

hòa hoạt động này trong toàn bộ hệ thống xương, nhưng các yếu tố tại chỗ như tải trọng cơ học, cytokine và các chất trung gian khác có thể có tác động trực tiếp đến hoạt động của tế bào xương. Tổn thương nang do răng xương hàm dưới được điều trị bằng phương pháp giảm áp chủ động các yếu tố như độ tuổi, giới tính, thiết kế hệ thống giảm áp chủ động, thời gian và mức độ áp lực âm tác động, mật độ và hình dạng xương, kích thước của nang đều có thể đóng vai trò quyết định đến phản ứng của xương[3].

Mặc dù chúng tôi nhận thấy phản ứng tạo xương diễn ra nhanh chóng tuy nhiên những hạn chế của nghiên cứu bao gồm: Cỡ mẫu nhỏ, bản chất của nghiên cứu bao gồm nhiều loại nang xương hàm khác nhau và không có nhóm đối chứng để so sánh với các phương pháp điều trị khác. Mặc dù những phát hiện ban đầu về phương pháp giảm áp chủ động trong điều trị các tổn thương nang do răng rất hứa hẹn, nhưng cần phải có các nghiên cứu theo dõi dài hạn và so sánh để xác định vai trò của phương pháp này trong việc điều trị các bệnh lý nang do răng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng tốc độ tạo xương hiệu quả và nhanh chóng của các tổn thương nang xương hàm dưới do răng trước và sau khi sử dụng phương pháp giảm áp chủ động trong một nhóm nhỏ bệnh nhân. Phương pháp này cần được nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với phương tiện cận lâm sàng trực quan hơn kết hợp với quá trình theo dõi dài hạn sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Danh Bình.** Đánh giá kết quả điều trị nang xương hàm do răng bằng phương pháp mở thông nang trên lâm sàng và hình ảnh cắt lớp điện toán. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược TP.HCM.2021.
2. **Castro-Núñez J, Rey D, Amaya L.** An Innovative Intracystic Negative Pressure System to Treat Odontogenic Cysts. J Craniofac Surg. 2017;28(7):1883-4.
3. **Trujillo-Saldarriaga S, Cuéllar MA, Alfaro-Portillo C, Moreno-Rodríguez P, Gómez-Delgado A, Castro-Núñez J.** Potential role of active decompression with distraction sugosteogenesis for the management of odontogenic cystic lesions: a retrospective review of 10 cases. Oral Maxillofac Surg. 2022;26(2): 239-45.
4. **Castro-Núñez J, Sifuentes-Cervantes JS, Alemán BO, Rivera I, Bustillo J, Guerrero LM.** Histologic features of bone regenerated by means of negative pressure in the context of odontogenic keratocyst. Oral Maxillofac Surg. 2023;27(3):421-6.
5. **Anavi Y, Gal G, Miron H, Calderon S, Allon DM.** Decompression of odontogenic cystic lesions: clinical long-term study of 73 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011;112(2):164-9.
6. **Song IS, Park HS, Seo BM, Lee JH, Kim MJ.** Effect of decompression on cystic lesions of the mandible: 3-dimensional volumetric analysis. Br J Oral Maxillofac Surg. 2015;53(9):841-8.
7. **Enislidis G, Fock N, Sulzbacher I, Ewers R.** Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: a prospective study of the effect of decompression. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004;42(6):546-50.
8. **Yang Z, Liu M, Zhang YG, Guo X, Xu P.** Effects of intermittent negative pressure on osteogenesis in human bone marrow-derived stroma cells. J Zhejiang Univ Sci B. 2009;10(3):188-92.

KẾT QUẢ CHỨC NĂNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÂY GALEAZZI

Lê Ngọc Quyên¹, Vũ Trung Hiếu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy Galeazzi là một tổn thương phối hợp gãy thân xương quay và trật khớp quay trụ dưới (KQTD). Phương pháp điều trị phổ biến là mổ kết hợp xương quay bằng nẹp vít, đánh giá KQTD và khóa khớp khi mất vững. Mặc dù phác đồ này được sử dụng rất nhiều nhưng hiệu quả thực sự về phục hồi KQTD

vẫn còn gây tranh cãi. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chức năng và hình ảnh học của KQTD sau điều trị gãy trật Galeazzi, đồng thời khảo sát mối tương quan giữa hai yếu tố này. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 32 bệnh nhân đã phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi có X quang (XQ) sau mổ phục hồi giải phẫu tốt, theo dõi ít nhất 12 tháng. Đánh giá chức năng bao gồm thang điểm đau VAS, nghiệm pháp bập bênh KQTD, biên độ sấp-ngửa cẳng tay, lực cầm nắm và thang điểm Cooney. Hình ảnh học bao gồm XQ thẳng, nghiêng và XQ động (có khung đỡ trượt KQTD). Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung bình là $14,6 \pm 2,7$ tháng. Có 71,1% bệnh nhân phục hồi chức năng KQTD ở mức

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Quyên

Email: ngocquyendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025

rất tốt và tốt. Điểm đau VAS trung bình là 1,22 (0 đến 6 điểm), trong đó 65% bệnh nhân không đau. Nghiệm pháp bập bênh KQTD dương tính ở 65,6% bệnh nhân. Trên XQ động cổ 56,2% bệnh nhân xuất hiện dấu hiệu bán trật hoặc trật KQTD. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê được ghi nhận giữa các biểu hiện mất vững trên hình ảnh học với điểm chức năng ($p < 0,01$). **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật gãy Galeazzi cho kết quả phục hồi chức năng tương đối tốt nhưng tỉ lệ KQTD còn mất vững khá nhiều.

Từ khóa: gãy Galeazzi, khớp quay trị dưới

SUMMARY

EVALUATION OF THE DISTAL RADIOULNAR JOINT RADIOLOGY AND FUNCTION AFTER SURGICAL TREATMENT OF GALEAZZI FRACTURE

Background: Galeazzi fracture is a combined injury involving a fracture of the radial shaft and dislocation of the distal radioulnar joint (DRUJ). The standard treatment involves open reduction and internal fixation (ORIF) of the radius using a plate, followed by intraoperative assessment of the DRUJ and temporary K-wire fixation in cases of instability. Although this approach is widely used, the long-term effectiveness in restoring both function and anatomical integrity of the DRUJ remains controversial. This study aims to evaluate the functional and radiographic outcomes of the DRUJ following surgical treatment of Galeazzi fracture and to investigate the correlation between these two aspects. **Methods:** A retrospective study was conducted on 32 patients who underwent surgical fixation for Galeazzi fracture with postoperative radiographs confirming anatomical reduction. Patients were followed up for a minimum of 12 months. Functional outcomes were assessed using the Visual Analog Scale (VAS) for pain, DRUJ ballottement test, forearm pronation-supination range of motion, grip strength, and the modified Cooney score. Radiographic assessment included standard anteroposterior, lateral, and stress view (using a custom DRUJ translation device). Statistical analysis was performed using SPSS, with significance set at $p < 0.05$. **Results:** The mean follow-up duration was 14.6 ± 2.7 months. A total of 71.1% of patients achieved good to excellent functional outcomes. The mean VAS pain score was 1.22 (range: 0–6), with 65% of patients reporting no pain. A positive DRUJ ballottement test was found in 65.6% of cases. Stress radiographs revealed DRUJ subluxation or dislocation in 56.2% of patients. A statistically significant correlation was observed between radiographic instability and lower functional scores ($p < 0.01$). **Conclusion:** Surgical treatment of Galeazzi fractures results in relatively good functional recovery; however, the distal radioulnar joint remains unstable in a considerable proportion of cases. **Keywords:** Galeazzi fracture, distal radioulnar joint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Galeazzi là tổn thương phối hợp gãy thân xương quay và trật khớp quay trụ dưới (KQTD). Điều trị không thể dừng lại ở việc nắn chỉnh và cố định xương quay mà quan trọng hơn

là cần phục hồi được giải phẫu và chức năng của KQTD, một khớp đóng vai trò quan trọng trong vận động sấp-ngửa cẳng tay. Trong hơn ba thập kỷ qua, phương pháp điều trị phổ biến và được chấp nhận rộng rãi là kết hợp xương quay bằng nẹp vít, đánh giá độ vững khớp KQTD sau nắn chỉnh và khoá khớp bằng kim Kirschner khi cần³. Phác đồ này được xem là giải pháp hiệu quả, ít xâm lấn. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh cãi về khả năng phục hồi đầy đủ cấu trúc và chức năng KQTD. Một số nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ mất vững sau mổ không hề nhỏ, dù kết quả chức năng lâm sàng được đánh giá là tốt theo thang điểm chức năng^{4,5,7}. Nhiều tác giả gần đây cho rằng nên cân nhắc đưa thêm kỹ thuật tái tạo dây chằng vào quy trình điều trị tiêu chuẩn để cải thiện sự vững chắc lâu dài của khớp^{5,6}. Tuy nhiên hiện nay các kết quả điều trị trong y văn quốc tế cũng chưa thực sự thống nhất. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả chức năng và hình ảnh học của KQTD sau điều trị gãy trật Galeazzi, đồng thời khảo sát mối tương quan giữa hai yếu tố này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024 trên các bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi trước đó ít nhất 12 tháng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Gãy Galeazzi đã được mổ kết hợp xương quay bằng nẹp vít và kiểm tra KQTD, nếu khớp vững thì nẹp bột cánh bàn tay tư thế cẳng tay ngửa, nếu không vững thì xuyên kim Kirschner khoá khớp

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Cal lệch xương quay (trên XQ cẳng tay thẳng, chỉ số MRB và LMRB của tay lành và tay bị tổn thương tương đương nhau; trên XQ nghiêng, gập góc mặt lòng của đầu xa xương quay không quá 20°)

- KQTD còn trật hoặc bán trật trên XQ sau mổ
- Gãy đầu dưới xương trụ kèm theo
- Gãy hở
- Có tiền sử phẫu thuật, chấn thương cổ tay hay biến dạng bẩm sinh.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Trích lục hồ sơ bệnh án từ năm 2016 đến 2022 để lựa chọn bệnh theo tiêu chuẩn chọn và loại trừ, sau đó gửi thư mời và liên hệ qua điện thoại mời bệnh nhân quay lại kiểm tra. Thu thập các biến số như tuổi, giới,

nghe nghiệp, tay gãy, gãy mỏm trâm trụ đi kèm, vị trí gãy xương quay, xuyên kim khoá KQTD và thời gian theo dõi.

Bước 2: Khám lâm sàng: đánh giá điểm đau VAS, nghiệm pháp bập bênh KQTD, biên độ sấp-ngửa cẳng tay, lực cầm nắm và thang điểm chức năng Cooney (cải biên từ bảng Green và O'Brien).

Bước 3: Chụp XQ

- XQ cẳng tay thẳng và nghiêng cả hai tay để so sánh, loại trừ các trường hợp cal lệch xương quay (loại 2 ca).

- XQ cổ tay tư thế thẳng PA (sau-trước) để đánh giá: độ chênh quay trụ (UV), độ rộng KQTD (W) và dấu hiệu thoái hoá KQTD.

- XQ cổ tay tư thế nghiêng: chụp đúng tư thế là một yếu tố rất quan trọng khi đánh giá vị trí đầu dưới xương trụ so với xương quay. Phim đúng chuẩn khi bờ trước xương đầu nằm ở khoảng 1/3 giữa từ bờ trước xương cẳng đến bờ trước cực xa xương thuyền. Kẻ 2 đường thẳng song song với trục xương quay đi qua điểm sau nhất của đầu dưới xương quay và xương trụ. Bình thường xương trụ có thể nhô ra sau 2 đến 3mm nên khi khoảng cách này từ 4 đến 5mm là nghi ngờ và từ 6 mm trở lên là bán trật KQTD ra sau. Khi đầu dưới xương trụ nhô ra trước hơn 2mm là có bán trật ra trước. Khi xương trụ di lệch ra trước hay ra sau hoàn toàn khỏi khuyết trụ xương quay là trật KQTD (hình 1).

- XQ động trong tư thế nghiêng với khung hỗ trợ tự chế (hình 2). Khung này giúp đảm bảo cổ tay đúng tư thế nghiêng. Bên cạnh đó khung có thiết bị đẩy trượt đầu dưới xương trụ ra phía trước và phía sau, tạo stress test, giúp đánh giá chính xác hơn về tình trạng mất vững KQTD.

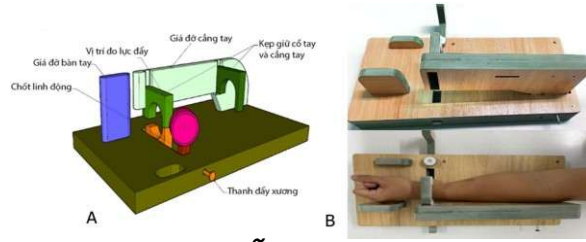
Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 15.0 dùng để mã hóa và xử lý dữ liệu trong nghiên cứu. Các biến số định tính được mô tả theo tần suất, các biến số định lượng được thể hiện bằng số trung bình. Kiểm định số trung bình của các biến trong hai nhóm bằng phép kiểm t không bắt cặp và phép kiểm ANOVA để so sánh trung bình giữa các nhóm nghiên cứu.

Y đức: Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Y đức của Đại học Y Dược TP. HCM.



Hình 1: Đánh giá KQTD trên XQ cổ tay nghiêng

(A) Bình thường; (B) Bán trật ra trước; (C) Trật ra sau



Hình 2: Khung hỗ trợ chụp XQ động khớp quay trụ dưới tư chế

(A) Hình 3D mô phỏng; (B) Hình thực tế

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 32 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 38 ± 13.7 tuổi, với nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 20 đến 40 tuổi. hai giới nam nữ tương đương nhau. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 25.34 tháng (12 đến 108 tháng). Tay thuận bị tổn thương ở 59,4% số ca và nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (71,8%). Có đến 65% gãy ở 1/3 giữa thân xương quay và chỉ có 1 ca có gãy kèm gãy mỏm trâm trụ. Trong nghiên cứu có 8 ca (25%) được phẫu thuật viên đánh giá là KQTD không vững nên xuyên 1 kim K khoá khớp. Tất cả đều được làm nẹp bột cánh bàn tay ngửa sau mổ. Kết quả khám lâm sàng cho thấy điểm đau VAS trung bình tại thời điểm theo dõi là 1,22 điểm (0 đến 6 điểm). Có 22 bệnh nhân (68,8%) hoàn toàn không đau, 7 bệnh nhân (21,9%) có đau nhẹ, và chỉ 3 trường hợp (9,4%) có đau mức độ trung bình. Nghiệm pháp bập bênh KQTD dương tính được ghi nhận ở 21 bệnh nhân (65,6%). Biên độ sấp-ngửa cẳng tay có 78,11% đạt 180 độ - ROM tối đa, 19 % vận động giới hạn ít và 1 ca sấp ngửa chỉ được 100 độ. Lực cầm nắm trung bình của tay bệnh (sau khi hiệu chỉnh 10% theo tay thuận) đạt 76,28% so với tay lành. Điểm chức năng Cooney cho thấy có 27 bệnh nhân (84,3%) đạt rất tốt và tốt, trong đó có 9 ca đạt tối đa 100 điểm. Có 3 trường hợp (9,3%) đạt khá và 2 trường hợp (6,3%) ở mức trung bình. Không ghi nhận trường hợp nào có điểm dưới 50. XQ cổ tay ở tư thế thẳng có 11 trường hợp (34,4%) toác rộng KQTD, 6,3% có thay đổi UV và 21,9% có dấu hiệu thoái hoá KQTD. Trên XQ nghiêng có 24 ca (75%) KQTD bình thường, chỉ có 1 ca trật và 7 ca bán trật. Tuy nhiên, trên XQ động, có đến 18 bệnh nhân (56,2%) xuất hiện dấu hiệu bán trật hoặc trật. Khi so sánh kết quả hình ảnh học với kết quả chức năng, có sự tương quan đáng kể giữa tình trạng mất vững KQTD trên XQ động và điểm Cooney ($p < 0,01$). Ngoài ra, nghiệm pháp bập bênh dương tính và dấu hiệu toác rộng

KQTD cũng có tương quan mạnh với mất vững trên XQ động.



Hình 3: XQ cổ tay (Bệnh nhân số 8)

(A) XQ thẳng: UV= -0,8mm, W <2mm; (B) XQ nghiêng: xương trụ ra sau 5mm: nghi ngờ bán trật KQTD; (C) XQ động: xương trụ ra sau 10mm: bán

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ bệnh nhân còn đau khớp cổ tay chiếm 34,4% nhưng đa số đau ở mức độ nhẹ với điểm trung bình VAS chỉ có 1.22. Một trường hợp duy nhất gặp phải hạn chế sấp cổ tay và than đau nhiều khi vận động. Tương tự chúng tôi, nghiên cứu của Donndorff⁴ cũng chỉ ra đau chiếm 35.7% với điểm VAS trung bình là 2. Nghiên cứu của Lê Đức Thọ² chỉ có 26,8% bệnh nhân đau, tuy nhiên đây là kết quả 3 tháng sau mổ. Tỉ lệ bại bệnh KQTD dương tính chiếm đến 65.6%, có ở cả nhóm có khoá KQTD và không. Kết quả này cho thấy việc đánh giá độ vững KQTD trong lúc mổ không chính xác, vì có đến 67,7% (5/8 ca) được cho là vững lúc mổ nhưng thật ra không vững. Bên cạnh đó 62,5% (16/24 ca) đã khoá khớp tạm nhưng vẫn không phục hồi được KQTD. Nghiệm pháp bập bênh và XQ động có sự tương quan mạnh ($p = 0.001$), cho thấy nghiệm pháp bập bênh có giá trị quan trọng trong việc đánh giá sự vững của KQTD. Tuy nhiên, việc chuẩn hóa thao tác, khám ở đủ 3 tư thế cẳng tay (sấp, ngửa và trung tính) và so sánh với bên lành là yếu tố then chốt để tăng độ chính xác. Tỷ lệ phục hồi chức năng rất tốt và tốt theo điểm Cooney trong nghiên cứu đạt 84,3%, là một kết quả tương đối tốt và tương đương với một số tác giả khác như Tsismenakis⁷ là 76%, Varma⁸ là 79%.

XQ thẳng có 11 trường hợp KQTD toát rộng, trong đó 10 ca là mất vững. Ngược lại trong 21 ca KQTD không rộng thì có đến 8 ca mất vững. Điều này cho thấy dấu hiệu này giúp xác định mất vững tốt nhưng dễ bỏ sót. XQ nghiêng có vai trò rất quan trọng trong việc đánh giá KQTD. Tuy nhiên sự tương quan về vị trí đầu dưới xương quay và trụ thay đổi rất nhiều khi tư thế nghiêng không đúng chuẩn. Một số nghiên cứu cho thấy rằng chỉ cần sấp hay ngửa cẳng tay 10⁰ thì đã làm cho hình ảnh bình thường thành bán trật hay ngược lại. Do đó khi chụp cần đặt tay

bệnh nhân ở tư thế trung tính và đánh giá các tiêu chuẩn phim trước khi khẳng định về sự mất vững của KQTD. Khi đúng tư thế, các xương thuyền, xương nguyệt và xương tháp sẽ chồng lên nhau; bờ trước xương đậu nằm ở khoảng 1/3 giữa từ bờ trước xương cả đến bờ trước cực xa xương thuyền; mỏm trâm quay nằm ở trung tâm hàng xương cổ tay gần. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ còn bán trật và trật KQTD là 25%, trong khi Nguyễn Văn Dương¹ báo cáo là 16,7% và Tsismenakis⁷ là 11%. Một điểm nổi bật trong nghiên cứu là XQ động giúp phát hiện thêm 10 ca mất vững, nâng tỉ lệ lên đến 56,2% (hình 3). Điều này cho thấy XQ tĩnh có thể đánh giá không đầy đủ độ mất vững của KQTD trong các vận động chức năng. Thực tế lâm sàng cũng ghi nhận nhiều bệnh nhân mặc dù có hình ảnh XQ sau mổ được đánh giá là tốt, vẫn còn biểu hiện hạn chế sấp ngửa, đau khi xoay cổ tay, hoặc dương tính với nghiệm pháp bập bênh. Việc phát hiện tỷ lệ lớn các trường hợp mất vững KQTD trên XQ động đặt ra câu hỏi về hiệu quả của phương pháp điều trị. Phần lớn gãy Galeazzi đều có liên quan đến tổn thương phức hợp sụn sợi tam giác (TFCC). Trong các trường hợp mất vững, việc chỉ xuyên kim Kirschner tạm thời có thể không đủ để phục hồi khớp. Từ những hạn chế này, một số tác giả đã đề xuất các phương pháp điều trị tăng cường. Cụ thể, Moore⁶ đề nghị nên nội soi khớp cổ tay trong mổ để đánh giá trực tiếp tổn thương TFCC, từ đó khâu phục hồi hoặc tái tạo nếu cần. Mikic⁵ thậm chí đề xuất tái tạo dây chằng quay trụ dưới bằng gân tự thân trong những trường hợp mất vững nặng.

Trong nghiên cứu có 7/32 trường hợp (21.9%) xuất hiện thoái hóa KQTD, chủ yếu là mức độ nhẹ. Trong số đó có đến 5 trường hợp có mất vững KQTD trên XQ động. Theo nghiên cứu của Donndorff⁴, theo dõi 14 trường hợp gãy trật Galeazzi trong 12 năm, có 8 trường hợp thoái hóa khớp được ghi nhận trên XQ. Trong đó có 4 trường hợp không có triệu chứng, 3 trường hợp có đau nhẹ và chỉ 1 trường hợp đau trung bình. Tất cả các bệnh nhân đều có biên độ vận động và phục hồi chức năng chấp nhận được, cho thấy mối tương quan nghèo nàn giữa triệu chứng lâm sàng và các thay đổi trên XQ, với ảnh hưởng chức năng chủ yếu là nhẹ.

Mất vững KQTD không chỉ là vấn đề về giải phẫu mà còn ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng vận động sấp-ngửa của cẳng tay và nếu kéo dài có thể dẫn đến thoái hóa khớp. Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa mất vững khớp trên X-quang động và điểm chức năng và điểm đau ($p < 0,01$). Điều này gợi

ý rằng các biểu hiện lâm sàng “khá tốt” ban đầu có thể che lấp một quá trình thoái hóa âm thầm đang diễn ra, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân trẻ tuổi cần sử dụng cổ tay trong lao động lâu dài.

Nghiên cứu này có một số điểm mạnh như sử dụng phương pháp chụp XQ động có khung hỗ trợ chuyên dụng, đánh giá đa chiều cả về lâm sàng và hình ảnh học và phân tích mối tương quan rõ ràng giữa hai yếu tố. Tuy nhiên, cũng tồn tại một số hạn chế, trong đó nổi bật là thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu chưa lớn và chưa đánh giá tổn thương TFCC bằng MRI hoặc nội soi.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy Galeazzi bằng phương pháp phẫu thuật kinh điển cho kết quả phục hồi chức năng tương đối tốt nhưng tỉ lệ mất vững KQTD còn khá cao. Để khắc phục cần khám kỹ bập bênh KQTD đủ 3 tư thế sấp, ngửa và trung tính trong lúc mổ để đánh giá độ mất vững thật chính xác. Trong các trường hợp KQTD lỏng lẻo nhiều thì cần khâu phục hồi hoặc tái tạo dây chằng quay trụ dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Dương, Đinh Thế Hùng, Nauvễn Văn Việt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X

quang và kết quả phẫu thuật dãn kín Galeazzi ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023 Aug 25;529(1): 356-361.

2. Lê Đức Thọ. Kết quả phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi tại Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2024; 533(1B): 30-34.
3. Browner BD, Jupiter JB, Levine AM, Trafton PG. Skeletal trauma: fractures, dislocations, ligamentous injuries. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992
4. Donndorff AG, Petrucelli EM, Gallucci GL, Boretto JG, Zaidenberg EE, Gallán I, et al. Galeazzi fracture-dislocations: Long-term prognosis of the distal radioulnar joint. Hand Surg Rehabil. 2021 Oct;40(5):572–8.
5. Mikic ZD. Treatment of acute injuries of the triangular fibrocartilage complex associated with distal radioulnar joint instability. J Hand Surg. 1995 Mar; 20(2):319–23.
6. Moore TM, Lester DK, Sarmiento A. The stabilizing effect of soft-tissue constraints in artificial Galeazzi fractures. Clin Orthop. 1985 Apr;(194):189–94.
7. Tsismenakis T, Tornetta P. Galeazzi fractures: Is DRUJ instability predicted by current guidelines? Injury. 2016 Jul;47(7):1472–7.
8. Varma R, Wani SS, Rai SK. Management and functional outcome of Galeazzi fracture-dislocation: a retrospective study at a tertiary care centre. Int J Res Orthop. 2017;3(4):809–813.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GIẢI MẮN CẢM TRƯỚC GHÉP BẰNG THAY HUYẾT TƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Man Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thế Cường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Tuy nhiên, nguồn thận hiến khan hiếm khiến danh sách chờ ghép ngày càng dài. Sự tồn tại kháng thể kháng HLA đặc hiệu người hiến (DSA) là rào cản lớn, làm tăng nguy cơ thải ghép. Các chiến lược giải miễn cảm, đặc biệt là thay huyết tương (PEX), được áp dụng nhằm loại bỏ DSA và mở rộng cơ hội ghép thận. **Đối tượng- phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả 09 trường hợp ghép thận từ người hiến sống có DSA được giải miễn cảm bằng PEX tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2017 đến 10/2023. **Kết quả:** 100% bệnh nhân được ghép thành công sau giải miễn cảm bằng PEX. Chức năng thận cải thiện tốt, không có trường hợp thải ghép cấp hay thận ghép chậm chức năng. Sau thời gian theo dõi trung bình 25,67 tháng,

100% bệnh nhân còn sống với chức năng thận ổn định. **Kết luận:** Giải miễn cảm bằng thay huyết tương trước ghép là phương pháp hiệu quả, an toàn, giúp mở rộng nguồn thận hiến ở bệnh nhân có DSA. Cần tiếp tục nghiên cứu để tối ưu chi phí và giảm biến chứng. **Từ khóa:** ghép thận, giải miễn cảm, DSA, thay huyết tương

SUMMARY

INITIAL ASSESSMENT OF PRE - TRANSPLANT DESENSITIZATION WITH PLASMA EXCHANGE AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Kidney transplantation is the optimal treatment for patients with end-stage renal disease. However, due to the limited availability of donor kidneys, the transplant waiting list continues to grow. The presence of donor-specific anti-HLA antibodies (DSAs) remains a significant immunological barrier, increasing the risk of antibody-mediated rejection. Various desensitization strategies, particularly plasma exchange (PEX), have been employed to eliminate DSAs and expand transplant opportunities. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 09

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Man Thị Thu Hương

Email: manhuonghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025