suốt quá trình phẫu thuật, tạo điều kiện tối đa cho việc kéo nắn. Tư thế chân đặt song song với bề mặt bàn cũng khiến việc chụp X-quang được đơn giản hoá; trong khi tư thế gối gấp đòi hỏi phải điều chỉnh C-arm nhiều lần, làm ảnh hưởng đến chất lượng hình ảnh cũng như tăng tần số chụp.

Bakhsh nhận thấy rằng đường mổ trên xương bánh chè cải thiện chức năng khớp gối và giảm tỷ lệ đau so với đường mổ xuyên gân bánh chè⁹. Nghiên cứu của chúng tôi xác nhận rằng đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè cũng đạt được kết quả tương tự. Điểm Lysholm tại tháng thứ 3 và 12 cao hơn đáng kể. Điểm đau sau phẫu thuật cũng thấp hơn. Về chức năng, gân bánh chè rất quan trọng để duy trì sự ổn định của khớp gối, đóng vai trò truyền lực căng qua xương bánh chè đến lõi củ xương chày khi cơ tứ đầu co, thực hiện động tác gấp và duỗi gối. Đường mổ tách gân bánh chè có thể gây tổn thương cho gân dẫn đến sẹo lâu dài và ảnh hưởng đến chức năng khớp gối. Ngược lại, đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè chỉ vén gân bánh chè vào trong, dẫn đến ít kích ứng hơn và ít đau hơn. Về giải phẫu, nhánh dưới bánh chè của dây thần kinh hiển bắt nguồn từ phần dưới của gân cơ may và phân bố đến mặt trước trong gối. Do đó, đường mổ xuyên gân bánh chè có nguy cơ tổn thương thần kinh và đau dây thần kinh, trong khi đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè ngoài ít có khả năng ảnh hưởng đến khu vực phân bố thần kinh này.

Độ chính xác của điểm vào đinh nội tủy rất quan trọng cho sự thành công của phẫu thuật. Sai lệch trong điểm vào có thể gây khó khăn trong nắn chỉnh cũng như gây đau gối sau mổ. Tornetta đã đề xuất khái niệm "vùng an toàn" cho điểm vào đinh nội tủy xương chày, với chiều rộng vùng an toàn chỉ 22,9 ± 9 mm. Vượt quá vùng này có thể làm hỏng sụn khớp và dây chằng bên trong khớp gối¹⁰. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã đo khoảng cách giữa đường kéo dài trục của đinh nội tủy và điểm vào đinh nội tủy

xương chày tiêu chuẩn trên phim chụp X-quang sau mổ. Kết quả đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè cho điểm vào chính xác hơn so với đường mổ xuyên gân bánh chè.

Nghiên cứu không ghi nhận biến chứng tổn thương mạch máu - thần kinh và nhiễm trùng hậu phẫu. Tất cả các bệnh nhân đều liền xương với thời gian trung bình $13,20 \pm 0,58$ tuần ở nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè và $13,58 \pm 0,83$ tuần ở nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè. Một năm sau phẫu thuật, cả hai nhóm đều cho thấy tầm vận động khớp gối tốt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu so sánh hiệu quả lâm sàng của đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè và đường mổ xuyên gân bánh chè trong đóng đinh nội tuỷ kín điều trị gãy thân xương chày cho thấy đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè giảm đáng kể thời gian phẫu thuật, số lần chụp X-quang, tăng tỷ lệ thành công của nắn chỉnh kín, độ chính xác của vị trí vào đinh, cải thiện tình trạng đau mặt trước gối và chức năng khớp gối sau mổ. Tuy nhiên, tại thời điểm đánh giá cuối cùng, thời gian liền xương, biến chứng phẫu thuật và tầm vận động gối của cả 2 nhóm đều ghi nhận kết quả tốt. Nhìn chung, đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè với tư thế bán duỗi gối là một kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, mang lại nhiều ưu thế và đặc biệt phù hợp cho việc nắn chỉnh các ổ gãy thân xương chày ở cao hoặc gây phức tạp nhiều ổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duan X, Al-Qwbani M, Zeng Y, Zhang W, Xiang Z. Intramedullary nailing for tibial shaft

- fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;1:Cd008241
2. McAndrew CM, Ricci WM, Miller AN, Avery MC. Distal tibial Intramedullary Nailing using an Extraarticular, lateral Parapatellar Approach in the Semiextended position. *J Orthop Trauma*. 2018;32(Suppl 1):S34-5
3. Karachalios T, Babis G, Tsarouchas J, Sapkas G, Pantazopoulos T. The clinical performance of a small diameter tibial nailing system with a mechanical distal aiming device. *Injury*. 2000;31:451-9
4. Tornetta P 3rd, Collins E. Semiextended position of intramedullary nailing of the proximal tibia. *Clin Orthop Relat Res*. 1996;185-9
5. Bleeker NJ, Reininga IHF, van de Wall BJM, Hendrickx LAM, Beeres FJP, Duis KT, et al. Difference in Pain, Complication Rates, and clinical outcomes after Suprapatellar Versus Infrapatellar Nailing for Tibia fractures? A systematic review of 1447 patients. *J Orthop Trauma*. 2021;35:391-400
6. Kubiak EN, Widmer BJ, Horwitz DS. Extra-articular technique for semiextended tibial nailing. *J Orthop Trauma*. 2010;24:704-8
7. Singh AK, Sait S, Khan Y, Al-Obaidi B, Bhattacharya R. Supra-patellar nailing for isolated closed tibial shaft fractures: medium term functional outcomes from an academic level 1 trauma centre. *Injury*. 2020;51:1642-6
8. Cao X, Meng X, Cui H. al. e. A Meta-analysis of Suprapatellar and Infrapatellar approaches for Intramedullary nailing fixation of tibial shaft fractures. *Chin J Orthop Surg*. 2023;31:331-5
9. Bakhsh WR, Cherney SM, McAndrew CM, Ricci WM, Gardner MJ. Surgical approaches to intramedullary nailing of the tibia: comparative analysis of knee pain and functional outcomes. *Injury*. 2016;47:958-61
10. Tornetta P 3rd, Riina J, Geller J, Purban W. Intraarticular anatomic risks of tibial nailing. *J Orthop Trauma*. 1999;13:247-51

KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP NĂM 2022 -2023

Phan Minh Hoàng¹, Nguyễn Hải Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau cột sống thắt lưng (CSTL) do thoái hóa cột sống làm suy giảm chất lượng cuộc sống

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị Bệnh nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drhoangphan@bvpheuchoiuchucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

và chức năng. Nhiều phương pháp điều trị nhằm cải thiện triệu chứng và chất lượng sống của bệnh nhân.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đau CSTL do thoái hóa cột sống trước và sau điều trị. **Đối tượng, phương pháp:** Mô tả cắt ngang kết hợp can thiệp không nhóm chứng trên 403 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau CSTL do thoái hóa điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng- Điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2022-2023. **Kết quả:** Sau 14 ngày điều trị, đánh giá kết quả điều trị hồi phục chức năng vận động chung bao gồm tốt (20,6%), khá (65,3%), trung