

quả là tỉ lệ người bệnh hồi phục lâm sàng đánh giá theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS 0 – 2) là 58,9%. Kết quả tái thông mạch, tỉ lệ hồi phục lâm sàng tốt cũng như tỉ lệ chảy máu nội sọ của chúng tôi là tương đương với một số thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới về can thiệp điều trị LVO cũng như một số nghiên cứu trong nước.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy mặc dù có một tỉ lệ biến chứng nhất định nhưng kết quả đặt stent điều trị hẹp mạch nội sọ trong can thiệp tái thông mạch có tỷ lệ thành công ở mức cao, tính an toàn trong can thiệp và tỷ lệ phục hồi lâm sàng sau can thiệp đều ở mức khá cao, góp phần điều trị và cứu sống bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Powers, W.J., et al., 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early

- Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2015. 46(10): p. 3020-35.
2. Khan, M., et al., Intracranial atherosclerotic disease. Stroke Res Treat, 2011. 2011: p. 282845.
3. Samuels, O.B., et al., A standardized method for measuring intracranial arterial stenosis. AJNR Am J Neuroradiol, 2000. 21(4): p. 643-6.
4. LeCoffre, N.E., et al., 2B, 2C, or 3. Stroke, 2020. 51(6): p. 1790-1796.
5. de Havenon, A., et al., Large Vessel Occlusion Stroke due to Intracranial Atherosclerotic Disease: Identification, Medical and Interventional Treatment, and Outcomes. Stroke, 2023. 54(6): p. 1695-1705.
6. Wang, T., et al., High-Risk Intracranial Atherosclerotic Stenosis Despite Aggressive Medical Treatment: Protocol for a Prospective Nested Case-Control Study. Front Neurol, 2022. 13: p. 803224.
7. Alexander, M.J., et al., WEAVE Trial. Stroke, 2019. 50(4): p. 889-894.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Đình Minh Tuấn¹, Nguyễn Vũ Hoàng^{1,2}, Nguyễn Việt Nam³
Vũ Hồng Ái^{1,2}, Hoàng Thanh Tùng³, Phan Trung Hiếu⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: “Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng kết hợp xương nẹp vít. Đánh giá kết quả phẫu thuật.” **Đối tượng nghiên cứu:** 34 trường hợp gãy kín thân hai xương cẳng tay (22 nam, 12 nữ), tuổi từ 16 - 72; các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Kết quả liền vết mổ thì đầu đạt 97,1%. Nắn chỉnh đạt 91,2%. Kết quả chung theo Anderson đạt rất tốt chiếm 91,2%, tốt đạt 8,8%. **Kết luận:** Điều trị gãy thân hai xương cẳng tay bằng nẹp vít đem lại kết quả điều trị rất tốt, là lựa chọn hàng đầu của các phẫu thuật viên trong điều trị gãy thân hai xương cẳng tay ở người trưởng thành. **Từ khóa:** Gãy thân xương cẳng tay, kết hợp xương nẹp vít, đánh giá kết quả.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

⁴Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Hoàng

Email: nguyenvuhoangtwn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

OUTCOME OF PLATE-AND-SCREW FIXATION FOR CLOSED DIAPHYSEAL FOREARM FRACTURES AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: The objective was to evaluate the surgical outcomes of treating closed diaphyseal fractures of both forearm bones (radius and ulna) with open reduction and internal fixation (ORIF) using plates and screws. **Materials:** The study included 34 cases of closed diaphyseal forearm fractures (22 males, 12 females), with patient ages ranging from 16 to 72 years. All patients underwent surgical treatment via plate-and-screw fixation at Thai Nguyen Central Hospital between January 2024 and May 2025. **Methods:** Cross-sectional description, choose a convenient sample. Results: Primary wound healing was achieved in 97,1% of cases. Anatomic reduction was achieved in 91,2% of cases. Overall functional outcomes, evaluated using the Anderson criteria, were reported as excellent in 91,2%, good in 8,8 %. **Conclusion:** The treatment of diaphyseal forearm fractures using plate and screw fixation yields excellent results, establishing it as the gold standard (or "preferred choice") for surgeons managing adult diaphyseal forearm fractures.

Keywords: Forearm Diaphyseal Fractures, Plate-and-Screw Fixation, Outcome Evaluation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cẳng tay là loại gãy một hoặc cả hai xương quay và trụ, từ dưới khớp khuỷu cho đến

trên khớp cổ tay. Gãy thân xương cẳng tay là gãy cẳng tay đoạn có màng gian cốt bám, khoảng 2,5cm dưới lồi củ xương quay và 2,5 cm trên khớp cổ tay. Gãy thân hai xương cẳng tay gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp nhiều hơn ở nam giới trong độ tuổi lao động, sau các tai nạn giao thông, thể thao đối kháng, ngã cao,... Cẳng tay có chức năng sinh lý rất quan trọng là sắp, ngửa cẳng tay; động tác này mang lại sự khéo léo trong phức hợp các động tác của cẳng tay, cổ tay và bàn tay. Để thực hiện tốt chức năng sắp ngửa cẳng tay cần có sự tham gia của nhiều yếu tố bao gồm: tương quan về chiều dài của hai xương cẳng tay, độ cong sinh lý của xương quay, khớp quay trụ trên, khớp quay trụ dưới, màng liên cốt, các cơ và thần kinh chi phối.

Khi gãy hai xương cẳng tay, do sự co kéo của các nhóm cơ đối lực và màng liên cốt nên sự di lệch thường phức tạp và khó nắn chỉnh. Phương pháp điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột hay gặp các biến chứng liên xương lệch, hạn chế sắp ngửa cẳng tay và gấp duỗi khuỷu tay.

Những năm gần đây, ở nhiều cơ sở điều trị chuyên khoa, đối với gãy kín thân hai xương cẳng tay có di lệch ở người lớn, các phẫu thuật viên chỉnh hình đã chủ động chỉ định phẫu thuật kết hợp xương ngay từ đầu mà không nắn chỉnh bó bột nữa. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít mang lại hiệu quả hồi phục chức năng tốt hơn nhờ nắn chỉnh hết các di lệch, cố định ổ gãy vững chắc và cho phép bệnh nhân tập vận động phục hồi chức năng sớm^{1,2}.

Tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, trước đây đã có một số đề tài nghiên cứu về điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay. Tuy nhiên thời gian nghiên cứu đã trên 10 năm, số lượng bệnh nhân ít. Để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị bệnh nhân gãy kín hai xương cẳng tay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 1/2024 đến tháng 5/2025".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những trường hợp bị gãy kín thân hai xương cẳng tay được điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025

Tiêu chuẩn nghiên cứu: Gãy kín thân hai xương cẳng tay được điều trị bằng phẫu thuật kết xương nẹp vít. Tuổi từ 16 trở lên. Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cần thiết, có phim X- quang trước và sau phẫu thuật. Bệnh

nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp bị gãy xương bệnh lý (lao, ung thư...). Những trường hợp gãy thân hai xương cẳng tay ở chi có dị tật, di chứng chấn thương làm cho đánh giá kết quả không chính xác. Kết hợp xương bằng nẹp vít phối hợp với đinh nội tủy. Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025. Tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích, cỡ mẫu thuận tiện

Đánh giá kết quả:

- Tình trạng vết mổ gồm:

Liên vết mổ thì đầu: vết mổ khô, liền sẹo tốt, sau 14 ngày cắt chỉ, nhiễm khuẩn nông: vết mổ sưng nề tấy đỏ, chảy dịch mủ phải cắt chỉ thoát mủ. Vết mổ tự liền hoặc khâu da liền kỳ hai, nhiễm khuẩn sâu: vết mổ sưng tấy, toác vết mổ phải cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, rò kéo dài².

- Kết quả nắn chỉnh Xquang sau mổ gồm:

Hết di lệch: ổ gãy được nắn chỉnh không còn di lệch, không có khe sáng tại đường gãy, di lệch ít: xương gãy được nắn chỉnh còn di lệch sang bên không quá một vỏ xương hoặc di lệch gấp góc $\leq 5^\circ$, di lệch nhiều: xương gãy còn di lệch sang bên hơn một vỏ xương hoặc di lệch gấp góc $> 5^\circ$ ².

- Thời gian hậu phẫu: ≤ 7 ngày, > 7 ngày

- Kết quả phục hồi gấp duỗi khuỷu tay: giảm $< 10^\circ$, giảm $\leq 20^\circ$, giảm $> 20^\circ$

- Kết quả phục hồi vận động gấp duỗi cổ tay: Giảm $< 10^\circ$, giảm $\leq 20^\circ$, giảm $> 20^\circ$

- Kết quả phục hồi vận động sắp ngửa cẳng tay: Giảm $< 25\%$, giảm $\leq 50\%$, giảm $> 50\%$

- Kết quả đánh giá chung theo Anderson³:

Kết quả	Liên xương	Gấp duỗi khuỷu tay, cổ tay	Sắp ngửa cẳng tay
Rất tốt	Liên xương	Giảm dưới 10°	Giảm dưới 25% biên độ
Tốt	Liên xương	Giảm dưới 20°	Giảm dưới 50% biên độ
Trung bình	Liên xương	Giảm trên 30°	Giảm trên 50% biên độ
Kém	Không liên xương	Kèm hay không kèm mất vận động	

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi và giới: Trung bình của đối tượng nghiên cứu là $36,50 \pm 17,90$ (trẻ tuổi nhất là 16, lớn tuổi nhất là 72). Chia làm hai nhóm tuổi chính là 16-45 (độ tuổi lao động) chiếm 64,7%, nhóm tuổi > 46 chiếm 35,3%. Nam chiếm 22 trường hợp (64,7%), nữ 12 trường hợp (35,3%). Tỷ lệ Nam: Nữ là 1,83:1

- Phân loại theo nguyên nhân: Tai nạn giao thông là 21 trường hợp (chiếm 61,8%), tai nạn sinh hoạt 5 trường hợp (chiếm 14,7%), tai nạn lao động 5 trường hợp (chiếm 14,7%), tai nạn thể thao là 4 trường hợp (chiếm 8,8%).

- Phân loại theo AO: Loại A 30 trường hợp (chiếm 88,2%), loại B có 4 trường hợp (chiếm 11,8%). Có 01 trường hợp gãy hở độ I xương quay, độ II xương trụ. Sau điều trị phần mềm ổn định bằng kháng sinh được kết xương bằng nẹp vít.

- Tổn thương kèm theo: 01 trường hợp chấn thương sọ não: dập não thùy thái dương, vỡ xương thái dương, gãy xương sườn 2,3 bên phải. 01 trường hợp gãy vững ngành ngồi xương chậu.

3.2. Kết quả gân

Bảng 3.1. Kết quả nắn chỉnh trên phim Xquang sau mổ

Kết quả nắn chỉnh	Số BN	Tỷ lệ (%)
Hết di lệch	31	91,2%
Di lệch ít	3	8,8%
Di lệch nhiều	0	0%

Nhận xét: Kết quả nắn chỉnh hết di lệch đạt 91,2%. Tỷ lệ nắn chỉnh di lệch ít đạt 8,8%. Di lệch nhiều là 0%

Bảng 3.2. Tình trạng vết mổ

Tình trạng vết mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Liên vết mổ thì đầu	33	97,1%
Nhiễm khuẩn nông	1	2,9%
Nhiễm khuẩn sâu	0	0%
Tổng	34	100%

Nhận xét: Tình trạng liên vết mổ thì đầu cao đạt 97,1%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn nông đạt 2,9% với biểu hiện bệnh nhân sốt nhẹ 38,5 độ, sưng nề tại vết mổ, chảy dịch lẫn máu đông. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sâu là 0%

Bảng 3.3. Thời gian hậu phẫu

Số ngày hậu phẫu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 7 ngày	30	88,2%
> 7 ngày	4	11,8%
Tổng	34	100%

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân được ra viện trước 7 ngày là 30 trường hợp (đạt 88,2%), số lượng bệnh nhân điều trị trên 7 ngày là 4 trường hợp (chiếm 11,8%)

3.3. Kết quả xa. Tỷ lệ liền xương của bệnh nhân đạt 100%. Đã có 01 trường hợp tháo phương tiện kết hợp xương

Bảng 3.4. Kết quả phục hồi vận động gấp duỗi khuỷu

Tổng biên độ gấp duỗi khuỷu tay	Số BN	Tỷ lệ (%)
Giảm < 10°	34	100%
Giảm ≤ 20°	0	0%
Giảm > 20°	0	0%
Tổng	34	100%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi hoàn toàn vận động gấp duỗi khuỷu là 100%

Bảng 3.5. Kết quả phục hồi vận động gấp duỗi cổ tay

Tổng biên độ gấp duỗi cổ tay	Số BN	Tỷ lệ (%)
Giảm < 10°	32	94,1%
Giảm ≤ 20°	2	5,9%
Giảm > 20°	0	0%
Tổng	34	100%

Nhận xét: Kết quả phục hồi vận động gấp duỗi cổ tay có tổng biên độ gấp duỗi cổ tay giảm < 10° đạt 94,1%, tỷ lệ đạt tổng biên độ gấp duỗi cổ tay ≤ 20° là 2 trường hợp (chiếm 5,9%). Không có trường hợp nào tổng biên độ gấp duỗi cổ tay giảm > 20°.

Bảng 3.6. Kết quả phục hồi vận động sấp ngửa cẳng tay

Tổng biên độ sấp ngửa cẳng tay	Số BN	Tỷ lệ (%)
Giảm < 25%	31	91,2%
Giảm ≤ 50%	3	8,8%
Giảm > 50%	0	0%
Tổng	34	100%

Nhận xét: Kết quả phục hồi vận động sấp ngửa cẳng tay có tổng biên độ sấp ngửa cẳng tay giảm < 25% là 31 trường hợp (chiếm 91,2%), giảm ≤ 50% có 3 trường hợp (chiếm 8,8%). Không có trường hợp biên độ sấp ngửa cẳng tay giảm > 50%.

Bảng 3.7. Kết quả chung theo Anderson

Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	31	91,2%
Tốt	3	8,8%
Trung bình, kém	0	0%
Tổng	34	100%

Nhận xét: Kết quả chung theo Anderson rất tốt đạt 31 trường hợp (chiếm 91,2%). Kết quả tốt là 3 trường hợp (chiếm 8,8%). Không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình và kém

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $36,50 \pm 17,90$. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Anh Sang (2024) độ tuổi trung bình là $34,19 \pm 12,63$

Trong đó nhóm tuổi 16-45 (độ tuổi lao động)

chiếm 64,7% chiếm phần lớn. So với nghiên cứu của Nguyễn Anh Trọng (2015) ⁴ độ tuổi lao động chiếm 78,9%. Vì phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi lao động, việc phục hồi khả năng lao động của bệnh nhân để sớm quay lại làm việc là yếu tố rất quan trọng.

Về giới, ta thấy nam giới chiếm tỉ lệ lớn hơn (Nam: Nữ là 1,83:1). Nghiên cứu của Nguyễn Anh Sang (2024) ⁵ tỉ lệ là Nam: Nữ 3,2:1. Là đối tượng chính trong lao động, nên tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới.

Theo nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, tai nạn giao thông là 21 trường hợp (chiếm 61,8%), tai nạn sinh hoạt 5 trường hợp (chiếm 14,7%), tai nạn lao động 5 trường hợp (chiếm 14,7%), tai nạn thể thao là 4 trường hợp (chiếm 8,8%). Tỉ lệ này không có sự khác biệt so với các nghiên cứu của Nguyễn Anh Sang (2024), Nguyễn Anh Trọng (2015). Tai nạn giao thông luôn là nguyên nhân hàng đầu, gây lực chấn thương lớn khiến gãy cả hai xương cẳng tay.

Phân loại theo AO: Loại A 30 trường hợp (chiếm 88,2%), loại B có 4 trường hợp (chiếm 11,8%). Không có trường hợp nào gãy loại C. Nguyễn Tuấn Cảnh (2024) ⁶ ghi nhận loại A chiếm 94,9%, loại B chiếm 5,1%. Các trường hợp gãy loại B của chúng tôi chỉ có 1 mảnh rời, có 01 trường hợp mảnh rời lớn được cố định bằng 01 vít nén.

Tổn thương kèm theo: 01 trường hợp chấn thương sọ não: dập não thùy thái dương, vỡ xương thái dương, gãy xương sườn 2,3 bên phải. 01 trường hợp gãy vững ngành gối xương chày. Các trường hợp được điều trị nội khoa ổn định sau đó được hội chẩn chuyển khoa chấn thương thực hiện phẫu thuật kết xương cẳng tay bằng nẹp vít.

4.2. Kết quả gần. Kết quả nắn chỉnh được kiểm tra lại bằng Xquang sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả nắn chỉnh hết di lệch đạt 91,2%. Tỉ lệ nắn chỉnh di lệch ít đạt 8,8%. Di lệch nhiều là 0%. Kết quả nắn chỉnh này rất tốt. Có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Theo nghiên cứu của Lê Ngọc Thường thì kết quả nắn chỉnh ghi nhận có 59/66 bệnh nhân (89,39%) hết di lệch cả 2 xương, 7/66 bệnh nhân (10,62%) di lệch ít, không có trường hợp nào di lệch nhiều. Kết quả nắn chỉnh tốt này là do được trang bị máy C-arm. Các phẫu thuật viên có thể kiểm tra ngay trong cuộc mổ để đạt hiệu quả cao nhất.

Tình trạng liền vết mổ thì đầu cao đạt 97,1%. Tỉ lệ nhiễm khuẩn nông đạt 2,9% với biểu hiện bệnh nhân sốt nhẹ 38,5 độ, sưng nề tại vết mổ, chảy dịch lẫn máu đông. Bệnh nhân

sau đó được chỉ định cắt chỉ cách quãng, sử dụng 2 loại kháng sinh phối hợp, kết hợp thay băng tích cực tại chỗ. Sau đó bệnh nhân liền da thì 2 không cần khâu lại. Tỉ lệ nhiễm khuẩn sâu là 0%. Ở các nghiên cứu khác cũng xuất hiện tỉ lệ nhỏ bệnh nhân bị nhiễm khuẩn nông. Nghiên cứu của Lê Ngọc Thường (2010) ² trong 66 bệnh nhân có 60 bệnh nhân (chiếm 90,91%) liền vết mổ kỳ đầu ở cả 2 đường mổ, có 6 bệnh nhân (chiếm 9,09%) bị nhiễm khuẩn vết mổ nông.

Số lượng bệnh nhân được ra viện trước 7 ngày là 30 trường hợp (đạt 88,2%), số lượng bệnh nhân điều trị trên 7 ngày là 4 trường hợp (chiếm 11,8%). Đa phần bệnh nhân sử dụng đủ 5 đến 7 ngày kháng sinh có thể ra viện. Các trường hợp nằm viện lâu do cần xử trí tổn thương phổi hợp và điều trị nhiễm khuẩn nông tại vết mổ.

4.3. Đánh giá kết quả xa. Tỉ lệ liền xương của bệnh nhân đạt 100%. Đã có 01 trường hợp tháo phưng tiện kết hợp xương. Thời gian tháo là sau phẫu thuật 14 tháng. Không gặp các biến chứng chậm liền xương, khớp giả, bật nẹp, gãy nẹp, gãy lại,... Trong nghiên cứu của Thái Ngọc Bình (2023) ⁷ trên 38 bệnh nhân thấy tỉ lệ liền xương đạt 100%, đã tháo nẹp 30 trường hợp, thời gian tháo nẹp sớm nhất là 10 tháng.

Về kết quả phục hồi chức năng, nghiên cứu của chúng tôi có: kết quả phục hồi vận động gấp duỗi khuỷu: tỉ lệ bệnh nhân phục hồi hoàn toàn vận động gấp duỗi khuỷu trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%.

Kết quả phục hồi vận động gấp duỗi cổ tay có tổng biên độ gấp duỗi cổ tay giảm < 10° đạt 94,1%, tỉ lệ đạt tổng biên độ gấp duỗi cổ tay ≤ 20° là 2 trường hợp (chiếm 5,9%). Không có trường hợp nào tổng biên độ gấp duỗi cổ tay giảm > 20°.

Kết quả phục hồi vận động sấp ngửa cẳng tay có tổng biên độ sấp ngửa cẳng tay giảm < 25% là 31 trường hợp (chiếm 91,2%), giảm ≤ 50% có 3 trường hợp (chiếm 8,8%). Không có trường hợp biên độ sấp ngửa cẳng tay giảm > 50%.

Các bệnh nhân của chúng tôi sau khi được kết hợp xương ngày thứ 2 đã được hướng dẫn bỏ nẹp để tập phục hồi chức năng gấp duỗi khuỷu tay, cổ tay, sấp ngửa cẳng tay. Từ đó, giúp đạt hiệu quả phục hồi chức năng rất tốt.

Các tác giả khác cũng cho kết quả tốt tương tự như Thái Ngọc Bình (2023) Kết quả phục hồi biên độ sấp ngửa cẳng tay: 34 trường hợp (89,5%) có tổng biên độ sấp ngửa giảm tối đa < 25%: đạt mức tốt. 4 trường hợp còn lại (10,5%) đạt tổng biên độ sấp ngửa giảm ≤ 50%. Không có trường hợp nào có biên độ sấp ngửa giảm <

100%. Phục hồi chức năng gấp duỗi cổ tay và khuỷu tay cả 38 đều trở về biên độ vận động bình thường hoặc có tổng biên độ giảm < 10°.

Kết quả chung theo Anderson theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rất tốt đạt 31 trường hợp (chiếm 91,2%). Kết quả tốt là 3 trường hợp (chiếm 8,8%). Không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình và kém. Nghiên cứu Thái Ngọc Bình (2023) cho kết quả tương đồng là 38 trường hợp được đánh giá kết quả chung theo tiêu chuẩn của Anderson (1975): kết quả rất tốt chiếm tỷ lệ 89,5% (34/38 trường hợp), 4 trường hợp đạt kết quả tốt (10,5%). Không có trường hợp nào kết quả trung bình và kém.

Trong nghiên cứu cũ hơn của Lê Ngọc Thường (2010) cũng cho thấy kết quả chung theo Anderson đạt rất tốt và tốt chiếm 97,96%, trong đó kết quả trung bình có 1 trường hợp chiếm 2,04%. Al Sadek (2016) ⁸ so sánh phương pháp đóng đinh nội tủy và kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy thân hai xương cẳng tay ở người lớn cũng chỉ ra kết quả bằng nẹp vít đem lại hiệu quả rõ rệt hơn so với sử dụng đinh.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy thân hai xương cẳng tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít nhằm nắn chỉnh phục hồi về hình thể giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật. Tỷ lệ liền vết mổ kì đầu: đạt 97,1%, liền xương đạt: 100%. Phục hồi chức năng gấp duỗi khuỷu tốt đạt: 100%, gấp duỗi cổ tay đạt 94,1%, sấp ngửa cẳng tay

đạt: 91,2%. Kết quả chung rất tốt và tốt đạt 100%, không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình và kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Tuấn Anh.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện Quân Y 103 Thạc sĩ, Học viện Quân Y 103 (2021).
2. **Lê Ngọc Thường.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Gãy Kín Thân Hai Xương Cẳng Tay Bằng Phương Pháp Kết Xương Nẹp Vít Tại Bệnh Viện Bưu Điện Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, (2010).
3. **Anderson LD, Sisk D, Tooms R, Park 3rd WJJ.** Compression-plate fixation in acute diaphyseal fractures of the radius and ulna. 57, 287 (1975)
4. **Nguyễn Anh Trọng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín thân 2 xương cẳng tay người trưởng thành bằng nẹp vít AO Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên, (2015).
5. **Đặng Hoàng Anh, Nguyễn Ảnh Sang.** Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị gãy kín thân hai xương cẳng tay được điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa. 530, (2023)
6. **Lê Đức Thọ, Nguyễn Tuấn Cảnh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy thân hai xương cẳng tay được kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện đa khoa trung ương cần thơ. 542, (2024)
7. **Phạm Ngọc Thắng, Thái Ngọc Bình.** Kết quả điều trị gãy kín thân xương cẳng tay bằng nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y học Việt Nam 529, (2023)
8. **Al-Sadek TA, Niklev D, Al-Sadek AJOaMjoms.** Diaphyseal fractures of the forearm in adults, plating or intramedullary nailing is a better option for the treatment? 4, 670 (2016)

KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT VÙNG RĂNG SAU CỐ NẰNG XOANG KÍN SỬ DỤNG MÁY TỪ TÍNH

Dương Quốc Thành¹, Võ Văn Nhân², Nguyễn Phú Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cấy ghép implant vùng răng sau cố nạng xoang kín sử dụng máy từ tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng trên 24 người bệnh với 20 vị trí cấy ghép implant sử dụng máy từ tính (nhóm 1) và 20 vị trí implant sử dụng bộ CAS- kit (nhóm 2)

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện nghiên cứu chuyên sâu Implant Nha khoa Nhân Tâm, Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quốc Thành

Email: duongthanh1808@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** Kết quả sau phẫu thuật cho thấy các implant đều có sự ổn định sơ khởi tốt với phần lớn độ ổn định sơ khởi của 2 nhóm đều ở mức 30-35 Ncm. Ngay sau phẫu thuật, sự thay đổi chiều dày niêm mạc xoang không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, nhưng kích thước xương theo các chiều có tăng ở cả 2 nhóm, nhóm 1 tăng nhiều hơn nhóm 2 ($p < 0,05$). Sau 3 tháng, kích thước xương ở cả 2 nhóm đều giảm cho thấy mức độ tiêu xương nhiều hơn hình thành xương. Tuy nhiên, 100 % implant đều có viền cản quang, biểu hiện này cho thấy dấu hiệu tích hợp xương trên phim CTCB. **Kết luận:** Kết quả thu được tương đối tốt về việc sử dụng máy từ tính trong nạng xoang kín khi so sánh với sử dụng bộ CAS-kit

Từ khóa: cấy ghép implant, nạng xoang kín, máy từ tính, răng sau.