

- kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội Trú, Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. **Nguyễn Ngọc Toàn, Lê Văn Hiệu, Nguyễn Thị Lý** (2020), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân 2 xương cẳng tay bằng kết xương nẹp vít tại Bệnh viện Quân Y 175", Tạp chí Y – Dược học Quân Sự Số 9-2020, tr.56-62.
 3. **Trần Nam Trung** (2019), Đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay ở người lớn bằng nẹp vít tại Bệnh viện Kiên An từ 01/2015 đến 06/2019", Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng.
 4. **Anderson LD, Sisk D, Toom RE, Park WI** 3rd (1975), "Compresion-plate fixation in acute diaphyseal fractures of radius and ulna", J Bone Joint Surg Am, 57, pp.287-297.
 5. **Charles M. Court-Brown** (2015), Rockwood and Greens Fractures in Adults, 8e, Wolters Kluwer, pp. 1121-1177.
 6. **Dung Tran Trung, Khanh Trinh Le, Tuyen Nguyen Trung** (2017), "The Surgical Outcomes of Diaphyseal Fractures of Radius and Ulna treated by Plate and Screws Fixation in Vietnam", Open Journal of Trauma, 1(3), pp.066-068.
 7. **Frederick Azar** (2021), Campbell's Operative Orthopaedics, 14e, Elsevier Inc, pp. 3097-3140.
 8. **Richard E Buckley** (2017), AO Principles of Fracture Management, 3e, AO Foundation, pp.657-672.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG CHÀY BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY KÍN CÓ CHỐT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN XƯƠNG DÀI TẠI KHOA NGOẠI DÃ CHIẾN BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Văn Hải¹, Lê Hùng Cường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phương pháp đóng đinh nội tủy kín có chốt điều trị gãy kín thân xương dài là một tiến bộ lớn trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình. Tại Bệnh viện quân y 103, đã áp dụng điều trị các trường hợp gãy kín thân xương chày bằng đóng đinh nội tủy Sanatmetal. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy xương chày bằng đinh Sanatmetal tại khoa ngoại dã chiến Bệnh viện quân y 103. **Phương pháp nghiên cứu:** 42 bệnh nhân (BN) được điều trị tại khoa ngoại dã chiến Bệnh viện 103, 01/2018 - 12/2018 bằng đóng đinh nội tủy Sanatmetal kín, có chốt. **Kết quả:** Bệnh nhân tuổi thấp nhất là 16, cao nhất là 85, trung bình 32,23. Tuổi 16 - 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (76,19 %). Số BN gãy chéo vát dài (A1), gãy có mảnh rời (B1, B2, B3) và gãy phức tạp (C1, C2, C3) là 30 BN. 42 BN (100%) liền vết mổ kỳ đầu và được dẫn lưu ở vết mổ đầu trên xương chày. Có 39 BN (92,86%) đã được nắn hết di lệch ở mọi hình thái gãy. 3 BN (7,14%) còn di lệch ít. **Kết luận:** Đóng đinh nội tủy kín, có chốt là phương pháp cho kết quả liền xương tốt, áp dụng cho mọi hình thái và vị trí gãy thân xương chày. **Từ khóa:** Đóng đinh nội tủy kín, phẫu thuật, xương dài

SUMMARY

THE RESULTS OF TIBIA FRACTURE TREATMENT WITH CLOSED INTRAMEDULLARY NAILING WITH PINS

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hải

Email: bshaibv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

FOR CLOSED LONG OBLIQUE FRACTURES AT THE FIELD SURGERY DEPARTMENT OF 103 MILITARY HOSPITAL

Background: The method of closed intramedullary nailing with pins in the treatment of closed fractures of the long bone shaft is a major advance in the field of orthopedic trauma. At Military Hospital 103, the treatment of closed fractures of the tibia shaft by closed intramedullary nailing with pins by Sanatmetal has been applied and has achieved positive results. **Objectives:** Evaluation of the results of treating tibia fractures with Sanatmetal nails at the field surgery department of Military Hospital 103. **Methods:** Retrospective study of 33 patients with closed clavicle fractures operated at Military Hospital 103 01/2018 - 12/2018. **Results:** The youngest patient was 16, the oldest was 85, the average age was 32.23. The age group 16 - 40 accounted for the highest proportion (76.19%). The number of patients with long oblique fractures (A1), fractures with fragments (B1, B2, B3) and complex fractures (C1, C2, C3) was 30 patients. 42 patients (100%) had initial surgical wound healing and drainage at the incision at the upper end of the tibia. 39 patients (92.86%) had complete reduction of all fracture types. 3 patients (7.14%) still had little displacement, including 2 patients with 3-segment fractures. **Conclusion:** Closed intramedullary nailing with a pin is a widely indicated method, applicable to all forms and locations of tibial shaft fractures. **Keywords:** Closed intramedullary nailing, surgery, long bones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín 2 xương cẳng chân là loại gãy xương dài thường gặp và có xu hướng ngày càng gia tăng với thương tổn ngày càng nặng nề, phức tạp hơn do tai nạn giao thông và lao động [1].

Gãy 2 xương cẳng chân chiếm 1/3 trong tổng số các trường hợp gãy xương các loại, trong đó 2/3 là gãy kín [2].

Có nhiều phương pháp điều trị gãy kín 2 xương cẳng chân, bao gồm các phương pháp điều trị bảo tồn và các phương pháp điều trị phẫu thuật [3]. Phương pháp đóng đinh nội tuỷ là một trong những phương pháp điều trị gãy xương đã được áp dụng từ lâu [6]. Cho đến nay phương pháp này ngày càng được cải tiến và đã trở thành một phương pháp rất quan trọng trong điều trị gãy xương nhờ những ưu điểm về cơ sinh. Tại Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu, tổng kết về điều trị đóng đinh nội tuỷ kín, có chốt để điều trị gãy kín thân xương đùi và thân xương chày được hoàn thành và công bố. Có nhiều cơ sở áp dụng phương pháp này trong điều trị gãy kín thân xương đùi và thân xương chày. Tuy nhiên ở những cơ sở này việc đóng đinh nội tuỷ kín, có chốt được thực hiện với sự trợ giúp của màn tăng sáng và đinh nội tuỷ sử dụng là đinh SIGN, đinh Kuntscher cải tiến. Tại Khoa Ngoại dã chiến, Bệnh viện quân y 103, từ 06/2017 đến nay chúng tôi đã áp dụng điều trị các trường hợp gãy kín thân xương chày bằng đóng đinh nội tuỷ Sanatmetal kín, có chốt và đã thu được những kết quả khả quan. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài "Kết quả điều trị gãy xương chày bằng đinh Sanatmetal tại Khoa Ngoại dã chiến, Bệnh viện quân y 103" nhằm mục đích: *Đánh giá kết quả điều trị gãy xương chày bằng đinh Sanatmetal tại khoa ngoại dã chiến Bệnh viện quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được điều trị tại Khoa Ngoại dã chiến, Bệnh viện quân y 103, từ 01/2018 đến 12/2018, bằng đóng đinh nội tuỷ Sanatmetal kín, có chốt.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân có tuổi từ 16 trở lên bị gãy kín thân 2XCC chưa điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật. Thời gian từ lúc gãy xương đến lúc mổ là trong 7-10 ngày đầu.

- Thời gian: 01/2018 - 12/2018.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân gãy xương bệnh lý (u xương, lao xương, viêm xương...). Bệnh nhân gãy xương mà chỉ gãy đã sẵn có thương tổn cũ về mạch máu, thần kinh. Ví dụ: chân bại liệt bị gãy. Bệnh nhân gãy xương cẳng chân mà khớp gối hạn chế vận động, không gấp được >90°. Bệnh nhân gãy kín 2XCC đến muộn sau hơn 10 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu là 42 bệnh nhân. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành thu thập số liệu trên những bệnh nhân thỏa những tiêu chuẩn trên từ lúc bắt đầu nghiên cứu đến khi kết thúc.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh: Dấu hiệu chắc chắn gãy xương, dấu hiệu không chắc chắn gãy xương, vị trí đường gãy, kiểu di lệch, kiểu gãy. Xác định vị trí ổ gãy và phân loại hình thái đường gãy xương chày theo bảng phân loại của AO.

+ Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Chụp X.quang cẳng chân 2 tư thế thẳng và nghiêng, X.quang tổn thương liên quan, diễn biến gần tại vết mổ và ổ gãy, kết quả liền xương.

- Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu: Thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Các biến số được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm (%).

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng khoa học của Học Viện Quân Y. Nghiên cứu được đảm bảo bí mật thông tin được cung cấp, thông tin của bệnh nhân chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới của bệnh nhân (n=42)

Tuổi \ Giới	Nam	Nữ	Tổng số	Tỷ lệ (%)
16 - 40	28	4	32	76,19
41 - <60	5	2	7	16,67
> 60 - 85	2	1	3	7,14
Tổng cộng	35	7	42	100

Nhận xét: BN tuổi nhỏ nhất là 16, tuổi cao nhất là 85, tuổi trung bình 32,23. Lứa tuổi từ 16 - 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 32 BN (76,19 %).

Bảng 2. Phân độ theo tính chất đường gãy theo AO (n=42)

Phân độ theo AO		Số BN	Tỷ lệ %
Độ A gãy đơn giản	A1: Gãy chéo vát dài >30°	16	38,1
	A2: Gãy chéo vát ngắn <30°	12	28,56
	A3: Gãy ngang	6	14,28
Độ B gãy mảnh rời	B1: Gãy mảnh rời chéo xoắn	0	0
	B2: Gãy mảnh rời chéo vát	3	7,14
	B3: Gãy mảnh rời nhỏ	3	7,14
Độ C gãy phức tạp	C1: Gãy phức tạp chéo xoắn	0	0
	C2: Gãy 3 đoạn	2	4,78
	C3: Gãy phức tạp nhiều mảnh rời	0	0

Tổng cộng	42	100
------------------	----	-----

Nhận xét: Số BN gãy chéo vát dài (A1), gãy có mảnh rời (B1, B2, B3) và gãy phức tạp (C1, C2, C3) là 30 BN. Đặc biệt có 2 BN gãy 3 đoạn 2XCC (C2),

3.2. Phương pháp điều trị

Bảng 3. Phân loại theo phương pháp nắn chỉnh ổ gãy xương chày (n=42)

Phương pháp	Số BN	Tỷ lệ %
Nắn chỉnh kín	41	97,62
Mở ổ gãy tối thiểu	1	2,38
Cộng	42	100

Nhận xét: Một BN được điều trị theo cách mở ổ gãy tối thiểu để nắn chỉnh trước khi đóng đinh là BN gãy xương chày 3 đoạn

Bảng 4. Phân bố BN theo cách bắt vít chốt (n=42)

Đoạn gãy	Bắt vít	Bắt 2 vít	Bắt 1 vít	Bắt trượt vít	Cộng
STrùng tâm	0	42	0	0	42
Ngoại vi	41	0	1	0	42

Nhận xét: Ở đầu trung tâm: 100% số BN đều bắt vít qua lỗ bầu dục ở đầu trung tâm. Ở đầu ngoại vi: cả 42 BN đều được bắt 2 vít chốt, trong đó có 1 BN bắt vít bị trượt ra ngoài.

3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Bảng 5. Kết quả liền vết thương sau phẫu thuật

Kết quả điều trị	Liên kết mổ kỳ đầu	Nhiễm khuẩn nông	Nhiễm khuẩn sâu
Số BN	42	0	0
Tỷ lệ %	100	0	0

Nhận xét: 42 BN (100%) liền vết mổ kỳ đầu

Bảng 6. Kết quả chỉnh trục ổ gãy xương chày theo tiêu chuẩn của Larson - Bostmant (n=42)

Hình thái gãy	Gãy ngang	Gãy chéo vát ngắn	Gãy mảnh rời	Gãy 3 đoạn	Cộng	Tỷ lệ %
Hết di lệch	9	16	12	2	39	92,86
Di lệch ít	0	0	1	2	3	7,14
Di lệch lớn	0	0	0	0	0	0
Tổng cộng	9	16	12	2	42	100

Nhận xét: 39 BN (92,86%) đã được nắn hết di lệch ở mọi hình thái gãy. 3 BN (7,14%) còn di lệch ít trong đó có 2 BN gãy 3 đoạn. BN còn lại gãy có mảnh rời chéo vát ở 1/3 G.

Bảng 7. Kết quả liền xương theo vị trí ổ gãy (n=15)

Kết quả liền xương	1/3 T	1/3 G	1/3 D	Cộng	Tỷ lệ %
Liền xương hết di lệch	3	6	4	13	86,67
Liền xương di lệch ít	1	1	0	2	13,33

Liền xương di lệch lớn	0	0	0	0	0
Không liền xương	0	0	0	0	0

Nhận xét: Liền xương di lệch ít là liền xương còn lệch sang bên một vỏ xương hoặc còn di lệch gập góc, mở góc ra sau hay vào trong <10°, di lệch mở góc ra trước hay ra ngoài <5°.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Về tuổi và giới trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận BN tuổi nhỏ nhất là 16, tuổi cao nhất là 85, tuổi trung bình 32,23. Lứa tuổi từ 16 - 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 32 BN (76,19 %). Đây là độ tuổi lao động chính cho gia đình và xã hội, do đó việc nhanh chóng rút ngắn thời gian điều trị, phục hồi khả năng lao động sớm cho BN có ý nghĩa quan trọng không chỉ với BN mà cả về mặt kinh tế, xã hội. Các BN tuổi > 60, đặc biệt là nữ giới tình trạng thừa xương ngày càng tăng nên việc lựa chọn phương pháp đóng ĐNT kín cho phép BN tập đi sớm từ tuần thứ 3, thứ 4 sau mổ, khi ổ gãy chưa liền xương sẽ giúp cho tránh được các biến chứng do phải bất động kéo dài, tạo điều kiện nhanh liền xương.

Về tính chất đường gãy, Số BN gãy chéo vát dài (A1), gãy có mảnh rời (B1, B2, B3) và gãy phức tạp (C1, C2, C3) là 30 BN. Với mức độ gãy như vậy các phương pháp kết xương bằng ĐNT Kuntscher đóng mở hoặc kết xương nẹp vít sẽ phải bộ lộ rộng, nguy cơ nhiễm khuẩn, chàm liền xương và khớp giả rất cao. Đặc biệt có 2 BN gãy 3 đoạn 2XCC (C2), điều trị bằng phương pháp đóng ĐNT kín vừa an toàn, vừa cho phép cố định ổ gãy vững chắc.

4.2. Phương pháp điều trị. Phương pháp đóng đinh nội tuỷ kín, có chốt bảo đảm cố định ổ gãy vững chắc, chống được cả di lệch xoay, di lệch chống, có thể điều trị cho gãy thân xương chày ở các vị trí 1/3T, 1/3G và 1/3 D, cho các hình thái gãy ngang, gãy chéo vát, gãy có mảnh rời, gãy 3 đoạn.

Lý do quan trọng mà chúng tôi lựa chọn là phương pháp đóng đinh nội tuỷ kín, có chốt cho phép người bệnh tập vận động sớm nhờ hệ thống đinh nội tuỷ và các chốt có độ vững chắc cao. Tất cả các BN được chúng tôi mổ đều bắt đầu tập vận động không tải từ ngày thứ 3 sau mổ, tập đi có tay nén lên chân đau từ tuần thứ 3 và thường sau hơn 1,5 tháng đã bỏ nạng đi không. Theo chúng tôi đây là một ưu điểm lớn của phương pháp so với các phương pháp kết xương khác như đóng đinh nội tuỷ Kuntscher và kết xương nẹp vít.

Cuối cùng phương pháp kết xương kín còn có ưu điểm về mặt thẩm mỹ, do chỉ có những vết sẹo mổ rất nhỏ ở các vị trí bắt vít chốt và vết

mỏ nhỏ ở đầu trên cẳng chân để đóng đinh, phù hợp với nhu cầu về thẩm mỹ ngày càng cao của đa số các bệnh nhân.

Trong 42 BN gãy kín thân xương chày chúng tôi gặp gãy độ A là 34 BN (gồm 16 BN gãy A1, 12 BN gãy A2 và chỉ có 6 BN gãy A3), về mặt lý thuyết với hình thái gãy độ A (đơn giản) thì việc nắn chỉnh kín là thực hiện được đối với đoạn cẳng chân. Do đó chỉ định đóng đinh nội tủy kín, có chốt là hợp lý. Có 6 BN gãy độ B (gãy có mảnh rời) trong đó gãy có 3 BN gãy mảnh rời chéo vát và 3 BN gãy độ B3 (gãy có mảnh rời nhỏ).

Trong 42 BN được điều trị chúng tôi đều bắt vít chốt cả 2 đầu. Lý do để bắt vít chốt cả hai đầu là: kỹ thuật đóng đinh không doa ống tủy, đinh sử dụng là đinh tròn, đường kính nhỏ hơn đường kính ống tủy, đường gãy xương trong lộ BN nghiên cứu đa phần là gãy không vững, vị trí gãy phần nhiều là ở 1/3T và 1/3D do đó phải chốt cả hai đầu mới bảo đảm độ vững chắc và chống được các di lệch, đặc biệt là di lệch xoay và di lệch chống.

Royssandez và cs trong 47 BN đóng ĐNT kín ở xương chày không doa ống tủy đều bắt vít ở cả hai đầu. Klaus Klemm trong 267 BN gãy 2 xcc, đều chốt cả đầu trên và đầu dưới. Trương Xuân Quang trong 43 BN kết xương chày bằng đinh SIGN thì 100% chốt 2 đầu [5][7].

Theo nghiên cứu Ekeland, tác giả chỉ ra rằng hầu như các biến chứng xảy ra ở việc sử dụng ĐNT chỉ chốt một đầu hay chốt động [8].

4.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

Theo số liệu thống kê thấy rằng 42/42 BN (100%) vết mổ liền sẹo kỳ đầu, không có BN nào bị nhiễm khuẩn, toác vết mổ, không có nhiễm khuẩn sâu viêm xương. So sánh với kết quả của các tác giả Lương Đình Lâm, Trương Xuân Quang, Nguyễn Đắc Nghĩa khi điều trị cho BN gãy kín 2XCC bằng ĐNT kín, có chốt với kết quả 100% liền sẹo kỳ đầu, không có nhiễm khuẩn-nông và nhiễm khuẩn sâu là phù hợp. So với kết quả của các tác giả Klaus Klemm với 2,2% nhiễm khuẩn sâu thì kết quả của chúng tôi cao hơn chút ít là do số lượng BN của chúng tôi ít hơn [4][7].

Nguyễn Đức Dũng mổ kết xương nẹp vít cho 60 BN gãy kín 2XCC có 93,75% liền vết mổ kỳ đầu, 3,31% nhiễm khuẩn nông và 3,13% nhiễm khuẩn sâu. Olerud, Karl mổ kết xương nẹp vít cho thấy kết quả: 17% nhiễm khuẩn nông và 5% nhiễm khuẩn sâu. So sánh kết quả với nhóm các tác giả điều trị bằng nẹp vít cho gãy kín 2XCC thấy rằng sự lựa chọn ĐNT kín, có chốt cho kín 2XCC của chúng tôi là hợp lý.

Kết quả điều trị của chúng tôi đạt được là do chúng tôi tuân thủ đầy đủ nguyên tắc, kỹ thuật kết xương bên trong, chọn thời điểm phù hợp, dẫn lưu triệt để, sử dụng kháng sinh dự phòng hợp lý, chăm sóc sau mổ tốt.

29 BN được kiểm tra kết quả điều trị sau mổ 6 tháng, tuy tại thời điểm này là chưa đủ tiêu chuẩn về thời gian đánh giá kết quả xa. Nhưng qua kiểm tra tại thời điểm này chúng tôi thấy cả 29 BN đều liền xương chắc, không có BN nào bị chậm liền xương, khớp giả, không có BN nào bị viêm xương phải rút đinh ra sớm. cả 29 BN đi lại bình thường, không dùng nạng, không đau ổ gãy khi đi lại trước 6 tháng.

15 BN được theo dõi kiểm tra kết quả định kỳ theo hẹn, đây là những BN có đủ tiêu chuẩn về thời gian để đánh giá kết quả xa. cả 15 BN này đều được theo dõi trên lâm sàng và cận lâm sàng, có 14/15 BN liền xương chắc, thẳng trục. 1/15 BN liền xương chắc còn di lệch góc nhỏ (góc mở ra trước ngoài <5°). Như vậy 15/15 BN được đánh giá là kết quả rất tốt và tốt.

Klaus Klemm cho thấy ĐNT kín, có chốt cho 401 BN gãy kín và gãy hở độ I - độ n (theo Gustilo) thì có 3 ca (0,8%) chậm liền xương, khớp giả cả 3 BN này là gãy hở 2XCC. Nguyễn Đắc Nghĩa đã điều trị ĐNT kín, có chốt cho 30 BN gãy kín 2XCC thì 100% liền xương tốt, thời gian liền xương trung bình là 2,5 tháng. Trương Xuân Quang đánh giá kết quả 43 BN mổ đóng đinh nội tủy SIGN kín, có chốt: 100% số BN liền xương tốt. So sánh với kết quả của các tác giả trên thì kết quả của chúng tôi là tương đương [5][9].

V. KẾT LUẬN

Đóng ĐNT kín, có chốt là phương pháp áp dụng cho mọi hình thái và vị trí gãy thân xương chày, cố định vững chắc, chống được các di lệch, tạo điều kiện cho liền xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), "Gãy cẳng chân", Kỹ thuật điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, tr. 150 - 157.
2. Nguyễn Văn Dương, Nguyễn Tiến Bình và Vũ Nhật Định (2009), "Nhận xét kết quả điều trị gãy hở hai xương cẳng chân bằng cọc ép ren ngược chiều tại bệnh viện Tiền Giang từ 1 - 2006 đến tháng 12 - 2008", Y học thực hành. số 1 - 2009, tr. 1 - 6.
3. Trịnh Xuân Đàn, Đinh Thị Hương và Nguyễn Huỳnh (2008), "Giải phẫu chi dưới", Bài giảng giải phẫu học, Nhà xuất bản Y học, tr. 99 - 175.
4. Nguyễn Hạnh Quang (2007), Nghiên cứu phương pháp đóng đinh nội tủy kín có chốt ngang bằng đinh kuntscher cải biên dưới màn tăng sáng điều trị gãy kín thân xương chày, Luận án tiến sĩ y

- học, Học Viện Quân Y.
5. **Trương Xuân Quang** (2004), Đánh giá kết quả điều trị gãy hai xương cẳng chân bằng phương pháp đóng đinh SIGN kín có chốt ngang, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 6. **Bhandari, Mohit** (2012), "Economic evaluation of reamed versus unreamed intramedullary nailing in patients with closed and open tibial fractures: Results from the study to prospectively evaluate reamed intramedullary nails in patients with tibial fractures (sprint)", Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume. 94(Supp xxxviii), pp. 76-76.
 7. **Young S., Lie S. A., Hallan G., Zirkle L.G.** (2011), "Low infection rates after 34,361 intramedullary nail operations in 55 low and middle income countries: Validation of the Surgical Implant Generation Network (SIGN) online surgical database", Acta orthopaedica. 82(6), pp. 737 - 743.
 8. **Yaligod V., Rudrappa G.H., Nagendra S.,** (2014), "Minimizing the complications of intramedullary nailing for distal third tibial shaft and metaphyseal fractures", Journal of Orthopaedics. 11(1), pp. 10 - 18.
 9. **Yu J., Li L., Wang T., Sheng L.** (2015), "Intramedullary nail versus plate treatments for distal tibial fractures: A meta - analysis", International Journal of Surgery. 16, Part A, pp.60-68.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM

Tạ Văn Bình¹, Nguyễn Thị Thanh Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, của bệnh nhân chấn thương phần mềm tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chấn đoán chấn thương phần mềm từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, Khoa Ngoại – bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội đã điều trị 60 bệnh nhân: bệnh nhân tập trung ở độ tuổi 18 đến 29 tuổi (35%), đa phần là nam giới (60%), nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (36,67%), vị trí tổn thương chủ yếu ở chi trên (55%), trung bình điểm đau VAS là 6,72 ± 1,08, diện tích vết thương chủ yếu ở mức độ vừa và lớn (96,67%). **Kết luận:** Nghiên cứu đã mô tả được một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Chấn thương phần mềm. **Từ khóa:** Chấn thương phần mềm, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SOFT TISSUE INJURIES

Objective: To investigate the clinical characteristics of patients with soft tissue injuries at the Department of Surgery – Hanoi Traditional Medicine General Hospital. **Subjects:** Patients diagnosed with soft tissue injuries from March 2022 to October 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** During the study period, the Department of Surgery at Hanoi Traditional Medicine General Hospital treated 60 patients. The majority were between 18 and 29 years old (35%) and predominantly male (60%). The most common cause was traffic accidents (36.67%). The primary site of injury was the upper limbs (55%). The average pain

score on the VAS was 6.72 ± 1.08. Most wound areas were classified as moderate to large in size (96.67%). **Conclusion:** The study provided a description of several clinical characteristics of patients with soft tissue injuries. **Keywords:** Soft tissue injury, clinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương phần mềm (CTPM) là tổn thương khá phổ biến và ngày càng gia tăng ở nước ta cũng như trên thế giới, nguyên nhân hay gặp là do tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, luyện tập thể dục thể thao [6]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, chấn thương phần mềm và gãy xương – là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật tại các nước đang phát triển. Mỗi năm, khoảng 20–50 triệu người trên thế giới bị tổn thương do tai nạn giao thông, phần lớn trong số đó là CTPM [8]. Nghiên cứu của Võ Ngọc Toàn và cộng sự cho thấy CTPM chiếm chủ yếu (56,9%) trong các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động điều trị tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2020–2021 [5]. CTPM thường bao gồm bong gân, tổn thương các dây chằng bao khớp, tổn thương cơ, mạch máu và thần kinh. Điều trị không kịp thời và đúng đắn có thể để lại hậu quả, di chứng nặng nề như nhiễm khuẩn, áp xe, thậm chí viêm xương khớp, gây hạn chế vận động của chi sau này cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [9]. Với mong muốn có cái nhìn tổng quát về bệnh nhân CTPM, từ đó có hướng điều trị hiệu quả hơn nữa, đồng thời cũng cung cấp cơ sở khoa học cho các nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chấn thương phần mềm tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.*

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Vân

Email: nguyenthanhvan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025