

Khi nghiên cứu kết quả của tác giả Monica, thời gian sử dụng mũ trùm đầu trong nghiên cứu cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, với thời gian trung bình lên tới 3 ngày, tuy nhiên 1 ngày tác giả chỉ sử dụng tối đa 12h, sau đó thay đổi sang giao diện hoặc thở oxy đơn thuần, điều này giúp giải phóng bệnh nhân và cũng khắc phục được nhược điểm ứ đọng CO₂ trong mũ trùm đầu. Trong nghiên cứu khác của tác giả Antoneli, giá trị trung vị thời gian sử dụng mũ trùm đầu trong nhóm thành công là 39 giờ còn trong nhóm thất bại cũng chỉ là 12 giờ. Điều này cũng tương đương với kết quả của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp thông khí nhân tạo không xâm nhập cho thấy hiệu quả trong cải thiện các chỉ số oxy máu, mặc dù tỷ lệ thất bại của phương pháp này trong nghiên cứu là tương đối cao, tuy vậy, phương pháp này tỏ ra có hiệu quả trên nhóm bệnh phù phổi cấp, còn nhóm viêm phổi và đợt cấp COPD hiệu quả còn chưa rõ ràng do sự ứ đọng CO₂.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kempker J.A., Abril M.K., Chen Y. và cộng sự.** (2020). The Epidemiology of Respiratory Failure in the United States 2002–2017: A Serial Cross-Sectional Study. *Critical Care Explorations*, 2(6), e0128.
2. **Carron M., Freo U., BaHammam A.S. và cộng sự.** (2013). Complications of non-invasive ventilation techniques: a comprehensive qualitative review of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia*, 110(6), 896–914.
3. **Esquinas Rodriguez A.M., Papadakos P.J., Carron M. và cộng sự.** (2013). Clinical review: Helmet and non-invasive mechanical ventilation in critically ill patients. *Crit Care*, 17(2), 223.
4. **Amirfarzan H., Cereda M., Gaulton T.G. và cộng sự.** (2021). Use of Helmet CPAP in COVID-19 – A practical review. *Pulmonology*, 27(5), 413–422.
5. **Hong S., Wang H., Tian Y. và cộng sự.** (2021). The roles of noninvasive mechanical ventilation with helmet in patients with acute respiratory failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(4), e0250063.
6. **Vũ Văn Đình** (2003), *Suy Hô Hấp Cấp. Hồi Sức Cấp Cứu Toàn Tập*, Nhà xuất bản Y học.
7. **Bộ Y tế** (2767). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*
8. **Võ Việt H., Nguyễn Văn M., và Trần Xuân T.** (2018). The early use of non-invasive ventilation for acute respiratory failure in icu. *JMP*, 8(4), 23–27.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP XƯƠNG BÀN TAY - ĐỐT GÂN NGÓN TAY BẰNG VÍT NÉN ÉP NỘI TUYẾT

Nguyễn Trung Hiếu¹, Phạm Công Thiện², Trần Văn Vương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương bàn tay và đốt gần ngón tay là chấn thương thường gặp, chiếm tỷ lệ cao trong các gãy xương chi trên. Việc nghiên cứu phương pháp điều trị ít xâm lấn giúp lành xương và phục hồi chức năng sớm là vô cùng cần thiết. Kỹ thuật kết hợp xương bằng vít nén ép nội tủy không đầu là một phương pháp mới có khả năng đáp ứng được các tiêu chí trên. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả liền xương, phục hồi chức năng và các biến chứng của phương pháp kết hợp xương bàn tay và đốt gần ngón tay bằng vít nén ép nội tủy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiền cứu loạt ca trên 20 bệnh nhân (23 xương gãy) được phẫu thuật kết hợp xương bằng vít nội tủy không đầu tại Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á Tây Ninh từ 1/2024 đến 12/2024. Các bệnh nhân được theo dõi tối thiểu 3 tháng. Đánh giá các chỉ số liền xương, vận động theo TAM, sức cầm nắm, mức độ đau (VAS),

biến chứng và sự hài lòng. **Kết quả:** 100% xương liền trên lâm sàng và X-quang sau trung bình $5,3 \pm 0,73$ tuần, TAM trung bình: $254,7^\circ \pm 6,2^\circ$, sức cầm nắm đạt 92,3% tay lành, 100% hết đau hoàn toàn sau 5 tuần. Biến chứng nhẹ gồm: di lệch gập góc (47,8%), chống gậy (17,4%). Không ghi nhận mất đuối, biến chứng gân, nhiễm trùng, lỏng/gãy vít. 100% bệnh nhân hài lòng. **Kết luận:** Kỹ thuật bắt vít nén ép nội tủy không đầu trong điều trị gãy xương bàn tay và đốt gần ngón tay cho thấy hiệu quả cao với tỉ lệ liền xương 100%, phục hồi chức năng tốt và rất ít biến chứng. **Từ khóa:** vít nén ép nội tủy, gãy xương bàn tay, gãy đốt gần ngón tay

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF INTRAMEDULLARY HEADLESS COMPRESSION SCREW FIXATION FOR METACARPAL AND PROXIMAL PHALANGEAL FRACTURES

Introduction: Fractures of the metacarpal and proximal phalanges are common injuries, accounting for a significant proportion of upper extremity fractures. Research into minimally invasive techniques that promote bone healing and facilitate early functional recovery is essential. Intramedullary headless compression screw fixation is a novel

¹Trường Y, Đại học Y Dược Tp.HCM

²Bệnh viện Xuyên Á Tây Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

Email: hieunguyen1982@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

technique that has the potential to meet these criteria.

Objectives: To evaluate bone union, functional recovery, and complications associated with intramedullary headless compression screw fixation in metacarpal and proximal phalangeal fractures.

Materials and Methods: This was a prospective case series involving 20 patients (23 fractures) who underwent intramedullary headless screw fixation at Xuyen A Tay Ninh General Hospital from January to December 2024. All patients were followed for a minimum of 3 months. Outcomes assessed included clinical and radiographic union, total active motion (TAM), grip strength, visual analog scale (VAS) for pain, complications, and patient satisfaction. **Results:** All fractures achieved clinical and radiographic union after a mean of 5.3 ± 0.73 weeks. The average TAM was $254.7^\circ \pm 6.2^\circ$, with grip strength reaching 92.3% compared to the contralateral hand. All patients reported complete pain relief by 5 weeks postoperatively. Minor complications included 5° angular deformity (47.8%) and 2mm shortening (17.4%). No cases of extension loss, tendon-related complications, infection, screw loosening, or breakage were recorded. All patients expressed satisfaction with the treatment. **Conclusion:** Intramedullary headless compression screw fixation for metacarpal and proximal phalangeal fractures is a highly effective technique, achieving a 100% union rate, excellent functional recovery, and a low rate of complications.

Keywords: Intramedullary compression screw, metacarpal fracture, proximal phalangeal fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương vùng bàn ngón tay chiếm 17,5% của tất cả gãy xương. Gãy xương bàn tay và các đốt ngón tay là chấn thương thường gặp nhất ở chi trên. Trong đó gãy xương đốt ngón tay chiếm 46%, gãy xương bàn tay chiếm 36%. Các nguyên nhân thường gặp khác nhau như: tai nạn giao thông (TNGT), tai nạn sinh hoạt (TNSH), tai nạn lao động (TNLD), tai nạn thể thao (TN TT).^{1,7}

Cho đến nay, điều trị bảo tồn bằng bó bột thường được chỉ định cho phần lớn gãy xương bàn tay do xương dễ lành. Tuy nhiên, phương pháp này khó nắn chỉnh lại giải phẫu và thời gian bất động kéo dài khiến cho chức năng bàn tay bị hạn chế. Do đó, trong một số trường hợp chỉ định phẫu thuật mang lại kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng tốt hơn.⁶

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy theo loại tổn thương. Các phương pháp phẫu thuật đang được áp dụng gồm: kết hợp xương bằng vít hay nẹp vít, đinh Kirschner. Mỗi phương pháp sẽ có những ưu khuyết điểm khác nhau. Kết hợp xương bằng nẹp vít giúp cố định vững chắc ổ gãy, cho phép bệnh nhân vận động sớm, nhưng bóc tách mô mềm nhiều, dễ gây dính gân, cộm da. Kết hợp xương bằng đinh Kirschner ít xâm lấn nhưng dễ trôi đinh, cần đinh gây đau và giới

hạn tầm vận động.^{4,7} Do đó, việc nghiên cứu tìm thêm các phương pháp điều trị giúp lành xương tốt, ít xâm lấn và phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân là rất cần thiết. Phương pháp kết hợp xương bằng vít nén ép nội tủy được báo cáo gần đây cho thấy đáp ứng được các tiêu chí trên.^{5,6,7} Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả liền xương, phục hồi chức năng, và biến chứng của phương pháp kết hợp xương bàn tay, đốt gần ngón tay bằng vít nén ép nội tủy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả những bệnh nhân > 16 tuổi gãy mới dưới 4 tuần của một hay nhiều xương bàn tay - đốt gần ngón tay, có chỉ định phẫu thuật, từ 1/2024 – 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên gãy thân xương bàn tay - đốt gần ngón tay không phạm khớp do chấn thương, gãy kín hoặc gãy hở độ I, II theo Gustilo.

Gãy nhiều xương.

Gãy một xương di lệch nhiều như: Di lệch xoay, chông ngắn hơn 5 mm, gãy đoạn 1/3 xa mà gập góc quá 15° đối với xương bàn II, III, IV và quá 30° đối với xương bàn V, gãy đoạn 1/3 giữa hay 1/3 gần thân xương mà gập góc quá 10° đối với xương bàn II, III và 20° đối với xương bàn IV, V, di lệch sang bên hoàn toàn.

Bệnh nhân từ chối điều trị bảo tồn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy sát nền xương bàn tay - đốt gần ngón tay, gãy phạm khớp, gãy nhiều mảnh, gãy chéo dài (chiều dài đường gãy lớn hơn 2 lần đường kính của thân xương tại giữa vị trí gãy), gãy xương bệnh lý.

Tổn thương kèm theo: đứt gân, thần kinh.

Bệnh nhân có di chứng hay dị tật ở tay trước đó như bại liệt, tai biến, hạn chế khớp cổ tay và bàn tay.

Đã từng gãy xương vùng cổ tay, bàn tay do chấn thương trước đó.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Xuyen Á Tây Ninh

Thời gian theo dõi: Ít nhất 3 tháng.

Cỡ mẫu: Lấy tất cả trường hợp gãy xương bàn tay, đốt gần ngón tay phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

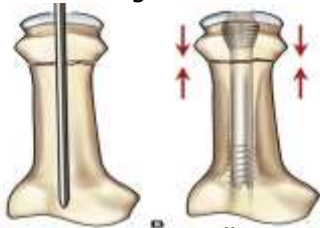
Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu hàng loạt ca.

Lập kế hoạch phẫu thuật: Đo kích thước lòng tủy, chiều dài của xương gãy trên phim Xquang bằng phần mềm PACs. Sử dụng loại vít tương ứng với đường kính và chiều dài của xương gãy.

Kỹ thuật tiến hành: Bắt vít ngược dòng

- Điểm vào vùng chỏm của xương bàn ngón tay. Nắn kín xương trên màng tăng sáng bằng tay về vị trí giải phẫu, giữ cố định ổ gãy bằng tay, giữ tay bệnh nhân ở tư thế gấp khớp bàn đốt hoàn toàn. Rạch da mặt lưng khớp bàn đốt # 3 cm ngang chỏm xương bàn ngón tay, tách dải ngang và bao khớp bên quay, vén gân duỗi ngón tay về bên trụ bộc lộ chỏm. Xuyên đinh Kirschner 0,9 mm qua đỉnh mặt lưng chỏm vào lòng tuỷ, qua ổ gãy đến nền xương bàn. Khoan mũi khoan rộng 2,2 mm theo đinh Kirschner qua ổ gãy. Đo chiều dài vít dưới màng tăng sáng theo chiều dài của xương. Bắt vít nén ép rỗng không đầu đường kính 3,6 mm tương đương chiều dài xương bằng tua vít rỗng theo đinh Kirschner đến khi đầu vít chìm dưới chỏm (Hình 1). Rút đinh Kirschner ra khỏi ổ gãy. Khâu bao khớp, dải ngang và đóng vết mổ theo lớp.

- Điểm vào chỏm đốt gần ngón tay. Thực hiện tương tự, tách dọc gân duỗi vén ra hai bên bộc lộ chỏm. Bắt vít nén ép rỗng không đầu đường kính 2,8 mm tương đương chiều dài xương bằng tua vít rỗng theo đinh Kirschner.



Hình 1: A: Xuyên hướng dẫn khoan; B: Bắt vít nội tuỷ

"Nguồn: Glenn Gaston (2021), *Green's Operative Hand Surgery*"

Đánh giá kết quả: Kết quả liền xương trên lâm sàng và X-quang, đánh giá phục hồi chức năng bàn tay theo thang điểm ASSH (Hiệp hội phẫu thuật bàn tay của Mỹ), sức cầm nắm của bàn tay, đánh giá mức độ đau VAS.

Xác định biến chứng: Biến chứng nhiễm trùng vết mổ nông, nhiễm trùng sâu, dính gân, đứt gân, mất duỗi, trời vít, lỏng vít, gãy vít, đau vùng khớp bàn ngón, di lệch thứ phát và can lệch, chậm liền xương và khớp giả, sẹo mổ xấu.

Đánh giá sự hài lòng của người bệnh.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm Stata 12.0. Sử dụng phép kiểm chi bình phương cho biến số định tính, và Student t-test cho biến số định lượng, $P < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện, tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ và đồng ý ký đồng thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024, chúng tôi đã phẫu thuật kết hợp xương bằng vít nén ép nội tuỷ cho 20 bệnh nhân với 23 xương gãy bao gồm xương bàn tay (17 xương) và đốt gần (6 xương) ngón tay. Thời gian theo dõi trung bình là $12,4 \pm 5,6$ tuần. Tỷ lệ nam/nữ gồm 14 nam (70%) và 6 nữ (30%). Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $33,15 \pm 9,38$ tuổi, nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 54 tuổi.

- Có 1 bệnh nhân có tổn thương kèm theo là chấn thương ngực được điều trị bảo tồn

- Tất cả 23 xương gãy đều là gãy xương kín với di lệch nhiều cần được chỉ định phẫu thuật. Trong đó, tay phải chiếm 72,2%, tay trái chiếm 27,8 %.

- Phân loại theo vị trí gãy có 50% gãy thân xương, 50% gãy dưới chỏm xương.

- Kích thước vít dùng cho kết hợp xương:

o Đường kính: 3,6 mm (74%) dùng cho xương bàn tay, và 2,8 mm (26%) dùng cho đốt gần ngón tay.

o Chiều dài vít:

30 mm (4 xương, 17,4%), 40 mm (4 xương, 17,4%), 50 mm (4 xương, 17,4%), 48 mm (3 xương, 13,0%), 44 mm (2 xương, 8,7%), 36 mm (2 xương, 8,7%), 46 mm (1 xương, 4,3%), 52 mm (1 xương, 4,3%), 38 mm (1 xương, 4,3%), 42 mm (1 xương, 4,3%).

- 100% bệnh nhân đạt được liền xương trên lâm sàng và X-quang sau $5,3 \pm 0,73$ tuần theo dõi. Kết quả phục hồi chức năng đạt được như sau (Hình 2):

Tổng biên độ vận động chủ động của ngón tay (TAM) trung bình sau mổ 7 tuần là $254,7^\circ \pm 6,2^\circ$. Sức cầm nắm bàn tay bên gãy so với bên lành sau mổ 7 tuần đạt được $92,3\% \pm 5,4\%$. Tất cả bệnh nhân trở lại công việc văn phòng sau mổ 2 tuần, và trở lại sinh hoạt và lao động hoàn toàn như trước mổ sau 6 tuần theo dõi.

Thang điểm đau theo VAS: 100% đều hết đau hoàn toàn sau 5 tuần sau mổ

- Các biến chứng: Có 1 trường hợp bị gãy kim hướng dẫn khoan trong khi thao tác do lỗi kỹ thuật, kim gãy chìm sâu trong xương.

Di lệch gấp góc 5° sau mổ có 11 xương chiếm tỷ lệ 47,8

Di lệch xoay: không ghi nhận di lệch xoay sau mổ.

Di lệch chổng ngẩng 2mm sau mổ: 4 ca chiếm 17,4%.

Không có trường hợp nào bị mất duỗi, biến chứng gân hay nhiễm trùng sau mổ. Không ghi nhận cộm vít, tuột vít hay gãy vít sau mổ.

- Sự hài lòng của bệnh nhân: 100% bệnh

nhân đều hài lòng với phương pháp điều trị.



Hình 2: X quang bệnh nhân trước và sau khi kết hợp xương bàn 3-4 tay phải bằng vít nén ép nội tủy không đầu 6 tuần sau mổ, và kết quả phục hồi hoàn toàn tầm vận động sau mổ 6 tuần (Nguồn: tác giả)

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu bước đầu trên 20 bệnh nhân với 23 xương gãy ở xương bàn tay và đốt gần ngón tay với thời gian theo dõi trung bình là $12,4 \pm 5,6$ tuần cho thấy 100% bệnh nhân đều đạt được liền xương với thời gian trung bình $5,3 \pm 0,73$ tuần. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ruchelsman và cộng sự (2014) trên 20 bệnh nhân gãy xương bàn tay Ruchelsman và cộng sự (2014) nêu rõ tất cả 39 bệnh nhân được kết hợp xương bằng vít nội tủy với thời gian theo dõi ít nhất 3 tháng.¹ Tất cả bệnh nhân đều đạt được liền xương trên lâm sàng và X-quang ở thời điểm khoảng 6 tuần sau mổ. Tiếp theo là nghiên cứu của Jann và cộng sự (2018) cũng cho kết quả tương tự, Jann báo cáo 15 bệnh nhân với 20 xương bàn tay gãy được cố định bằng vít nén ép nội tủy không đầu ngược dòng với kết quả 100% liền xương sau 6 tuần theo dõi.² Một năm sau, Eisenberg và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 91 trường hợp gãy xương bàn tay được cố định bằng vít nội tủy không đầu với thời gian theo dõi 10 tháng.³ Tác giả ghi nhận 76% lành xương trên X-quang ở thời điểm 6 tuần và 100% ở thời điểm 10 tuần. Thời gian lành xương của Eisenberg tương đối dài hơn so với các tác giả khác là do tiêu chuẩn đánh giá liền xương khác nhau. Tác giả Eisenberg đánh giá liền xương trên X-quang, các tác giả khác dựa trên lâm sàng và X-quang. Thời gian liền xương trên lâm sàng sẽ sớm hơn trên X-quang. Đối với gãy xương đốt gần ngón tay, tác giả Abbot (2025) báo cáo kết quả hồi cứu 37 bệnh nhân với 46 xương gãy đốt gần ngón tay được cố định bằng vít nội tủy cho thấy tất cả

bệnh nhân đều đạt được liền xương trên X-quang sau mổ 6 tuần.⁵ Như vậy với bằng chứng hiện tại cho thấy phương pháp kết hợp xương bàn tay - đốt gần ngón tay bằng vít nén ép nội tủy cho kết quả liền xương hoàn toàn sau khoảng 6 tuần sau mổ.

Các báo cáo gần đây cho thấy phương pháp cố định các gãy xương bàn tay, đốt gần ngón tay bằng vít nén ép nội tủy giúp bệnh nhân phục hồi chức năng sớm lấy lại tầm vận động, sức cơ và trở về sinh hoạt lao động sớm.⁷ Cụ thể là nghiên cứu của Abbott và cs (2025) trên các gãy xương đốt gần ngón tay ghi nhận bệnh nhân trở lại công việc sau mổ trung bình 7 tuần và phục hồi hoàn toàn chức năng sau mổ 14 tuần.⁵ Cho kết quả tốt hơn là nghiên cứu của Jeffs và cộng sự (2025) trên các gãy xương bàn tay cho thấy sự phục hồi sau mổ 4 tuần với TAM đạt được 250° , sức nắm bàn tay đạt được hơn 80% so với tay lành, thời gian trở lại lao động nhẹ là 14 ngày và lao động nặng là 21 ngày sau phẫu thuật.⁶ Trong nghiên cứu chúng tôi vào thời điểm sau mổ 7 tuần với TAM đạt được là $253,2^\circ \pm 6,36^\circ$, theo thang điểm ASSH mức độ tốt. Sức cầm nắm đạt được là $92,3\% \pm 5,4\%$ so với tay lành, đạt gần như bình thường. Các bệnh nhân trở lại công việc văn phòng sau mổ 2 tuần và trở lại lao động sinh hoạt bình thường sau mổ 6 tuần. Như vậy, kỹ thuật kết hợp xương các gãy xương bàn tay, đốt gần ngón tay bằng vít nén ép nội tủy bước đầu cho thấy đạt được sự phục hồi chức năng bàn tay sớm, giúp bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt và lao động như trước gãy.

Mặc dù kỹ thuật cố định xương bằng vít nén nội tủy không đầu là phương pháp ít xâm lấn, cho phép vận động sớm sau mổ và có tỉ lệ biến chứng thấp ($\sim 2.8\%$), vẫn tồn tại một số biến chứng đã được báo cáo. Trước tiên là nguy cơ Tổn thương sụn khớp có thể xảy ra khi đặt vít xuyên qua mặt khớp. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy diện tích tổn thương sụn rất nhỏ (chỉ 4–6%), và chưa có bằng chứng về thoái hóa khớp lâu dài sau mổ. Tiếp theo là gân duỗi có nguy cơ rách dài giữa hoặc gân duỗi. Tuy nhiên, biến chứng này thường nhẹ và hồi phục trong vài tuần. Tỉ lệ thiếu gập duỗi kém $>30^\circ$ là rất hiếm. Biến dạng vít hoặc gãy vít thường gặp khi chọn sai kích thước vít hoặc khoan không đúng kỹ thuật, đặc biệt ở xương đặc hoặc bệnh nhân trẻ. Nếu vít bị cong hay gãy, việc lấy vít trở nên khó khăn, đặc biệt nếu vít bị lún sâu vào trong xương.^{1,5,7} Nhìn chung, nếu thực hiện đúng kỹ thuật, biến chứng của cố định vít nội tủy rất thấp và thấp hơn đáng kể so với nẹp vít hoặc Kirschner wire. Quả thật như vậy, chúng tôi ghi

nhận chỉ có 1 trường hợp bị gãy đinh Kirschner trong khi thao tác do lỗi kỹ thuật, đinh gãy chìm trong chỏm xương, không ảnh hưởng đến sự lành xương và chức năng của bàn tay. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào về tổn thương gân, mạch máu, thần kinh, cộm, tuột vít hay nhiễm trùng. Các di lệch còn lại hay thứ phát sau mổ là chấp nhận được và không ảnh hưởng đến liền xương hay phục hồi chức năng. Điều này phù hợp với các nghiên cứu tương tự của Ruchelsman và cs (2014)¹ và Eisenberg và cs (2019)³ cũng không ghi nhận biến chứng nào trong mổ hay sau mổ trong suốt thời gian theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật bắt vít nén ép nội tuỷ không đầu trong điều trị gãy xương bàn tay và đốt gần ngón tay cho thấy hiệu quả cao với tỉ lệ liền xương 100%, phục hồi chức năng tốt và rất ít biến chứng. Thời gian liền xương ngắn, bệnh nhân có thể sớm trở lại sinh hoạt và lao động thường ngày. Phương pháp này là lựa chọn điều trị khả thi, an toàn và đáng tin cậy, đặc biệt phù hợp với các cơ sở y tế có điều kiện phẫu thuật giới hạn. Nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn sẽ giúp khẳng định chắc chắn hơn về hiệu quả lâu dài của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ruchelsman, D. E., Puri, S., Feinberg-Zadek, N., Leibman, M. I., & Belsky, M. R. (2014). Clinical outcomes of limited-open retrograde intramedullary headless screw fixation of metacarpal fractures. *The Journal of hand surgery*, 39(12), 2390-2395.
2. Jann, D., Calcaeni, M., Giovanoli, P., & Giesen, T. (2018). Retrograde fixation of metacarpal fractures with intramedullary cannulated headless compression screws. *Hand surgery and rehabilitation*, 37(2), 99-103.
3. Eisenberg, G., Clain, J. B., Feinberg-Zadek, N., Leibman, M., Belsky, M., & Ruchelsman, D. E. (2020). Clinical outcomes of limited open intramedullary headless screw fixation of metacarpal fractures in 91 consecutive patients. *Hand*, 15(6), 793-797.
4. R. Glenn Gaston. "Fractures of the Metacarpal and Phalanges". *Greens Operative Hand Surgery*. 2021:2th ed:pp. 260 - 325.
5. Abbot, H., George, A. R., McCarron, L., Graham, D. J., & Sivakumar, B. (2025). Intramedullary screw fixation of proximal phalangeal fractures: short-to medium-term outcomes. *Hand*, 20(5), 684-690.
6. Jeffs, A. D., Allen, A. D., Zaidi, Z. S., Himmelberg, S. M., Bank, N. C., Conlon, S. C., & Luther, G. A. (2025). Nonsurgical Treatment Versus Intramedullary Fixation of Displaced Metacarpal Shaft Fractures. *The Journal of Hand Surgery*.
7. Dohse, N. M., Jones, C. M., & Ilvas, A. M. (2022). Fixation of hand fractures with intramedullary headless compression screws. *Archives of Bone and Joint Surgery*, 10(12), 1004.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Trần Nam Long¹, Nguyễn Minh Tuấn¹,
Nguyễn Đình Hợp¹, Lò Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm, tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật triệt căn trong điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả 35 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8 từ tháng 07 năm 2021 đến tháng 07 năm 2025. **Kết quả:** 35 bệnh nhân bao gồm 25 nam (71,4%), 10 nữ (28,6%), tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1; độ tuổi trung bình

61,7 ± 11,9 tuổi (30 - 84 tuổi); vị trí u thường gặp là 1/3 dưới dạ dày (62,9%); 32 trường hợp cắt bán phần dưới dạ dày (91,4%) và 3 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày (8,6%); thời gian phẫu thuật trung bình là 182,17 ± 19,35 phút (145 - 240 phút), phục hồi lưu thông tiêu hoá kiểu Roux-en-Y là chủ yếu (94,3%), không có tai biến trong mổ và tử vong sau mổ; số lượng hạch vét được là 731 hạch, trung bình 20,88 ± 8,69 hạch (12 - 46 hạch), trong đó 123 hạch di căn chiếm 16,82%; tỉ lệ biến chứng là 8,6%, trong đó có một trường hợp phải mổ lại do tắc ruột sớm; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 12,25 ± 2,82 ngày (7 - 19 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 19-8 là kỹ thuật an toàn, bước đầu cho kết quả tốt, mang lại hiệu quả điều trị cao cho người bệnh. **Từ khóa:** Phẫu thuật dạ dày, ung thư dạ dày, cắt đoạn dạ dày.

¹Bệnh viện 19-8 Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nam Long

Email: namlongtran87@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF RADICAL SURGERY