

VI. KIẾN NGHỊ

Trong tương lai, cần tiếp tục mở rộng cơ sở dữ liệu bằng các nghiên cứu được tiến hành trong môi trường lâm sàng thực tế, kết hợp theo dõi sự duy trì kỹ năng theo thời gian và thu thập số liệu toàn diện hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kính phóng đại như hiệu quả chi phí, mức độ chấp nhận của người học và tác động đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu B, Zhou X, Yue L, et al. Experts consensus on the procedure of dental operative microscope in endodontics and operative dentistry. *International Journal of Oral Science*. 2023;15(1):43.
2. Brito LS, Santos MCV, De Almeida WC, et al. Microscopy in Endodontics: A Bibliometric Survey. *Iran J Public Health*. 2022;51(7):1568-1575.
3. Rabiei M, Shakiba M, Dehgan-Shahreza H, et al. Musculoskeletal disorders in dentists.

- International Journal of Occupational Hygiene. 2012;4(1):36-40.
4. Tran MHN, Bui AH, Pham VK, et al. Utilization of magnification devices in Vietnam's dental practice and education: an online survey. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):929.
5. Bowers DJ, Glickman GN, Solomon ES, et al. Magnification's effect on endodontic fine motor skills. *Journal of Endodontics*. 2010;36(7):1135-1138.
6. Katayama T, Uraba S, Suzuki N, et al. Assessment of dental operating microscope with three-dimensional imaging for endodontic procedures. *The Showa University Journal of Medical Sciences*, 2024;36(2):69-76.
7. Argueta J. Endodontics fine motor skills with the use of conventional and 3D microscopy – a comparative study. *Dental Tribune International*. 2022;2:6-9.
8. Feige S, Holzgreve F, Ohlendorf D, et al. Ergonomic analysis of dental work in different oral quadrants: a motion capture preliminary study among endodontists. *Bioengineering*. 2024;11(4): 400.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Văn Nam¹, Hoàng Văn Dung^{1,2}, Trịnh Thị Hiền³,
Trần Chiến¹, Mai Đức Dũng¹, Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 51 bệnh nhân gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân và được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ 06/2022 đến 01/2025. **Kết quả:** Lứa tuổi hay gặp là trên 50 tuổi (61,0%); nam giới chiếm đa số 62,7%; nghề nghiệp chủ yếu là lao động 49,0%. Kết quả điều trị phần mềm tỷ lệ liền sẹo kỳ đầu, liền sẹo là 90,2%. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên Xquang theo tiêu chuẩn Larson và Bostman rất tốt 70,6%; tốt 13,7%. Kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Hass và JY De La Cafiniere rất tốt 70,6%; tốt 13,7%, rất tốt 68,6%; tốt 15,7%. Khả năng gấp duỗi của khớp cổ chân bình thường/hạn chế nhẹ là 76,5%; dạng khớp bình thường/hạn chế nhẹ là 70,6%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị rất tốt là 54,9%; tốt 29,4%; trung bình 15,7%. Có mối liên quan giữa thời gian tai nạn đến khi phẫu

thuật; thời gian phẫu thuật; tập vận động sớm sau mổ có liên quan đến kết quả điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho kết quả khả quan: tỷ lệ liền sẹo tốt 90,2%, nắn chỉnh và liền xương rất tốt/tốt trên 80%, chức năng khớp cổ chân phục hồi tốt. Kết quả điều trị chịu ảnh hưởng bởi thời gian phẫu thuật, thời điểm mổ và tập vận động sớm, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cần ưu tiên phẫu thuật sớm (<7 ngày), rút ngắn thời gian mổ (<120 phút), và tổ chức tập vận động sớm, đồng thời tăng cường phục hồi chức năng toàn diện nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** gãy kín, xương cẳng chân, nẹp vít, đầu dưới

SUMMARY

SURGICAL RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED FRACTURES OF THE LOWER EFFECTS OF BOTH TIBIOS WITH PLATES AND SCREWS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical outcomes of closed distal tibia and fibula fractures treated with plate fixation at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 51 patients with closed distal tibia and fibula fractures who underwent internal fixation with plates at the Department of Orthopedics, Thai Nguyen National Hospital, from June 2022 to January 2025. **Results:** The majority of patients were over 50 years old (61.0%), with males accounting for 62.7%. The predominant occupation was manual

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: hiennguyentn92@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

labor (49.0%). Regarding soft tissue healing, primary wound healing was achieved in 90.2% of patients. Radiographic assessment of fracture reduction according to Larson and Bostman criteria showed very good outcomes in 70.6% and good outcomes in 13.7% of cases. Bone healing, assessed by JL Hass criteria, was very good in 70.6% and good in 13.7%, while according to JY De La Cafiniere criteria, very good outcomes were observed in 68.6% and good in 15.7% of cases. Functional evaluation demonstrated normal or slightly limited ankle dorsiflexion/plantarflexion in 76.5% and normal or slightly limited abduction/adduction in 70.6%. Overall clinical outcomes were rated as very good in 54.9%, good in 29.4%, and fair in 15.7% of patients. There was a statistically significant association between treatment outcomes and the interval from injury to surgery, operative time, and early postoperative mobilization ($p < 0.05$). **Conclusion:** Internal fixation using plate osteosynthesis for closed distal tibia and fibula fractures at Thai Nguyen National Hospital yielded favorable results: 90.2% good wound healing, more than 80% very good/good outcomes in fracture reduction and union, and satisfactory restoration of ankle joint function. Treatment outcomes were significantly influenced by surgical timing, operative duration, and early mobilization ($p < 0.05$). Early surgery (<7 days), reduced operative time (<120 minutes), early mobilization, and comprehensive rehabilitation should be prioritized to optimize treatment effectiveness. **Keywords:** Closed fracture, tibia, fibula, plate fixation, distal segment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân là loại gãy thuộc vùng hành xương, được xác định trong khoảng 4–5 cm tính từ khe khớp cổ chân. Đây là dạng gãy đầu xương dài thường gặp, chiếm khoảng 7–10% các tổn thương của hai xương cẳng chân [1, 2]. Theo Nguyễn Văn Thắng và cộng sự (2024) [3] gãy đầu dưới hai xương cẳng chân gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1, nguyên nhân hàng đầu là tai nạn giao thông [2, 3]. Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân thường phức tạp, ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng vận động của khớp cổ chân, do đó luôn đặt ra nhiều thách thức trong điều trị [1, 4]. Với sự phát triển của y học, nhiều phương pháp điều trị đã được áp dụng. Điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh, bó bột, vồn được Boehler đề xuất, có thể đạt kết quả trong một số trường hợp gãy ít di lệch hoặc ở trẻ em. Tuy nhiên, phương pháp này bộc lộ nhiều hạn chế như dễ di lệch thứ phát sau khi hết phù nề, thời gian bất động kéo dài, nguy cơ cứng khớp lân cận và ảnh hưởng đến chất lượng sống người bệnh [1, 2]. Phẫu thuật hiện được coi là lựa chọn ưu thế trong hầu hết các trường hợp, với nhiều kỹ thuật khác nhau như đóng đinh nội tủy, cố định ngoài, hay kết hợp xương bằng nẹp vít [5, 6]. Trong

đó, kết hợp xương bằng nẹp vít ngày càng được sử dụng rộng rãi nhờ nhiều ưu điểm: có thể áp dụng cho nhiều dạng gãy, kể cả gãy phức tạp; phẫu trường rộng cho phép phục hồi hình thái giải phẫu tốt; cố định vững chắc giúp bệnh nhân tập vận động sớm, qua đó cải thiện chức năng và hạn chế di chứng sau chấn thương [5, 6]. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn tồn tại những khó khăn. Do đặc điểm giải phẫu vùng đầu dưới xương chày – mác có nguồn cấp máu kém, phần mềm che phủ mỏng, trong khi phẫu thuật yêu cầu bóc tách rộng, làm tăng nguy cơ chậm liền xương, không liền xương, và nhiễm trùng vết mổ. Đặc biệt, viêm xương sau mổ là biến chứng nặng nề, gây khó khăn lớn trong điều trị [5, 6]. Tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, phẫu thuật kết hợp xương đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít đã được triển khai nhiều năm. Tuy vậy, vẫn ghi nhận một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân gặp biến chứng nhiễm trùng, chậm liền xương hoặc phục hồi chức năng chưa đạt mức tối ưu. Do đó, việc tổng kết, đánh giá kết quả điều trị và phân tích các yếu tố liên quan có ý nghĩa thực tiễn, nhằm rút ra những kinh nghiệm và góp phần hoàn thiện hơn phương pháp điều trị này trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 51 bệnh nhân gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân và được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 06/2022 đến 01/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân theo phân loại AO/ASIF loại A1, A2, A3 dựa trên Xquang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít; Trật khớp cổ chân hoặc không trật khớp cổ chân kèm theo; đồng ý tham gia nghiên cứu, đầy đủ hồ sơ bệnh án. Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương cẳng chân do nguyên nhân bệnh lý: u xương, viêm xương, bệnh xương thủy tinh; Có biến chứng kèm theo gãy đầu dưới xương cẳng chân: hội chứng chèn ép khoang, tổn thương mạch máu, thần kinh; có gãy xương gót, xương sên kèm theo; đa chấn thương có tổn thương nặng phối hợp nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh: Chấn thương sọ não, tổn thương tạng, chấn thương ngực, chấn thương bụng, vỡ tạng đặc; không liên lạc, không theo dõi được.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Thời gian triển nghiên cứu: Từ tháng 10/2024 đến tháng 06/2025.

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn; Hồi cứu từ tháng 06/2022 đến tháng 01/2024; Tiến cứu từ tháng 02/2024 đến tháng 01/2025.

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm tuổi, giới, nghề nghiệp; Kết quả điều trị sau phẫu thuật: Kết quả điều trị phần mềm. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên X quang theo tiêu chuẩn Larson và Bostman. Kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Hass và JY De La Cafiniere. Kết quả PHCN khớp cổ chân theo tiêu AOFAS. Đặc điểm biên độ vận động khớp cổ chân sau mổ theo tiêu chuẩn AOFAS. Kết quả điều trị chung. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Xử lý số liệu: Tất cả số liệu được làm sạch, sau đó nhập số liệu bằng chương trình EPI DATA 3.1. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 25.0. Các biến định tính được tính toán theo tỉ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được tính toán theo giá trị trung bình.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu (n=51)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	16 - 20	2	3,9
	21 - 30	3	5,9
	31 - 40	13	25,5
	41 - 50	7	13,7
	51 - 60	13	25,5
	>60	13	25,5
Giới tính	Nam	32	62,7
	Nữ	19	37,3
Nghề nghiệp	Lao Động	25	49,0
	Hành Chính	16	31,4
	Khác (hưu trí, thất nghiệp)	10	19,6
Tổng		51	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 50 tuổi (61,0%); nam giới chiếm đa số 62,7%; nghề nghiệp chủ yếu là lao động 49,0%.

Bảng 3.2. Kết quả điều trị sau phẫu thuật (n=51)

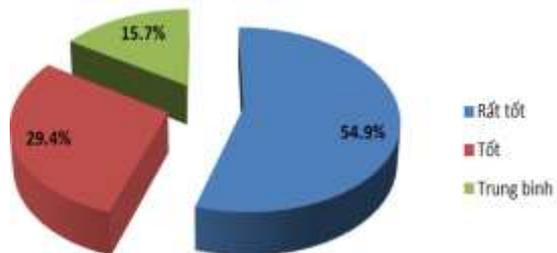
Kết quả		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Kết quả điều trị phần mềm	Liền sẹo kỳ đầu, sẹo liền tốt	46	90,2
	Nhiễm trùng nhẹ	4	7,8
	Nhiễm trùng nặng	1	2,0
Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên X quang theo tiêu chuẩn Larson và Bostman	Rất tốt	36	70,6
	Tốt	7	13,7
Kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Hass và JY De La Cafiniere	Trung bình	8	15,7
	Rất tốt	36	70,6
	Tốt	7	13,7
Kết quả PHCN khớp cổ chân theo tiêu AOFAS	Trung bình	8	15,7
	Kém	0	0
	Rất tốt	35	68,6
	Tốt	8	15,7

Nhận xét: Kết quả điều trị phần mềm tỷ lệ liền sẹo kỳ đầu, sẹo liền tốt là 90,2%. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên X quang theo tiêu chuẩn Larson và Bostman rất tốt 70,6%; tốt 13,7%. Kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Hass và JY De La Cafiniere rất tốt 70,6%; tốt 13,7%; rất tốt 68,6%; tốt 15,7%.

Bảng 3.3. Đặc điểm biên độ vận động khớp cổ chân sau mổ theo tiêu AOFAS

Biên độ vận động khớp cổ chân		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Gấp duỗi	Bình thường/hạn chế nhẹ	39	76,5
	Hạn chế vừa phải	11	21,6
	Hạn chế nghiêm trọng	1	2,0
Dạng khớp	Bình thường/hạn chế nhẹ	36	70,6
	Hạn chế vừa phải	14	27,5
	Hạn chế nghiêm trọng	1	2,0
Tổng		51	100

Nhận xét: Khả năng gấp duỗi của khớp cổ chân bình thường/ hạn chế nhẹ là 76,5%; dạng khớp bình thường/hạn chế nhẹ là 70,6%.



Biểu đồ 3.1 Kết quả điều trị chung (n=61)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị rất tốt là 54,9%; tốt 29,4%; trung bình 15,7%.

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm của bệnh nhân và kết quả điều trị (n=61)

Đặc điểm		Kết quả				p
		Rất tốt và tốt		Trung bình và kém		
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	27	84,4	5	15,6	0,988
	Nữ	16	84,2	3	15,8	
Thời gian tai nạn đến khi phẫu thuật	<7 ngày	37	92,5	3	7,5	0,002
	≥7 ngày	3	54,5	5	45,5	
Thời gian phẫu thuật	≤120 phút	28	93,3	2	6,7	0,034
	>120 phút	15	71,4	6	28,6	
Tập vận động sớm sau mổ	Có	32	91,4	3	8,6	0,039
	Không	11	68,8	5	31,3	
Thời gian nằm viện	≤10 ngày	19	95,0	1	5,0	0,092
	>10 ngày	24	77,4	7	22,6	

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian tai nạn đến khi phẫu thuật dưới 7 ngày có kết quả điều trị rất tốt và tốt cao hơn thời gian tai nạn đến khi phẫu thuật từ 7 ngày trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bệnh nhân có thời gian phẫu thuật dưới 120 phút có kết quả điều trị rất tốt và tốt cao hơn thời gian phẫu thuật trên 120 phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bệnh nhân có tập vận động sớm sau mổ có kết quả điều trị rất tốt và tốt cao hơn bệnh nhân không tập vận động sớm sau mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (61,0%). Điều này phù hợp với nhận định rằng gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân thường gặp ở người cao tuổi, do xương giảm chất lượng và nguy cơ té ngã tăng. Nam giới chiếm 62,7%, tương tự các nghiên cứu trong nước và quốc tế cho thấy nam giới có nguy cơ gãy xương cao hơn do lao động nặng và tai nạn giao thông. Nghề nghiệp lao động phổ thông chiếm tỷ lệ lớn (49,0%), cho thấy đặc điểm dân số nghiên cứu gắn với nguy cơ chấn thương do hoạt động thể lực nhiều. Kết quả liền sẹo kỳ đầu, liền tốt đạt 90,2%, chứng tỏ kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu đạt hiệu quả cao. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2019) về phẫu thuật kết hợp xương gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít, tỷ lệ liền sẹo tốt đạt 88,7%, kết quả của chúng tôi cao hơn, có thể nhờ điều kiện vô khuẩn và kỹ thuật hiện đại tại bệnh viện tuyến trung ương. Trên X-quang, kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Larson và Böstman đạt rất tốt 70,6% và tốt 13,7%. Điều này khẳng định khả năng phục hồi hình thái giải phẫu của phương pháp nẹp vít. Theo Trần Quang Dũng (2020), tỷ lệ nắn chỉnh rất tốt/tốt

đạt 78,5%, gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả liền xương theo JL Hass và JY De La Cafiniere cũng đạt tỷ lệ cao (rất tốt 70,6%, tốt 13,7%), phản ánh sự vững chắc của kết hợp xương bằng nẹp vít, cho phép xương liền tốt. Kết quả cho thấy 76,5% bệnh nhân có khả năng gấp duỗi bình thường/hạn chế nhẹ và 70,6% có khả năng dạng khép bình thường/hạn chế nhẹ. Đây là kết quả khả quan, vì khớp cổ chân là khớp chịu lực chính trong vận động. So với nghiên cứu của Böstman (1995), tỷ lệ bệnh nhân phục hồi biên độ vận động khớp cổ chân bình thường đạt 73%, kết quả của chúng tôi tương đồng, chứng minh hiệu quả của phẫu thuật kết hợp với tập vận động sớm. Đánh giá tổng thể, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả rất tốt chiếm 54,9%, tốt 29,4%, trung bình 15,7%. Như vậy, hơn 84% bệnh nhân đạt kết quả từ tốt đến rất tốt. So với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thăng (2021), tỷ lệ rất tốt/tốt là 80,2%, kết quả của chúng tôi có phần nhỉnh hơn, có thể nhờ áp dụng phác đồ phục hồi chức năng và quản lý sau mổ tốt hơn.

Thời gian từ tai nạn đến phẫu thuật: Bệnh nhân được phẫu thuật dưới 7 ngày có kết quả rất tốt và tốt cao hơn nhóm phẫu thuật muộn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Điều này phù hợp với các báo cáo của Rockwood & Green (2015) nhấn mạnh rằng can thiệp sớm giúp giảm phù nề, hạn chế biến chứng phần mềm và tạo điều kiện nắn chỉnh tốt hơn. Thời gian phẫu thuật: Bệnh nhân có thời gian phẫu thuật <120 phút có kết quả điều trị tốt hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Điều này cho thấy phẫu thuật nhanh gọn, ít xâm lấn, hạn chế mất máu và biến chứng phần mềm. Nghiên cứu của Müller (AO Foundation) cũng chỉ ra rằng kéo dài thời gian phẫu thuật >120 phút làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và giảm chất lượng liền xương [7]. Tập vận động sớm sau

mổ: Bệnh nhân tập vận động sớm có kết quả rất tốt/tốt cao hơn nhóm không tập, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của Hội Chấn thương chỉnh hình Hoa Kỳ (AAOS), cho rằng vận động sớm giúp duy trì biên độ khớp, giảm cứng khớp, tăng tuần hoàn và rút ngắn thời gian hồi phục [8]. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật kết hợp xương gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên mang lại hiệu quả cao cả về liền xương, phục hồi hình thái và chức năng vận động. Tuy nhiên, kết quả chịu ảnh hưởng rõ rệt bởi thời gian phẫu thuật, thời gian từ chấn thương đến mổ và chương trình phục hồi chức năng sau mổ. Do đó, cần ưu tiên: Can thiệp phẫu thuật sớm trong vòng 7 ngày; Rút ngắn thời gian mổ, chuẩn hóa kỹ thuật để giảm sang chấn phần mềm; Tổ chức tập vận động sớm, cá thể hóa theo tình trạng bệnh nhân. Ngoài ra, cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá biến chứng muộn như thoái hóa khớp cổ chân hay chậm liền xương.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho kết quả khả quan: tỷ lệ liền sẹo tốt 90,2%, nắn chỉnh và liền xương rất tốt/tốt trên 80%, chức năng khớp cổ chân phục hồi tốt. Kết quả điều trị chịu ảnh hưởng bởi thời gian phẫu thuật, thời điểm mổ và tập vận động sớm, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cần ưu tiên phẫu thuật sớm (< 7

ngày), rút ngắn thời gian mổ (< 120 phút), và tổ chức tập vận động sớm, đồng thời tăng cường phục hồi chức năng toàn diện nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Dattani, H. Ritchie, and M. Roser, "Mental health. Our world in data," (in eng), Reference Source, vol. 1, pp. 288-232, 2021.
2. **Điều trị gãy hai xương cẳng chân** (Bệnh học ngoại khoa chấn thương chỉnh hình (Dù cho đào tạo sau đại học)). Nhà xuất bản Y học, 2021.
3. N. V. Thăng and Đ. X. Thành, "Kết quả kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương," (in VI), Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 537, no. 1, 2024.
4. N. Q. Long, Kỹ thuật điều trị gãy xương của Boehler (Điều trị gãy phức tạp hai xương cẳng chân). Nhà xuất bản Y học, 1982.
5. T. T. Nhân, P. H. Lai, and N. T. Tân, "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới 2 xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khoá tại Bệnh viện Quân y 121," (in v), Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, no. 41, pp. 226-232, 2021.
6. L. Q. Thịnh, "Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp vít gãy đầu xa hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn," Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên, 2014.
7. M. E. Müller, R. Schneider, and H. Willenegger, Manual of internal fixation: techniques recommended by the AO-ASIF group. Springer Science & Business Media, 2013.
8. H. Goldman and K. Tetsworth, "AAOS clinical practice guideline summary: prevention of surgical site infection after major extremity trauma," (in ENG), AAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, vol. 31, no. 1, pp. e1-e8, 2023.

TỶ LỆ TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG NHẸ CÂN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH CÀ MAU, GIAI ĐOẠN 2023-2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Việt Trí²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân (SSĐTNC) chủ yếu phản ánh hạn chế tăng trưởng trong tử cung, làm tăng nguy cơ tử vong và bệnh tật sơ sinh cũng như hệ lụy phát triển dài hạn. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ SSĐTNC đủ tháng và mối liên quan giữa các yếu tố của mẹ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau

giai đoạn 2023–2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 4.940 cặp mẹ–con sinh đủ tháng trong thời gian 01/2023–12/2024. Phân tích hồi quy logistic, OR hiệu chỉnh (OR_{HC}) với KTC95%. **Kết quả:** Tỷ lệ SSĐTNC đủ tháng là 5,93% (293/4.940). Sau khi phân tích đa biến, năm yếu tố liên quan độc lập với SSĐTNC gồm: BMI tiền thai $< 18,5$ ($OR_{HC} = 1,57$; KTC95%: 1,12–2,45; $p = 0,003$), tăng cân thai kỳ < 9 kg ($OR_{HC} = 2,64$; 1,54–3,91; $p < 0,001$), khám thai < 3 lần ($OR_{HC} = 1,63$; 1,18–3,14; $p = 0,002$), khoảng cách sinh ≤ 24 tháng ($OR_{HC} = 2,08$; 1,16–3,18; $p = 0,002$), và có bệnh lý trong thai kỳ ($OR_{HC} = 1,98$; 1,12–2,97; $p = 0,0001$). Nơi cư trú, nhóm tuổi mẹ và số con không có ý nghĩa sau hiệu chỉnh. **Kết luận:** Tỷ lệ SSNC đủ tháng tại Cà Mau giai đoạn 2023–2024 là 5,93%. Các yếu tố nguy cơ có thể can thiệp bao gồm dinh dưỡng mẹ (BMI thấp, tăng

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025