

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM DA CƠ TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG 2010-2022

Lê Quỳnh Chi^{1,2}, Phan Thị Thúy Ngân¹, Nguyễn Thu Hà¹,
Nguyễn Đình Giang¹, Nguyễn Thị Hương Thảo^{1,2},
Nguyễn Thị Vân Anh^{1,2}, Nguyễn Văn Khiêm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 50 bệnh nhi được chẩn đoán viêm da cơ tại Khoa Miễn dịch-Dị ứng-Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2010 đến 2022. Dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình lúc chẩn đoán là $6,5 \pm 2,9$ tuổi, với tỷ lệ nữ/nam là 1,7:1. Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến khi chẩn đoán là $5,5 \pm 6,9$ tháng. Triệu chứng toàn thân phổ biến nhất là mệt mỏi (78%). Tổn thương da đặc hiệu bao gồm sẩn/ban Gottron (64%), ban heliotrope (40%) và giãn mao mạch quanh móng tay (62%). Yếu cơ được ghi nhận ở 98% bệnh nhân, chủ yếu ở cơ gốc chi (98%), cơ vùng đai chậu (80%) và cơ vùng vai (72%). Đánh giá theo thang điểm MMT8, 90,9% bệnh nhân có yếu cơ nặng (điểm MMT8 ≤ 63), 9,1% có yếu cơ mức độ trung bình (MMT8 từ 64–71). Biểu hiện tiêu hóa gặp ở 36% bệnh nhân, trong đó khó nuốt chiếm 24%. Tổn thương phổi (6%) và tim mạch (2%) ít gặp. **Kết luận:** Viêm da cơ trẻ em tại Việt Nam có các biểu hiện điển hình về da và cơ, trong đó phần lớn bệnh nhân có mức độ yếu cơ nặng. Tổn thương hệ thống ít gặp hơn. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện tiên lượng bệnh.

Từ khóa: Viêm da cơ trẻ em, viêm cơ tự miễn, sẩn Gottron, ban heliotrope, MMT8

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF JUVENILE DERMATOMYOSITIS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL FROM 2010 TO 2022

Objectives: This study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric patients diagnosed with JDM at the Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** A retrospective study was conducted on 50 pediatric patients diagnosed with JDM from 2010 to 2022 at the Department of Immunology-Allergy-Rheumatology, Vietnam National Children's Hospital. Clinical manifestations, laboratory

findings, imaging results, and disease severity were analyzed using descriptive statistical methods.

Results: The median age at diagnosis was 6.5 years, with a female-to-male ratio of 1.7:1. The median time from symptom onset to diagnosis was 5.5 months. The most common systemic symptom was fatigue (78%). Skin involvement included Gottron's papules (64%), heliotrope rash (40%), and periungual capillary changes (62%). Muscle weakness was observed in 98% of patients, predominantly affecting proximal limb muscles (98%), pelvic girdle (80%), and shoulder girdle (72%). According to the MMT8 (Manual Muscle Testing-8) scale, 90.9% of patients had severe muscle weakness (MMT8 score ≤ 63), while 9.1% had moderate muscle weakness (MMT8 score 64–71). Gastrointestinal involvement was present in 36% of cases, primarily with dysphagia (24%). Pulmonary involvement was rare (6%), and only one case (2%) had pericardial effusion.

Conclusions: JDM in Vietnamese children presents with classic dermatologic and muscular manifestations, but systemic involvement is relatively uncommon. Early recognition and timely intervention are crucial in improving long-term outcomes. Further research is needed to optimize diagnostic and therapeutic approaches for JDM in Vietnam. **Keywords:** Juvenile dermatomyositis, autoimmune myopathy, Gottron's papules, heliotrope rash, MMT8.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ trẻ em (Juvenile Dermatomyositis - JDM) là bệnh lý tự miễn hiếm gặp, với tỷ lệ mắc từ 2–10 ca/1 triệu trẻ em/năm. Bệnh đặc trưng bởi viêm cơ gốc chi đối xứng tiến triển và tổn thương da điển hình như ban heliotrope và sẩn Gottron. Ngoài tổn thương cơ và da, JDM có thể gây tổn thương hệ thống như phổi, tim mạch và tiêu hóa, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống và tiên lượng bệnh.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về JDM ở trẻ em còn hạn chế, trong khi việc chẩn đoán muộn có thể dẫn đến di chứng nặng nề về vận động và các biến chứng nguy hiểm. Do đó, nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân JDM tại Bệnh viện Nhi Trung ương, góp phần nâng cao hiểu biết về bệnh và hỗ trợ cải thiện hiệu quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ em được chẩn đoán JDM theo tiêu chuẩn Bohan và Peter (1975).

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khiêm

Email: khiemnv@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

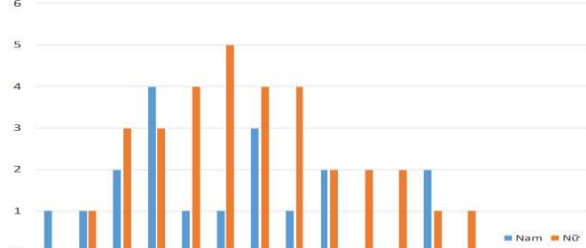
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Cỡ mẫu: thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.
- Phân tích số liệu: Sử dụng SPSS 22.0, áp dụng thống kê mô tả và các kiểm định phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=50)
Tuổi	Tuổi trung bình ở thời điểm chẩn đoán bệnh (năm), trung vị (IQR)	6,5 ± 2,9
Thời gian	Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi chẩn đoán (tháng), trung vị (IQR)	5,5 ± 6,9
Giới (n, %)	Nam	18 (36%)
	Nữ	32 (64%)
Dân tộc (n, %)	Kinh	47 (94%)
	Dân tộc thiểu số	3 (6%)
Vùng miền (n, %)	Đồng bằng sông Hồng	27 (54%)
	Trung du và miền núi phía Bắc	10 (20%)
	Bắc Trung Bộ, Duyên hải miền Trung	12 (24%)
	Tây Nguyên	1 (2%)

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khi mắc bệnh đến khi được chẩn đoán là 2 tháng. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,7/1. Bệnh hay gặp ở trẻ dân tộc Kinh (94%) và sống ở Đồng bằng Sông Hồng (54%).

**Hình 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi mắc bệnh**

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất mắc bệnh là 1 tuổi. Bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 3-8 tuổi.

Bảng 3.2. Đặc điểm về tổn thương da của bệnh viêm da cơ

Tổn thương da, n (%)	Số bệnh nhân (n=50)
Loét da	5 (10%)
Ban đỏ ở má	26 (52%)
Ban đỏ vùng cổ, ngực	8 (16%)
Phù, giãn mao mạch quanh mắt	12 (24%)
Rối loạn phân bố mỡ	1 (2%)
Ban đỏ tím quanh hốc mắt (Helitrope)	20 (40%)

Ban Gottron, sẩn gottron	32 (64%)
Viêm mao mạch quanh móng tay	31 (62%)
Calci hóa dưới da	2 (4%)
Teo da, mất sắc tố da	2 (4%)

Nhận xét: Tổn thương da đặc hiệu hay gặp nhất bao gồm ban/sẩn Gottron (64%), viêm mao mạch quanh móng tay (64%), ban đỏ tím quanh hốc mắt (Helitrope) (40%). Các biến chứng da nặng ít gặp: loét da (10%), calci hóa dưới da (4%), teo da (4%), rối loạn phân bố mỡ (2%).

Bảng 3.3. Đặc điểm về mức độ yếu cơ theo thang điểm MMT8

Phân loại, n (%)		Số bệnh nhân (n=20)
Mức độ yếu cơ	Điểm MMT8	
Không yếu	78-80	0
Nhẹ	72-77	0
Trung bình	64-71	2 (9,1%)
Nặng	0-63	20 (90,9%)

Nhận xét: Tỷ lệ yếu cơ nặng với điểm MMT8 từ 0-63 điểm là 90,9%, yếu cơ trung bình với điểm MMT8 từ 64-71 điểm là 9,1%.

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương đường tiêu hóa của nhóm bệnh nhân viêm da cơ

Triệu chứng tiêu hóa, n (%)	Số bệnh nhân (n=50)
Khó nuốt/nuốt nghẹn	12 (24%)
Viêm tụy	1 (2%)
Viêm gan	1 (2%)
Rối loạn nhu động ruột	0
Trào ngược dạ dày thực quản	4 (8%)
Xuất huyết tiêu hóa	0
Loét/thủng đường tiêu hóa	0
Tổng	18 (36%)

Nhận xét: 36% trẻ có tổn thương đường tiêu hóa, trong đó có 24% bệnh nhân có biểu hiện khó nuốt, nuốt khó.

Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương cơ của bệnh nhân viêm da cơ

Đặc điểm tổn thương cơ, n(%)	Số bệnh nhân (n=50)
Triệu chứng lâm sàng	
Đau cơ	26 (52%)
Mỏi cơ	48 (96%)
Sưng nề cơ	14 (28%)
Yếu cơ	49 (98%)
Cơ cứng cơ	4 (8%)
Vị trí	
Gốc chi	49 (98%)
Cơ ngón chi	20 (40%)
Cơ hầu họng	10 (20%)
Cơ vùng vai	36 (72%)
Cơ vùng đai chậu	40 (80%)
Cơ vùng cổ	40 (80%)
Cơ mặt, cơ vận nhãn	0%

Nhận xét: Yếu cơ và mỏi cơ là 2 triệu chứng

lâm sàng hay gặp nhất chiếm lần lượt 98% và 96%. Sưng nề cơ là triệu chứng nặng nhưng ít gặp (28%). Cơ gốc chi, cơ vùng vai, cơ vùng đai chậu và cơ vùng cổ là 4 nhóm cơ tổn thương hay gặp. Tỷ lệ yếu cơ hầu hòng chiếm 20%.

Bảng 3.6. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ

Đặc điểm cận lâm sàng	Median (IQR)	Min-Max
Huyết học		
Bạch cầu ($\times 10^9/L$) (G/L)	9 (7-12)	3-28
Bạch cầu lympho ($\times 10^9/L$) (G/L)	3 (2-4)	1-17
Bạch cầu trung tính ($\times 10^9/L$) (G/L)	5 (3,75-6,5)	1-13
Hemoglobin (g/L)	115,5 (109-126)	88-146
Tiểu cầu ($\times 10^9/L$) (G/L)	283 (232-356)	72-846
Sinh hóa		
Máu lắng giờ 1 (mm/h)	13 (8-23)	3-78
Máu lắng giờ 2 (mm/h)	27 (20-48)	6-110
GOT (U/L)	112 (46-327)	20-821
GPT (U/L)	50 (25-201)	8-994
CK (U/L)	833(212-4801)	29-20669
LDH (U/L)	585 (379-843)	289-2510
CRP (mg/L)	2 (1-4)	0.05-40

Nhận xét: Trung vị và tứ phân vị của các chỉ số viêm là: Máu lắng giờ 1 = 13 (8-23) (mm/h), máu lắng giờ 2 = 27 (20-48) (mm/h), bạch cầu ($\times 10^9$) = 99 (7-12) (G/L), CRP = 2 (1-4) (mg/L), LDH = 585 (379-843) (U/L). Trung vị và tứ phân vị của chỉ số men cơ và men gan là: CK = 833 (212-4801) (U/L), GOT = 112 (46-327) (U/L), GPT = 50 (25-201) (U/L).

Bảng 3.7. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân viêm da cơ

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, n (%)	Số bệnh nhân (n=50)
Điện cơ	
Không làm	4 (8%)
Có làm	46 (92%)
Phù hợp	26 (56,5%)
Không phù hợp	20 (43,5%)
MRI cơ	
Không làm	0 (0%)
Có làm	50 (100%)
Nhẹ	6 (12%)
Trung bình	24 (48%)
Nặng	20 (40%)

Nhận xét: 100% bệnh nhân được đánh giá MRI cơ, trong đó: tổn thương cơ nhẹ chiếm 12%, trung bình chiếm 48%, và nặng chiếm 40%.

Bảng 3.8. Đặc điểm cộng hưởng từ của bệnh nhân viêm da cơ

Đặc điểm, n(%)	Số bệnh nhân (n=50)
Phù nề cơ	7 (14%)
Teo cơ	1 (2%)
Chảy máu trong cơ	0 (0%)
Tổn thương dạng đối xứng hai bên	50 (100%)
Tăng tín hiệu trên T2W và/hoặc STIR	48 (94%)
Phù nề da lan tỏa	12 (24%)
Dày bao cơ	2 (4%)
Tăng tín hiệu tủy xương đùi	2 (4%)

Nhận xét: Các dạng tổn thương thường gặp trên cộng hưởng từ cơ đùi hai bên của bệnh nhân viêm da cơ bao gồm: tổn thương đối xứng hai bên (100%), tăng tín hiệu trên T2W và/hoặc STIR (94%), phù nề cơ (14%). Tỷ lệ tổn thương da gặp ở 24%, Các tổn thương ít gặp bao gồm: teo cơ (2%), dày bao cơ (4%), tăng tín hiệu tủy xương đùi (4%). Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, không gặp tổn thương dạng chảy máu trong cơ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 50 bệnh nhân viêm da cơ trẻ em (JDM) tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2010 đến 2022.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc bệnh giữa nữ và nam là 1,7:1, phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, như nghiên cứu của Rider et al. (2013) tại Mỹ (tỷ lệ 2:1) hay nghiên cứu của Barut et al. (2018) tại Thổ Nhĩ Kỳ (tỷ lệ 1,8:1). Điều này củng cố giả thuyết về vai trò của nội tiết tố và yếu tố di truyền trong bệnh sinh của JDM.

Tuổi trung bình lúc chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,5 tuổi, tương đồng với kết quả của Barut et al. (6,6 tuổi) và gần với nghiên cứu của Angeles-Han et al. (5,7 tuổi). Tuy nhiên, trẻ nam trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng khởi phát bệnh sớm hơn, đặc biệt với một số trường hợp bệnh nặng xuất hiện ở trẻ dưới 3 tuổi, điều này phù hợp với nghiên cứu của Stringer et al. (2018), trong đó trẻ nam thường có tiên lượng xấu hơn.

Biểu hiện da đặc hiệu trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm sẩn/ban Gotttron (64%) và ban heliotrope (40%), thấp hơn so với nghiên cứu của Constantin et al. (2019) tại Pháp (90% và 77%), nghiên cứu của Paola et al. (2020) tại Ý (78,5% và 66,3%), và nghiên cứu của Barut et al. (96-100%). Sự khác biệt này có thể do yếu tố di truyền, môi trường hoặc do thời điểm chẩn đoán bệnh ở Việt Nam thường muộn hơn, khiến

một số triệu chứng da đã mờ dần khi bệnh nhân nhập viện.

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ viêm mao mạch quanh móng tay (62%), cao hơn so với nghiên cứu của Angeles-Han (41%) và Constantin (27,2%). Điều này nhấn mạnh rằng đây có thể là một dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán JDM ở bệnh nhân Việt Nam, phản ánh mức độ viêm mạch của bệnh.

Loét da (10%) và calci hóa dưới da (5%) là hai biến chứng nặng nhưng ít gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ loét da cao hơn so với nghiên cứu của Angeles-Han (5%) và Sonia et al. (4,3%). Trong khi đó, tỷ lệ calci hóa dưới da của chúng tôi lại thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Barut et al. (38%) và Constantin et al. (18%). Calci hóa dưới da là một biến chứng muộn của JDM, và sự khác biệt này có thể liên quan đến thời gian theo dõi bệnh nhân hoặc chiến lược điều trị tại Việt Nam.

Yếu cơ là triệu chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở 98% bệnh nhân, chủ yếu ảnh hưởng đến cơ gốc chi (98%), cơ vùng đai chậu (80%) và cơ vùng vai (72%). Theo thang điểm MMT8, 90,9% bệnh nhân có yếu cơ nặng ($MMT8 \leq 63$), cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Angeles-Han (1%) và Barut et al. (6%). Điều này gợi ý rằng bệnh nhân JDM tại Việt Nam có thể có mức độ tổn thương cơ nghiêm trọng hơn khi được chẩn đoán, có thể do bệnh được phát hiện muộn hoặc có sự khác biệt về đáp ứng miễn dịch.

Tổn thương tiêu hóa được ghi nhận ở 36% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn so với nghiên cứu của Sonia et al. (10%) và Angeles-Han (2%). Trong đó, khó nuốt chiếm 24%, cao hơn so với nghiên cứu của Constantin (10%). Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một trường hợp thủng tá tràng, một biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm, đã từng được báo cáo trong y văn quốc tế. So với nghiên cứu của Stringer et al. (2018) tại Anh, trong đó có 1,5% bệnh nhân bị biến chứng đường tiêu hóa nặng, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể.

74% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tăng CK, trung vị 833 U/L, cao hơn so với nghiên cứu của Sonia (52%). Tuy nhiên, tương tự các nghiên cứu trước, mức độ tăng CK không có mối tương quan rõ ràng với mức độ yếu cơ trên thang điểm MMT8 ($p=0,137$, $p=0,544$). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Rider et al. (2013), cho thấy CK có thể tăng trong giai đoạn sớm của bệnh nhưng không phản ánh chính xác mức độ viêm cơ.

MRI cơ được thực hiện trên toàn bộ bệnh

nhân, trong đó 40% có tổn thương viêm cơ nặng, 48% trung bình và 12% nhẹ. So với nghiên cứu của Angeles-Han (89,8% bệnh nhân được thực hiện MRI) và Sonia (86,3%), tỷ lệ MRI trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, nhấn mạnh vai trò của MRI trong chẩn đoán và theo dõi bệnh tại Việt Nam. Warren et al. (2019) cho rằng MRI có độ nhạy cao hơn xét nghiệm CK trong đánh giá viêm cơ, và kết quả của chúng tôi củng cố nhận định này.

Kháng thể tự miễn được xét nghiệm ở 76% bệnh nhân, trong đó 57,9% có kết quả dương tính. Anti-MDA5 (21%) và Anti-NXP2 (18,4%) là phổ biến nhất, tương đồng với nghiên cứu của Tansley et al. (2017) tại Anh. Tuy nhiên, tỷ lệ dương tính với các kháng thể này thấp hơn so với nghiên cứu của Rider et al. (2013), có thể do sự khác biệt về chủng tộc và môi trường.

V. KẾT LUẬN

Viêm da cơ có tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam khoảng 1,7:1, tuổi chẩn đoán trung bình 6,5 tuổi, khởi phát sớm hơn ở trẻ nam. Yếu cơ xuất hiện ở 98% bệnh nhân, chủ yếu tại cơ gốc chi, cơ vùng vai, đai chậu và cổ, với 90,9% bệnh nhân bị yếu cơ nặng.

Triệu chứng da đặc hiệu gồm ban Helitrope (40%), sẩn Gottron (64%) và viêm mao mạch quanh móng (62%). Các tổn thương khác gồm ban đỏ má (52%), loét da (10%), calci hóa dưới da (5%).

Tổn thương cơ quan nội tạng gồm tiêu hóa (38%), tim mạch (2,9%), khớp (12%) và phổi kẽ (45,8%). Về cận lâm sàng, 74% bệnh nhân tăng men cơ, 50% tổn thương cơ trên điện cơ, 100% có viêm cơ trên MRI với 40% mức độ nặng, 66% sinh thiết cơ với 90,1% phù hợp viêm da cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barut K., Aydin P.O.A., Adrovic A., et al. (2017). Juvenile dermatomyositis: a tertiary center experience. *Clin Rheumatol*, 36(2), 361–366.
2. Nguyễn Thị Oanh (2011). Nghiên cứu sử dụng cyclophosphamid phối hợp với methylprednisolon điều trị viêm da cơ có tổn thương phổi kẽ. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Phương Thủy (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số thay đổi miễn dịch trong bệnh viêm da cơ và viêm da cơ. Luận văn tốt nghiệp Tiến sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Ngọc Chìu (2006). Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh viêm da cơ điều trị tại khoa Di ứng miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai 1998-2005. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
5. Đặng Quốc Hương (2009). Nghiên cứu các tổn thương phổi ở bệnh nhân viêm da cơ. Luận văn Thạc sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.

6. **Spencer C.H., Rouster-Stevens K., Gewanter H., et al.** (2017). Biologic therapies for refractory juvenile dermatomyositis: five years of experience of the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance in North America. *Pediatr Rheumatol Online J*, 15(1), 50.
7. **Aggarwal R., Bandos A., Reed A.M., et al.** (2014). Predictors of Clinical Improvement in Rituximab-Treated Refractory Adult and Juvenile Dermatomyositis and Adult Polymyositis. *Arthritis Rheumatol*, 66(3), 740–749.
8. **Oddis C.V., Reed A.M., Aggarwal R., et al.** (2013). Rituximab in the Treatment of Refractory Adult and Juvenile Dermatomyositis and Adult Polymyositis: A Randomized, Placebo-phase Trial. *Arthritis Rheum*, 65(2), 314–324.
9. **Wienke J., Deakin C.T., Wedderburn L.R., et al.** (2018). Systemic and Tissue Inflammation in Juvenile Dermatomyositis: From Pathogenesis to the Quest for Monitoring Tools. *Front Immunol*, 9.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẠP KHÓA

Võ Minh Luận¹, Nguyễn Việt Nam², Phan Văn Tuấn¹
Võ Văn Phúc Toàn¹, Trần Tuấn Kiệt¹, Võ Minh Hiền¹, Hoàng Minh Tú¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy thân hai xương cẳng tay là tổn thương phổ biến trong chấn thương chỉnh hình. Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa hiện nay là phương pháp tiêu chuẩn giúp phục hồi giải phẫu xương trụ và xương quay, đặc biệt trong các ca gãy phức tạp hoặc bệnh nhân có chất lượng xương kém. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang, nguyên nhân và kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 04/2023 đến 03/2025. **Kết quả:** Gãy thân hai xương cẳng tay thường gặp ở bệnh nhân nam trong độ tuổi lao động, chủ yếu do tai nạn giao thông. Vị trí gãy thường gặp ở 1/3 giữa và 1/3 dưới. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa cho kết quả liền xương 100%, chức năng tay phục hồi hoàn hảo ở 95,9% ca mổ, còn lại 4,1% có kết quả chấp nhận được. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa là phương pháp an toàn và hiệu quả, giúp phục hồi chức năng sắp ngửa và hiệu quả bất động ở gãy, đặc biệt đối với các ca gãy phức tạp hoặc bệnh nhân có chất lượng xương kém.

Từ khóa: Gãy thân hai xương cẳng tay, kết hợp xương nẹp khóa, sắp ngửa cẳng tay.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF FOREARM SHAFT FRACTURES USING LOCKING PLATE

Background: Fracture of forearm is a common

injury in orthopedic trauma. The current standard surgical method for restoring the anatomical alignment of the radius and ulna is locked plating, especially in complex fractures or patients with poor bone quality. **Objective:** To evaluate the clinical characteristics, X-ray findings, causes, and treatment outcomes of closed diaphyseal fractures of the forearm bones treated with locked plate fixation. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 49 patients diagnosed with closed diaphyseal fractures of both forearm bones who underwent locked plate fixation surgery at Can Tho Central General Hospital and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from April 2023 to March 2025. **Results:** Fractures of both forearm bones are most commonly observed in male patients of working age, mainly caused by traffic accidents. The most frequent fracture sites are in the middle and distal thirds of the forearm. Locked plate fixation surgery resulted in 100% bone union, with excellent functional recovery of the hand in 95.9% of cases, and acceptable outcomes in the remaining 4.1%. **Conclusion:** Locked plate fixation is a safe and effective method that helps restore supination and pronation function and provides effective immobilization of the fracture site, particularly for complex fractures or patients with poor bone quality.

Keywords: forearm shaft fracture, open reduction and internal fixation using locking plate, pronation and supination of the forearm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cẳng tay đóng vai trò quan trọng trong chức năng gấp duỗi ở khuỷu và cổ tay, cũng như trong sắp ngửa thông qua khớp quay trụ trên và dưới. Những chuyển động này phụ thuộc vào sự tương quan giải phẫu chính xác giữa xương quay và xương trụ [6,7]. Do đó, việc phục hồi lại cấu trúc giải phẫu bình thường là yếu tố then chốt trong điều trị gãy thân hai xương cẳng tay. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít, đặc biệt là nẹp khóa, là một phương pháp hiệu quả, giúp cố định vững chắc và tạo điều kiện thuận lợi cho

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Luận

Email: 22310441515@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025