

thuật tháo xoắn trong vòng 6 giờ đầu có thể giúp cứu được tinh hoàn. Do đó việc chẩn đoán được xoắn tinh hoàn ẩn, đặc biệt là xoắn tinh hoàn trong ổ bụng là rất quan trọng. Biểu hiện của xoắn tinh hoàn ẩn thường là: đau bụng hoặc vùng vùng bẹn, khó chịu, nôn hoặc buồn nôn (6, 8, 10). Kết quả thăm khám phụ thuộc vào vị trí của tinh hoàn ẩn, thường thấy khối sưng nề ở vùng bẹn. Tuy nhiên chỉ có khoảng 70% tinh hoàn ẩn có thể sờ thấy được, phần còn lại tinh hoàn nằm cao trong ống bẹn hoặc trong ổ bụng không sờ thấy được (6, 8, 10). Xoắn tinh hoàn ẩn ở trẻ em triệu chứng thường khó phát hiện và dễ nhầm với các bệnh lý khác (6). Trường hợp này của chúng tôi là trẻ sơ sinh 30 ngày tuổi. Trẻ có diễn biến bệnh cách vào viện 3 ngày với biểu hiện khụt khịt mũi nhiều, ho đờm thúng thảng tăng dần, bú kém, quấy khóc. Ở trẻ sơ sinh với biểu hiện này rất dễ nhầm với viêm đường hô hấp trên hoặc viêm phế quản phổi. Nhờ có siêu âm ổ bụng thấy khối bất thường vùng hố chậu phải, kèm thăm khám thấy trẻ không có tinh hoàn ở dưới bìu mới giúp chúng tôi định hướng tới xoắn tinh hoàn trong ổ bụng. Chụp CT ổ bụng giúp khẳng định chẩn đoán. Xoắn tinh hoàn ẩn ở trẻ em nên được nghĩ tới khi trẻ có các triệu chứng thích hợp ở trên kèm theo không thấy tinh hoàn cùng bên ở bìu (6, 7).

IV. KẾT LUẬN

Xoắn tinh hoàn ẩn trong ổ bụng ở trẻ sơ sinh thường khó phát hiện sớm. Cần nghĩ tới xoắn tinh hoàn ẩn trong ổ bụng trên trẻ bị ẩn tinh hoàn không sờ thấy có biểu hiện quấy khóc bất thường, siêu âm và chụp CT có thể giúp phát hiện sớm tình trạng này. Nội soi thăm dò nên

được chỉ định sớm trong những trường hợp nghi ngờ xoắn tinh hoàn ẩn trong ổ bụng, nó giúp chẩn đoán xác định và điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hack WW, Sijstermans K, van der Voort-Doedens LM, Meijer RW, Heij HA, Delemarre-van de Waal HA, et al. [Undescended testis: current views and advice for treatment]. Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152(5): 246-52.
2. Ong K, Hellberg K, McCombie SP. Torsion of an intra-abdominal testis presenting as acute abdominal pain - A rare diagnosis. Urol Case Rep. 2023;51:102627.
3. Mano R, Livne PM, Nevo A, Sivan B, Ben-Meir D. Testicular torsion in the first year of life--characteristics and treatment outcome. Urology. 2013;82(5):1132-7.
4. Karami H, Yaghoobi M, Hasanzadeh Hadad A. Emergency laparoscopic orchiectomy for intra-abdominal testicular torsion--a case report. Urol J. 2013;10(3):1013-5.
5. El-Gohary MA. Asymptomatic torsion of intra-abdominal testis. Journal of Pediatric Surgery Case Reports. 2015;3(1):30-1.
6. Akinsola B, Farthing H. A case of torsion of the undescended testes. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2022;3(2):e12666.
7. Naouar S, Braiek S, El Kamel R. Testicular torsion in undescended testis: A persistent challenge. Asian J Urol. 2017;4(2):111-5.
8. Komarowska MD, Hermanowicz A, Debek W. Putting the pieces together: cryptorchidism - do we know everything? J Pediatr Endocrinol Metab. 2015;28(11-12):1247-56.
9. Karaguzel E, Kadihasanoglu M, Kutlu O. Mechanisms of testicular torsion and potential protective agents. Nat Rev Urol. 2014;11(7):391-9.
10. Canning DA. Re: Relationship between Undescended Testis Position and Prevalence of Testicular Appendices, Epididymal Anomalies, and Patency of Processus Vaginalis. J Urol. 2019; 202(4):650.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM CHO NGƯỜI BỆNH SAU MỔ KẾT HỢP XƯƠNG GÃY MÂM CHÀY SCHATZKER III, IV

Nguyễn Tuấn Tài¹, Nguyễn Thị Kim Liên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phục hồi chức năng sớm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Tài

Email: nguyentuantaicai95@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025

ở người bệnh sau mổ kết hợp xương gãy mâm chày Schatzker III, IV. **Đối tượng:** Chúng tôi tiến hành đánh giá trên 32 người bệnh gãy mâm chày Schatzker III, IV được khám và điều trị mổ kết hợp xương tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 08/2023 đến tháng 06/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, người bệnh sau khi được thăm khám và lượng giá sau phẫu thuật, được giải thích và tham gia vào chương trình phục hồi chức năng sớm tại viện dưới sự hướng dẫn và giám sát của bác sĩ và kỹ thuật viên, đảm bảo được khả năng theo sát chương trình tập luyện theo hướng dẫn. **Kết quả:** Sau

khi can thiệp phục hồi chức năng, mức độ cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm có sự cải thiện theo thời gian. Đặc điểm về tuổi, giới, BMI, vị trí chấn thương, tổn thương phối hợp không có mối tương quan với mức độ cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm với $p > 0.05$. **Kết luận:** Can thiệp phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngay sau phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày Schatzker III, IV giúp cải thiện chức năng khớp gối.

Từ khóa: gãy mâm chày Schatzker III, IV, phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày, phục hồi chức năng sớm, các yếu tố ảnh hưởng.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING EARLY REHABILITATION OUTCOMES FOR PATIENTS AFTER SURGERY FOR SCHATZKER III, IV TIBIAL PLATE FRACTURES

Objective: This study aimed to evaluate factors affecting early rehabilitation outcomes in patients after combined surgery for Schatzker III and IV tibial plateau fractures. **Subjects:** We evaluated 32 patients with Schatzker III and IV tibial plateau fractures who were examined and treated with bone fusion surgery at Viet Duc Friendship Hospital from August 2023 to June 2024. **Method:** Non-controlled intervention study, patients after being examined and evaluated after surgery, were explained and participated in the early rehabilitation program at the hospital under the guidance and supervision of doctors and technicians, ensuring the ability to follow the exercise program as instructed. **Results:** After rehabilitation intervention, the level of improvement in knee function according to the Lysholm score improved over time. Characteristics of age, gender, BMI, location of injured leg, and combined injuries did not correlate with the level of improvement in knee function according to the Lysholm score with $p > 0.05$. **Conclusion:** Rehabilitation intervention for patients immediately after surgery to combine Schatzker III and IV tibial plateau fractures helps improve knee joint function. **Keywords:** Schatzker III, IV tibial plateau fractures, combined surgery after fractures of the tibial plateau, early functional recovery, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là gãy xương phạm khớp của đầu gần xương chày. Đây là những chấn thương khá phổ biến và chiếm khoảng 1% trong số tất cả các trường hợp gãy xương ở người lớn⁸. Nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là những bệnh nhân nam trẻ tuổi bị thương sau chấn thương năng lượng cao (tai nạn giao thông) và nhóm thứ hai là những bệnh nhân nữ lớn tuổi bị thương sau chấn thương năng lượng thấp (ngã đơn giản). Các triệu chứng giúp cho chẩn đoán gãy mâm chày dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Tùy vào mức độ gãy xương, vị trí và đặc điểm ổ gãy mà có các phương thức điều trị khác nhau. Phương pháp

điều trị gãy mâm chày Schatzker III, IV chủ yếu là phẫu thuật kết hợp xương.

Nhiều biến chứng phẫu thuật như biến chứng sớm: nhiễm trùng, chảy máu và các vấn đề về đồ kim loại có thể làm tăng gánh nặng của kết quả kém. Các yếu tố khác liên quan đến chấn thương như biến chứng muộn: viêm khớp, teo cơ và cứng khớp, có thể ảnh hưởng đáng kể đến cuộc sống của bệnh nhân dẫn đến các vấn đề chức năng liên tục và gia tăng gánh nặng kinh tế xã hội⁶.

Các phác đồ phục hồi chức năng sẽ được cá thể hóa, có thể thay đổi tùy theo kỹ thuật phẫu thuật mà bác sĩ phẫu thuật sử dụng, mức độ liên xương và thể trạng, bệnh lý nền của người bệnh. Tầm quan trọng của các bài tập vận động sớm và tập luyện phạm vi chuyển động của khớp gối đã được ghi nhận rõ ràng trong các tài liệu trong hơn 40 năm qua, nhưng có nhiều lựa chọn khác nhau về thời điểm và loại bài tập luyện phạm vi chuyển động sau khi cố định bên trong gãy mâm chày¹. Các bài tập có thể là tập thụ động, chủ động hoặc có trợ giúp và có thể bắt đầu ngay sau phẫu thuật vào ngày thứ hai sau phẫu thuật hoặc sau khi vết thương lành lại. Ngược lại, Polat và cộng sự trong loạt ca bệnh của họ phát hiện ra rằng những bệnh nhân bị bất động trong hơn 6 tuần sau phẫu thuật có kết quả chức năng kém hơn khi theo dõi lần cuối⁷.

Phục hồi chức năng sớm giúp bệnh nhân giảm đau, tránh được các biến chứng, sớm nâng cao chất lượng cuộc sống, lấy lại được tầm vận động và chức năng của chi dưới. Tuy nhiên, hiện tại các nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phục hồi chức năng sớm ở người bệnh sau mổ kết hợp xương gãy mâm chày còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *"Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phục hồi chức năng sớm cho người bệnh sau mổ kết hợp xương gãy mâm chày Schatzker III, IV."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 18 đến 70 tuổi, được chẩn đoán gãy mâm chày Schatzker III, IV được điều trị phẫu thuật kết hợp xương

- Người bệnh có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án và chấp nhận tham gia nghiên cứu và đến khám lại theo đúng lịch hẹn

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh vỡ mâm chày kèm theo tổn thương xương khác như: gãy xương đùi, gãy liên mấu chuyển, gãy thêm xương khác, đa chấn thương...

- Người bệnh có các bệnh tim mạch, hô hấp, bị tổn thương thần kinh trung ương, thần kinh ngoại vi hoặc các bệnh cơ-xương khớp khác ảnh hưởng đến quá trình vận động của người bệnh

- Người bệnh điều trị bảo tồn bằng bột (điều trị bảo tồn bằng bột hoặc bột tăng cường sau phẫu thuật), điều trị bằng khung cổ định ngoài

- Bệnh nhân không tuân thủ theo quy trình điều trị hoặc bỏ dở nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh Hữu Nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 8/2023 – tháng 06/2024.

Người bệnh sau khi vào viện điều trị kết hợp xương gãy mâm chày Schatzker độ III, IV, chúng tôi tiến hành thu thập thông tin từ bệnh án và thăm khám người bệnh theo nội dung mẫu bệnh án nghiên cứu.

Người bệnh sau phẫu thuật được thăm khám, kỹ thuật viên tiến hành tập vận động cho người bệnh theo phác đồ phục hồi chức năng hiện đang được sử dụng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, đồng thời hướng dẫn kỹ thuật tập, giải đáp thắc mắc để đảm bảo người bệnh ra viện người bệnh có thể thực hiện được phác đồ tập ở nhà theo hướng dẫn, dưới giám sát bệnh nhân trực tiếp hoặc qua trực tuyến.

Người bệnh được khám lại theo hẹn, lượng giá ngày đầu, ngày ra viện và 1 tháng sau can thiệp.

Cỡ mẫu: $n=32$ (phương pháp chọn mẫu thuận tiện)

Công cụ nghiên cứu: Đánh giá đặc điểm chung, thang điểm lượng giá chức năng khớp gối Lysholm Score.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được phân tích xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các phép toán sử dụng: với biến số chuẩn sử dụng Test χ^2 (so sánh 2 tỷ lệ), test T – student (so sánh 2 giá trị trung bình), test Anova (test t ghép cặp). Với biến số không chuẩn sử dụng: test Mann – Whitney U (so sánh 2 giá trị trung bình), test Wilcoxon (so sánh ghép cặp).

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ theo quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Thông báo rõ mục đích nghiên cứu với bệnh nhân và người nhà. Kết quả phục vụ cho mục đích nghiên cứu, tất cả thông tin cung cấp được giữ bí mật.

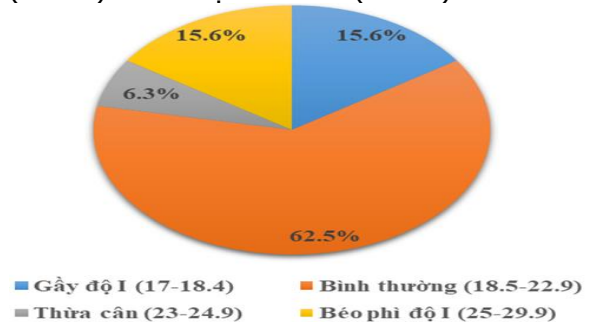
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu ($n=32$)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi	≤ 40	13	40.6
	> 40	19	59.4
	Tuổi nhỏ nhất	16	
	Tuổi lớn nhất	74	
	Trung bình	41.75 ± 14.5	
Giới	Nam	19	59.4
	Nữ	13	40.6
Nghề nghiệp	Thể dục thể thao	11	34.4
	Lao động chân tay	13	40.6
	Văn phòng	3	9.4
	Khác	5	15.6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân bị gãy mâm chày đều ở độ tuổi > 40 tuổi chiếm 59.4%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 41.75 ± 14.5 tuổi. Tỷ lệ nam (59.4%) gấp nhiều hơn nữ (40.6%). Nghề nghiệp của người bệnh gãy mâm chày chủ yếu là lao động chân tay (40.6%) và thể dục thể thao (34.4%).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm phân độ BMI theo WHO của đối tượng nghiên cứu ($n=32$)

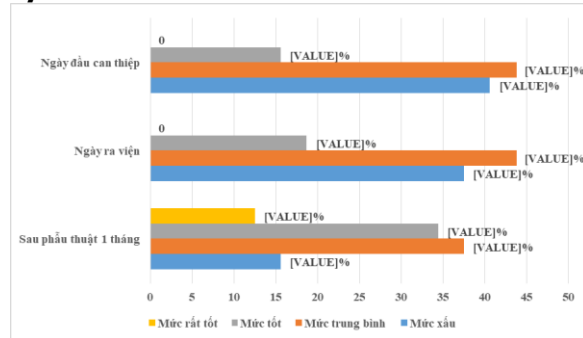
Nhận xét: Đa số người bệnh tổn thương gãy mâm chày trong nghiên cứu có BMI ở mức bình thường (62.5%). Phân độ người bệnh gầy độ I và béo phì độ I tương đương nhau chiếm 15.6%. Người bệnh thừa cân ít nhất chỉ chiếm 6.3%.

Bảng 2: Đặc điểm chân bị tổn thương ($n=32$)

Đặc điểm		n	%
Vị trí	Chân trái	18	56.2
	Chân phải	14	43.8
Độ Schatzker	Độ III	18	56.2
	Độ IV	14	43.8
Tổn thương phối hợp	Có	14	43.7
	Không	18	56.3

Nhận xét: Chân gãy thường gặp là chân trái chiếm 56.2%. Phân độ Schatzker loại III, IV lần lượt là 56.2% và 43.8%. Tổn thương phối hợp có 14/32 trường hợp, chủ yếu là tổn thương sụn chêm 6/32, dây chằng 5/32, xương bánh chè 2/32, lõi cầu xương đùi 1/32.

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm



Biểu đồ 3.2. Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm (n=32)

Nhận xét: Tại thời điểm ngày đầu can thiệp, người bệnh có chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm ở mức độ xấu chiếm 40.6%, mức trung bình chiếm 43.8%, mức tốt chiếm 15.6%, không có trường hợp nào có chức năng khớp gối ở mức rất tốt.

Tại thời điểm ra viện, người bệnh có chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm ở mức độ xấu chiếm 37.5%, mức trung bình chiếm 43.8%, mức tốt chiếm 18.8%, không có trường hợp nào có chức năng khớp gối ở mức rất tốt.

Tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, người bệnh có chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm ở mức độ xấu chiếm 15.6%, mức trung bình chiếm 37.5%, mức tốt chiếm 34.4%, mức rất tốt chiếm 12.5%.

Đặc điểm		Điểm Lysholm		
		Delta (T0-T1)	Delta (T0-T2)	Delta (T1-T2)
Tuổi	≤40 tuổi	0.69 ± 1.702	9.30±7.47	8.62±7.01
	>40 tuổi	1.42±2.97	7.95±5.90	6.53±5.05
	p	0.426	0.769	0.470
Giới	Nam	1.26±2.18	8.21±6.65	6.95±6.35
	Nữ	0.92±3.04	8.92±6.51	8.00±5.39
	p	0.473	0.739	0.519
Vị trí tổn thương	Trái	1.39±2.20	9.39±7.03	8.00±6.93
	Phải	0.79±2.94	7.36±5.80	6.57±4.38
	p	0.115	0.548	0.816
BMI	Gầy độ I	1.20±2.18	7.40±6.02	6.20±6.69
	Bình thường	1.00±2.73	8.90±6.77	7.90±5.73
	Thừa cân	2.50±3.54	3.50±4.95	1.00±1.41
	Béo phì độ I	1.00±2.24	10.00±7.07	9.00±6.52
	p	0.557	0.709	0.306
Nghề nghiệp	Thể dục thể thao	0.79±1.41	7.55±5.32	7.55±5.32
	Lao động chân tay	1.54±2.26	9.54±7.42	8.00±7.06
	Văn phòng	0.92 ±2.18	10.00±5.00	10.00±5.00
	Khác	3.20±4.87	7.00±8.28	3.80±3.90
	p	0.080	0.808	0.424

Nhận xét: Sự cải thiện điểm Lysholm không có sự khác biệt về giới. Giới nam có sự cải thiện trung bình điểm Lysholm tại thời điểm T0-T1 cao hơn giới nữ.

Vị trí tổn thương tay trái có mức độ cải thiện điểm Lysholm tốt hơn, trung bình lần lượt 1.39±2.20; 9.39±7.03 và 8.00±6.93 tại thời điểm T0-T1; T0-T2 và T1-T2, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê với $p>0.05$.

Sự cải thiện điểm Lysholm không có sự khác biệt về phân loại BMI. Nhóm người bệnh thừa cân có mức độ cải thiện điểm Lysholm tại thời điểm T0-T2 và T1-T2 là kém nhất.

Sự cải thiện điểm Lysholm không có sự khác biệt về đặc điểm nghề nghiệp của người bệnh. Tại thời điểm T0-T1, mức độ cải thiện điểm Lysholm là kém nhất ở đối tượng người bệnh

làm văn phòng 0.92 ±2.18 điểm, tuy nhiên, tại các thời điểm T0-T2 và T1-T2, đối tượng này lại có mức độ cải thiện chức năng khớp gối tốt hơn các đối tượng nghề nghiệp khác.

Sự cải thiện điểm Lysholm không có sự khác biệt với tổn thương phối hợp kèm theo. Nhóm có tổn thương phối hợp cho thấy mức độ cải thiện điểm Lysholm thấp hơn so với nhóm không có tổn thương kèm theo.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ về giới nam (59.4%) gặp nhiều hơn nữ (40.6%). Những phát hiện này có thể được giải thích có lẽ nam giới thường sử dụng sức mạnh thể chất trong hầu hết các hoạt động thể chất và lao động chân tay hoặc lái xe tốc độ cao gây nguy hiểm. Nghề nghiệp của người bệnh gây mầm mống chủ yếu là lao động chân tay (40.6%)

và thể dục thể thao (34.4%), trong khi đối tượng làm văn phòng và nghề nghiệp khác chỉ chiếm thiểu số. Sự phân bố này có thể giải thích người làm nghề nghiệp đòi hỏi vận động nhiều và năng lượng hoạt động cao thì có nguy cơ chấn thương cao hơn những nghề nghiệp có năng lượng hoạt động thấp hơn.

Người bệnh chủ yếu có BMI ở mức bình thường (62.5%). Phân độ người bệnh gãy độ I và béo phì độ I tương đương nhau chiếm 15.6%. Người bệnh thừa cân ít nhất chỉ chiếm 6.3%. Chỉ số khối cơ thể (BMI) có tác động khác nhau đến các phẫu thuật, thủ thuật chỉnh hình khác nhau. BMI tăng dẫn đến tỷ lệ biến chứng cao hơn.

Gãy chân trái là chủ yếu chiếm 56.3%. Phân độ gãy Schatzker III hay gấp hơn (56.3%). Tổn thương phối hợp thường là sụn chêm (18.8%), dây chằng (15.6%), xương bánh chè (6.3%) và lõi cầu xương đùi (3.1%), có thể giải thích do khớp gối là khớp chịu lực, chấn thương có thể gây ra những tổn thương các cấu trúc liên quan tới khớp gối. Delamarter và cộng sự lần đầu tiên mô tả các kiểu chấn thương dây chằng liên quan đến gãy mâm chày, tác giả này báo cáo rằng gãy mâm chày bên thường xảy ra nhất với rách dây chằng bên trong (MCL)⁸. Tương tự như vậy, Bennett và Browner báo cáo rằng gãy xương loại II và IV của Schatzker thường liên quan nhất đến chấn thương mô mềm và gãy xương loại II của Schatzker thường liên quan đến rách MCL, trong khi gãy xương loại IV của Schatzker thường liên quan nhất đến chấn thương sụn chêm³.

Tại thời điểm người bệnh chưa chịu trọng lượng, các mục đánh giá về mức độ khập khiễng, dụng cụ trợ giúp, lên cầu thang, ngồi xổm sẽ bị giảm đi trong quá trình đánh giá thang điểm Lysholm. Kết quả theo phân độ Lysholm cho thấy sau khi can thiệp phục hồi chức năng, mức độ cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm cải thiện theo thời gian.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy mối tương quan giữa các đặc điểm tuổi, giới về mức độ cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm. Nhóm người bệnh thừa cân có mức độ cải thiện điểm Lysholm tại thời điểm T0-T2 và T1-T2 là kém nhất, không có sự khác biệt giữa phân loại chỉ số khối cơ thể BMI với mức độ cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm. Tăng BMI có tác động tiêu cực đến điểm số chức năng gối Lysholm sau phẫu thuật điều trị gãy xương chày. Trong nghiên cứu hàng loạt ca bệnh gãy mâm chày của Yaşar Mahsut Dinçel về ảnh hưởng của BMI đến kết quả điều trị phẫu thuật cố định xương bên trong, theo dõi từ 2 – 6 năm, kết quả cho thấy không

tìm thấy mối quan hệ nào giữa BMI và tiêu chuẩn X – quang khớp gối. Tuy nhiên, có mối tương quan giữa BMI và cả điểm chức năng Lysholm. Những bệnh nhân có BMI thấp có kết quả chức năng tốt hơn⁴. Sự cải thiện điểm Lysholm không có sự khác biệt về đặc điểm nghề nghiệp của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng không tìm thấy mối tương quan giữa các đặc điểm chấn thương với mức độ cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm. Phân loại gãy xương và kết quả chức năng không liên quan về mặt thống kê trong nghiên cứu của Etel và cộng sự tương tự như nghiên cứu của chúng tôi³. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho kết quả rằng người bệnh tổn thương nhẹ phục hồi tốt hơn người bệnh tổn thương mức độ nặng.

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả của nghiên cứu trên cho thấy các đặc điểm về tuổi, giới, BMI, vị trí chấn thương, tổn thương phối hợp không làm ảnh hưởng tới mức độ cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Biggi F, Di Fabio S, D'Antimo C, et al.** Tibial plateau fractures: internal fixation with locking plates and the MIPO technique. *Injury* 2010; 41(11): 1178–1182.
2. **Chen, Hong-Wei; Chen, Chang-Qing; YI, Xian-Hong.** Posterior tibial plateau fracture: a new treatment-oriented classification and surgical management. *International journal of clinical and experimental medicine*, 2015, 8.1: 472.
3. **Cinque, Mark E., et al.** "Do tibial plateau fractures worsen outcomes of knee ligament injuries? A matched cohort analysis." *Orthopaedic Journal of Sports Medicine* 5.8 (2017): 2325967117723895.
4. **Dinçel YM, Öner A, Arikian Y, Çağlar S, Özcafer R, Güleç MA.** Effect of BMI on outcomes of surgical treatment for tibial plateau fractures: A comparative retrospective case series study. *Chin J Traumatol.* 2018;21(2):104-108. doi:10.1016/j.cjtee.2017.10.005
5. **Kayiran E., Orhan Z., Parmaksizoglu A., Erdemir A., Yazici N.** Factors affecting the results of surgical treatment of tibial plateau fractures. *Acta Orthop Traumatol Turcica.* 2004;34:34–39.
6. **Kraus TM, Abele C, Freude T, et al.** Duration of incapacity of work after tibial plateau fracture is affected by work intensity. *BMC Musculoskeletal Disord* 2018; 19(1): 1–8.
7. **Polat B, Gulpinar T, Polat AE, et al.** Factors influencing the functional outcomes of tibia plateau fractures after surgical fixation. *Niger J Clin Pract* 2019; 22(12): 1715–1721.
8. **Wang Y, Cao F, Liu M, Wang J, Jia S.** Incidence of soft-tissue injuries in patients with posterolateral tibial plateau fractures: a retrospective review from 2009 to 2014. *J Knee Surg.* 2016;29(6): 451-457.