

V. KẾT LUẬN

Hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn thường gặp ở nam, trong độ tuổi trung niên, chủ yếu có thể trạng thừa cân béo phì, triệu chứng thường gặp là ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày, Mallampati độ III-IV, amidan quá phát độ III-IV, kết quả đo đa ký hô hấp tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng.

Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng ở các bệnh nhân tắc nghẽn vùng họng miệng, chỉ số AHI sau phẫu thuật giảm từ mức độ nặng về mức độ trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Bích Huyền và cộng sự** (2009). Nhận xét ban đầu về hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Thời sự y học, 41, 3-5
2. **Phạm Văn Lưu** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa ký giấc ngủ của bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Hà Nội
3. **Nghiêm Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thanh Bình** (2017). Một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân có hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 9 số 1,458, tr.102-103
4. **Lee S, Kim H.J, Lee Y** (2020) Subjective nocturnal symptoms have different associations with depressive symptoms and anxiety than with daytime sleepiness patients with obstructive sleep apnea. Sleep Medicine 69: 58-64
5. **Young, T., J. Skatrud, and P.E. Peppard** (2004). Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. Jama. 291(16): p. 2013-6.
6. **Lê Thị Ba, Vũ Văn Giáp** (2024). Đặc điểm lâm sàng và kết quả đo đa ký ở người bệnh có hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) mức độ trung bình và nặng. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 3 số 2, tr.301-305
7. **Akram Khan et al** (2009). Uvulopalatopharyngoplasty in the Management of Obstructive Sleep Apnea: The Mayo Clinic Experience. Mayo Clin Proc. 84(9): 795-800
8. **Karin Lundkvist et al** (2009) Uvulopalatopharyngoplasty in 158 OSAS patients failing non-surgical treatment. Acta Oto-Laryngologica, 2009; 129: 1280-1286

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH NỘI TỦY KHÔNG MỞ Ổ GỖ KÈM DOA ỐNG TỦY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Đình Đại¹, Đỗ Văn Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy kèm doa ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 53 người bệnh gãy kín thân hai xương cẳng chân và gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân loại Gustilo-Anderson có độ tuổi trung bình $45,9 \pm 16,1$, với tỷ lệ nam/ nữ là 1,94/1, được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy không mở ổ gãy kèm doa ống tủy trong thời gian từ tháng 1/2023 đến hết tháng 3/2025, đánh giá kết quả nắn chỉnh theo Larson-Bostman, đánh giá liền xương theo thang điểm RUST, chức năng cẳng chân theo Ter-Schiphort, đánh giá biên độ vận động khớp gối và cổ chân, các biến chứng trong mổ và sau mổ ở thời điểm ≥ 6 tháng. **Kết quả:** Kết quả nắn chỉnh rất tốt và tốt đạt 100%. Kết quả liền xương tốt và trung bình lần lượt là 88,7 và 11,3%, không có liền xương kém. Kết quả chức năng cẳng chân ở mức tốt và rất tốt đạt 100%, không có người bệnh nào bị hạn chế biên độ vận động khớp cổ chân trong khi có 5,7% người bệnh

bị hạn chế vận động gấp gối mức độ ít. Biến chứng thường gặp bao gồm: gãy thêm xương trong mổ (5,7%), chậm liền vết mổ (7,6%) và đau sẹo mổ trước gân bánh chè (15,1%). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy không mở ổ gãy kèm doa ống tủy là biện pháp an toàn và hiệu quả điều trị gãy kín và gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân độ Gustilo-Anderson. **Từ khóa:** thân xương chày, đinh nội tủy, không mở ổ gãy, doa ống tủy.

SUMMARY

OUTCOMES OF CLOSED REDUCTION WITH REAMED INTRAMEDULLARY NAILING FOR TIBIAL SHAFT FRACTURES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of closed reduction with reamed intramedullary nailing for tibial shaft fractures at Hanoi Medical University Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 53 patients with closed fractures of the tibial and fibular shafts and grade I Gustilo-Anderson open fractures of the tibial and fibular shafts, with an average age of 45.9 ± 16.1 years and a male/female ratio of 1.94/1, undergoing closed reduction with reamed intramedullary nailing for tibial shaft fractures from January 2023 to the end of March 2025. Reduction results were evaluated according to Larson-Bostman, bone healing according to the RUST scale, lower leg function according to Ter-Schiphort, and the range of motion of the knee and ankle joints,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Đại

Email: drdaitbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

as well as complications during and after surgery at ≥ 6 months, were assessed. **Results:** Excellent and good reductions accounted for 100%. Good and moderate bone unions were 88.7% and 11.3%, respectively, with no cases of poor bone union. Good and excellent lower leg functions accounted for 100%, with no patients having limited ankle joint range of motion, while 5.7% of patients had limited knee flexion. Common complications included additional fractures during surgery (5.7%), delayed wound healing (7.6%), and anterior patellar tendon surgical scar pain (15.1%). **Conclusion:** Closed reduction with reamed intramedullary nailing for tibial shaft fractures is a safe and effective method for treating closed and grade I Gustilo-Anderson open fractures of the tibial and fibular shafts.

Keywords: Tibial shaft fracture, intramedullary nailing, closed reduction, medullary reaming.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt chống xoay thường được chỉ định cho những trường hợp gãy thân xương chày mất vững ở người trưởng thành.¹ Với các thể hệ đinh nội tủy gần đây được thiết kế rỗng lòng kèm theo khả năng chốt chống xoay đa hướng, phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy còn có thể được chỉ định cho một số trường hợp gãy thân xương kèm theo gãy đầu xương đơn giản.^{2,3} Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có thể được tiến hành bằng mở ổ gãy hoặc không mở ổ gãy, doa ống tủy hoặc không doa ống tủy. Mặc dù về mặt lý thuyết doa ống tủy được cho là có nhiều tác dụng không mong muốn tại ổ gãy cũng như toàn thân nhưng hiệu quả lâm sàng của phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt kèm doa ống tủy đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu với các ưu điểm như thời gian liền xương ngắn hơn, giảm tỷ lệ can lệch trong khi không làm tăng thêm các nguy cơ biến chứng ngay cả đối với nhóm gãy hở xương chày độ I-IIIa theo phân độ Gustilo- Anderson so với không doa ống tủy.^{4,5}

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã áp dụng phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt chống xoay điều trị cho người bệnh gãy thân xương chày ngay từ khi thành lập, chủ yếu thực hiện kỹ thuật đóng đinh nội tủy kèm doa ống tủy. Hiệu quả lâm sàng đã được ghi nhận nhưng những báo cáo thống kê kết quả điều trị còn chưa nhiều. Với mong muốn đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tại bệnh viện nhằm rút ra những bài học kinh nghiệm để nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy kèm doa ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 53 người bệnh được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy kèm doa ống tủy xương chày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến hết tháng 3 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ≥ 18 tuổi.
- Gãy kín thân hai xương cẳng chân hoặc gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân loại Gustilo- Anderson đến viện trước 12 giờ.
- Được điều trị phẫu thuật kết hợp xương chày bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy kèm doa ống tủy xương chày có hỗ trợ màn tăng sáng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có kết hợp xương mác kèm theo.
- Gãy bệnh lý thân hai xương cẳng chân.
- Người bệnh có gãy xương chi dưới khác kèm theo: gãy khung chậu, xương đùi, xương bánh chè, các xương ở cổ bàn chân...
- Người bệnh có tiền sử bệnh lý khớp chi dưới, bệnh thần kinh, mạch máu chi dưới mạn tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Cách thức tiến hành nghiên cứu: hồi cứu kết hợp với tiền cứu.

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cách chọn mẫu: chọn mẫu tất cả người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu 53 người bệnh trong đó 34 người bệnh hồi cứu và 20 người bệnh tiền cứu.

2.2.3. Các chỉ số sử dụng trong nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, chân bị gãy, nguyên nhân chấn thương, vị trí gãy, phân loại hình thái gãy xương trên X quang.

- Kết quả điều trị: liền vết mổ, kết quả nắn chỉnh xương chày đánh giá theo thang điểm Larson- Bostman, kết quả liền xương đánh giá theo thang điểm RUST, đánh giá biên độ vận động khớp gối và khớp cổ chân, kết quả chức năng chung của cẳng chân theo thang điểm Ter-Schiphort, biến chứng của phẫu thuật.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

- Đối với nhóm hồi cứu: Thời gian từ ngày 1/1/2022 đến 30/11/2024, gồm 34 người bệnh.

+ Bước 1: Lập danh sách hồ sơ bệnh án của người bệnh thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

+ Bước 2: Thu thập thông tin của người bệnh từ bệnh án điện tử: tình trạng trước, trong, sau mổ, nhiễm trùng vết mổ.

+ Bước 3: Gọi điện thoại mời người bệnh khám lại.

- Đối với nhóm tiến cứu: Thời gian từ 01/12/2024 đến 31/03/ 2025, gồm 19 người bệnh

+ Bước 1: Lựa chọn người bệnh nhập viện đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

+ Bước 2: Đánh giá tình trạng người bệnh về lâm sàng, cận lâm sàng ở thời điểm trước phẫu thuật.

+ Bước 3: Tham gia mổ, điều trị sau mổ, theo dõi diễn biến sau mổ, ghi nhận biến chứng sau mổ, hướng dẫn tập luyện sau mổ và sau khi xuất viện.

+ Bước 4: Đánh giá người bệnh định kỳ sau phẫu thuật.

- Kỹ thuật mổ kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy không mở ổ gãy kèm doa ống tủy được thực hiện theo quy trình của bệnh viện, thống nhất ở cả nhóm người bệnh hồi cứu và tiến cứu.



Hình 1: Minh họa các bước phẫu thuật

a. đường vào, b. luồn kim dẫn đường, c. kiểm tra kim dẫn đường đi vào ống tủy xương chày đầu xa, d. doa ống tủy bằng doa mềm, e. đóng đinh nội tủy rỗng nông, f. bắt vít chốt dưới, g. kiểm tra diện gãy và vít chốt dưới, h. bắt vít chốt trên và, k. kiểm tra vít chốt trên dưới màn tăng sáng

- Người bệnh được phục hồi chức năng sau mổ theo một quy trình thống nhất của bệnh viện.

- Đánh giá kết quả: Người bệnh được khám và đánh giá kết quả lâm sàng, X quang ở lần thăm khám cuối cùng, ít nhất sau mổ 6 tháng. Tại lần thăm khám này người bệnh được thăm khám lâm sàng vết mổ, trực chi, biên độ vận động của khớp gối, khớp cổ chân, chức năng chung của cẳng chân, chụp X quang cẳng chân thẳng nghiêng tiêu chuẩn để đánh giá tình trạng

liền xương và dụng cụ kết hợp xương.

2.2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng bao gồm: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, so sánh tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của nhóm người bệnh trong nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	20	37,8
	40-60	22	41,5
	>60	11	20,7
	TB ± ĐCL (Min-Max)	45,9±16,1 (18-74)	
Giới	Nam	35	66,0
	Nữ	18	34,0
Bên tổn thương	Chân trái	29	54,7
	Chân phải	24	45,3
Phân loại gãy xương AO	A	37	69,8
	B	12	22,6
	C	4	7,6
Vị trí ổ gãy	1/3 trên	3	5,7
	1/3 giữa	29	54,7
	1/3 dưới	21	39,6
Tính chất ổ gãy	Gãy kín	34	64,2
	Gãy hở độ I	19	35,8
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	43	81,2
	Tai nạn sinh hoạt	5	9,4
	Tai nạn lao động	5	9,4

Nhận xét: - Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,96 ± 16,05 với tỷ lệ cao nhất ở nhóm 40-60 tuổi (41,51%).

- Tỷ lệ nam/ nữ là 1,94/1.

- Tính chất ổ gãy nhóm người bệnh gãy kín chiếm 64,15% gãy hở độ I theo phân loại Gustilo-Anderson chiếm 35,15%

- Phân loại gãy xương theo AO, mức độ A gãy xương đơn giản chiếm tỷ lệ cao nhất (69,81%).

- Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông, chiếm 81,14%, tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động cùng chiếm 9,43%.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy kín không mở ổ gãy

Bảng 3.2: Đánh giá kết quả sau mổ

Tiêu chí đánh giá kết quả		Số người bệnh	Tỷ lệ %
Kết quả ngắn hạn theo Larson-Bostmant	Rất tốt	47	88,7
	Tốt	6	11,3
	Trung bình	0	0

	Kém	0	0
Mức độ liền xương theo thang điểm RUST	Tốt	47	88,7
	Trung bình	6	11,3
	Kém	0	0
Chức năng cẳng chân theo Ter-Schiphort	Rất tốt	49	92,5
	Tốt	5	7,5
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Biên độ vận động khớp gối	Tốt	50	94,3
	Hạn chế ít	3	5,7
	Hạn chế nhiều	0	0
	Cứng khớp	0	0
Biên độ vận động khớp cổ chân	Tốt	53	100
	Hạn chế ít	0	0
	Hạn chế nhiều	0	0
	Cứng khớp	0	0

Nhận xét: - Nắn chỉnh ổ gãy sau mổ theo Larson- Bostmant có kết quả tốt và rất tốt lần lượt là 88,7% và 11,3%.

-Mức độ liền xương theo thang điểm RUST có 88,7% kết quả tốt và 11,3% kết quả trung bình, không có ca nào có kết quả kém.

-Chức năng cẳng chân theo Ter-Schiphort cho kết quả rất tốt và tốt lần lượt là 92,5% và 7,5%.

-Không có người bệnh nào bị hạn chế vận động khớp cổ chân trong khi có 5,7 % có biểu hiện hạn chế vận động khớp gối.

Bảng 3.3. Đánh giá các biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng		Số người bệnh	Tỷ lệ %
Biến chứng trong mổ	Biến chứng toàn thân trong mổ (suy hô hấp, tụt huyết áp)	0	0
	Gãy thêm xương tại ổ gãy khi doa ống tủy	3	5,7
	Tổn thương mạch máu và thần kinh	0	0
Biến chứng sau mổ	Chậm liền vết mổ	4	7,6
	Nhiễm trùng sau mổ	0	0
	Chậm liền xương/Không liền xương	0	0
	Đau quanh sẹo mổ trước gân bánh chè	8	15,1
	Gãy đinh/vít chốt	0	0

Nhận xét: Biến chứng thường gặp bao gồm: gãy thêm xương trong mổ (5,7%), chậm liền vết mổ (7,6%) và đau sẹo mổ trước gân bánh chè (15,1%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 53 người bệnh gãy thân hai xương cẳng

chân do chấn thương gồm 34 người bệnh gãy kín thân hai xương cẳng chân và 19 người bệnh gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân đến sớm, được mổ kết hợp đơn thuần xương chày bằng đinh nội tủy rồng nòng, không mở ổ gãy, có doa ống tủy dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuổi trung bình của người bệnh trong nhóm nghiên cứu là $45,9 \pm 16,1$, với tỷ lệ nam/ nữ là 1,94/1, chủ yếu gãy thân xương chày 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm 94,3%, trong đó gãy loại A, B, C theo phân loại AO lần lượt là 69,8%, 22,6% và 7,6%.

Kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy kín không mở ổ gãy kèm doa ống tủy xương chày được coi là chỉ định điều trị chuẩn mực cho gãy kín thân hai xương cẳng chân ở người trưởng thành.¹ Kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy còn được chỉ định cho những trường hợp gãy hở thân hai xương cẳng chân độ I- IIIA theo phân độ Gustilo-Anderson ở nhiều trung tâm chấn thương chỉnh hình lớn trên thế giới.^{2, 3} Mặc dù vậy, việc áp dụng phương pháp kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy đối với các trường hợp gãy hở thân hai xương cẳng chân cần được đánh giá cẩn trọng, đặc biệt trong điều kiện nước ta. Chúng tôi áp dụng phương pháp kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy kín không mở ổ gãy kèm doa ống tủy đối với những người bệnh gãy kín thân hai xương cẳng chân và gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân độ Gustilo-Anderson đến sớm. Chúng tôi nhận thấy rằng các trường hợp gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân độ Gustilo- Anderson đến sớm chủ yếu do cơ chế chấn thương gián tiếp hoặc năng lượng thấp, đầu xương chọc ra ngoài làm tổn thương phần mềm và rách da ở mức độ tối thiểu, nguy cơ lây nhiễm thấp. Với việc nắn chỉnh kín, chúng tôi không mở rộng phần mềm và can thiệp vào ổ gãy xương chày. Sau phẫu thuật kết hợp xương, vết thương rách da được cắt lóc mép và khâu phục hồi lại theo giải phẫu. Chúng tôi nhận định rằng, những trường hợp gãy hở độ II, độ IIIA theo phân độ Gustilo-Anderson cần phải mở rộng và cắt lọc vết thương kèm làm sạch ổ gãy nên không cần phải nắn chỉnh kín diện gãy.

Một vấn đề được nhiều phẫu thuật viên quan tâm trong phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy là có doa hay không doa ống tủy.^{4,5} Doa ống tủy làm tổn thương mạch máu màng xương trong ống tủy nhưng được chứng minh là sẽ phục hồi sau 8-12 tuần.² Có mối liên quan trực tiếp giữa mức độ nạo xương khi doa ống tủy đối với tưới máu của xương. Khi doa ống tủy quá nhanh và quá mạnh, áp lực trong lòng ống tủy

quá cao có thể đẩy mỡ tủy xương vào mạch máu gây thuyên tắc phổi. Tuy nhiên vấn đề này được ghi nhận ở xương đùi nhiều hơn ở xương chày. Không nên sử dụng mũi doa cùn hoặc có kích thước quá lớn để doa ống tủy. Trong quá trình doa ống tủy có thể sinh nhiệt làm tổn thương mô xương nhiệt. Việc tổn thương xương do nhiệt kèm theo với giảm cấp máu nuôi dưỡng mô xương làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ở một số người bệnh, đặc biệt là đối với gãy xương hở. Bên cạnh đó, doa ống tủy trong nắn chỉnh kín có nguy cơ làm gãy thêm xương, đặc biệt đối với các tổn thương xương không hoàn toàn hoặc không di lệch quanh vị trí ổ gãy. Mặc dù vậy, doa ống tủy có một số ưu điểm đã được chứng minh. Thứ nhất, doa ống tủy làm tăng diện tích tiếp xúc giữa đinh và xương, việc mở rộng nòng ống tủy đồng nghĩa với việc có thể lựa chọn kích cỡ đinh lớn hơn, làm tăng tính ổn định cơ học cho diện gãy. Thứ hai, doa ống tủy sẽ tạo ra những mảnh xương vụn, có tính chất sinh xương và tạo xương, về bản chất giống như ghép xương tự thân nên kích thích liền xương. Thứ ba, doa ống tủy giúp tăng cường tưới máu và quá trình oxy hóa mô mềm xung quanh ổ gãy, kích thích cơ thể giải phóng các yếu tố tăng trưởng giúp hỗ trợ liền xương. Tựu chung lại, doa ống tủy giúp ổn định ổ gãy và tăng khả năng liền xương, hạn chế được chậm liền và không liền xương. Ngày nay, người ta đã sản xuất ra hệ thống doa ống tủy kết hợp với tưới rửa và hút (RIA), giúp giảm những tác dụng không mong muốn của doa ống tủy.¹⁻³

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, 100% người bệnh được nắn chỉnh tốt và rất tốt xương chày sau mổ, trong đó 88,7% các trường hợp được đánh giá liền xương tốt, 11,3% được đánh giá liền xương trung bình, không có trường hợp nào không liền xương sau 6 tháng. Chức năng cẳng chân sau 6 tháng đều đạt ở mức tốt và rất tốt, không có người bệnh nào bị hạn chế biên độ vận động cổ chân trong khi có 3 người bệnh, chiếm 5,7% tổng số bị hạn chế vận động gấp gối mức độ ít. Nhìn chung phẫu thuật kết hợp xương chày không mở ổ gãy kèm doa ống tủy không có biến chứng nghiêm trọng. Có 3 người bệnh có mảnh cánh bướm không di lệch trước mổ đã trở nên di lệch rời sau mổ nhưng cả 3 trường hợp này đều có kết quả nắn chỉnh đạt yêu cầu và liền xương tốt sau mổ. Có 4 người bệnh chậm liền vết thương phần mềm trong đó có 2 người bệnh bị chậm liền vết thương gãy xương hở, 2 trường hợp bị chậm liền mô đường vào gân bánh chè nhưng cả 4 trường hợp này đều liền sẹo tốt sau 3 tuần thay băng và chăm

sóc vết thương. Mặc dù trong nhóm nghiên cứu có cả người bệnh gãy kín và gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân loại Gustilo-Anderson, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng sau mổ. Đau sẹo mổ trước gân bánh chè là vấn đề khá thường gặp trong phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy, chúng tôi gặp với tỷ lệ 15,1%, cũng khá tương đồng so với ghi nhận của một số tác giả.^{6,7}

Hạn chế của nghiên cứu này chúng tôi thực hiện trên số lượng người bệnh không nhiều, ở đơn trung tâm với thời gian theo dõi còn ngắn. Bởi vậy cần có những nghiên cứu với số lượng người bệnh nhiều hơn, đa trung tâm với thời gian theo dõi lâu dài hơn để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp mổ. Bên cạnh đó mặc dù nhiều nghiên cứu đã áp dụng kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy kèm doa ống tủy cho những người bệnh gãy hở độ I- IIIA thân hai xương cẳng chân nhưng chúng tôi mới chỉ lựa chọn những người bệnh gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân mà không lựa chọn cho nhóm người bệnh gãy hở độ II và độ IIIA thân hai xương cẳng chân theo phân độ Gustilo-Anderson nên chưa cho được cái nhìn toàn cảnh của việc áp dụng phương pháp điều trị này đối với các người bệnh gãy hở.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy không mở ổ gãy kèm doa ống tủy là biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho gãy thân xương chày ở người trưởng thành với tỷ lệ nắn chỉnh thành công và tỷ lệ liền xương cao, chức năng chi thể sau phẫu thuật tốt. Phẫu thuật này có thể áp dụng cho gãy kín và gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân loại Gustilo- Anderson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cory A. Collinge, Mariel M. Rickert, Phillip M. Mitchell, Robert H. Boyce** (2025). Surgical Techniques: Refined Techniques in Tibial Nailing, *J Am Acad Orthop Surg* 2025;33:e291-e300, DOI: 10.5435/JAAOS-D-24-00238.
2. **Martin H Hessmann** (2017). *Intramedullary nailing- AO principles of fracture management*, 3rd edition, AO Foundation, Clavadelstrasse 8, 7270 Davos Platz, Switzerland, 217- 240.
3. **Christina Boulton and Robert V. O'Toole** (2015). *Tibial and fibular shaft fracture- Rockwood and Green's Fractures in Adults*, 8th edition, Wolters Kluwer Health, 2415-2472
4. **Larsen LB, Madsen JE, Hoiness PR et al.** Should insertion of intramedullary nails for tibial fractures be with or without reaming? A prospective, randomized study with 3.8 years' follow-up. *J Orthop Trauma*. 2004
5. **Bhandari M, Guyatt G, Tornetta P 3rd et al.** SPRINT Trial Randomized trial of reamed and

unreamed intramedullary nailing of tibial shaft fractures. J Bone Joint Surg Am. 2008 Dec;90(12):2567–2578

6. **Karunakar MA, Franklin BM, Carr J, Piehl E, Garcia E.** Clinical and Radiographic Outcomes of Small-Caliber Intramedullary Nails for Tibial Shaft Fractures. Journal of Orthopaedic Trauma.

2023;37(11):614-620.

doi:10.1097/BOT.0000000000002881.

7. **Khou Yongkuy, Nguyễn Mạnh Khánh, Đỗ Văn Minh, Nguyễn Huv Thiệp** (2024). Kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày không mở ổ dây băng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Y học Việt Nam, số 3, tập 545. 33-37. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v545i3.12337>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Thị Minh Trang¹, Đặng Thị Minh Nguyệt², Nguyễn Tuấn Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân u buồng trứng đã được phẫu thuật tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu với 243 bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng có can thiệp phẫu thuật tại Khoa Phụ Sản BVTWQĐ 108 trong thời gian từ 1/1/2023 đến hết 31/12/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 46.43 ± 15.68 , nhóm tuổi 40-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 35.8%, 48.5% bệnh nhân đi khám định kỳ phát hiện khối u, 36.7% phát hiện vì đau bụng dưới. Trong 243 bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu có 139 (57.2%) trường hợp thăm khám thấy khối u di động tốt. Đa số trường hợp u ở một bên buồng trứng (96.3%). Số lượng u có tính chất trên siêu âm và phân loại nguy cơ lành tính chiếm tỉ lệ cao nhất 69.1%. Hầu hết nồng độ CA-125 trong giới hạn bình thường. Tỉ lệ bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh lành tính chiếm 79.8%. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng u buồng trứng thường nghèo nàn và không điển hình, chủ yếu phát hiện qua thăm khám định kỳ. Kích thước u trung bình là 6.3 cm. U có vách, có nhú ít gặp. **Từ khóa:** u buồng trứng lành tính, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF OVARIAN TUMORS AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with ovarian tumors who underwent surgery at the Department of Obstetrics and Gynecology, 108 Military Central Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 243 patients diagnosed with

ovarian tumors who underwent surgical intervention at the Department of Obstetrics and Gynecology, 108 Military Central Hospital from January 1, 2023, to December 31, 2024. **Results:** The mean age of the patients was 46.43 ± 15.68 years, with the 40-59 age group accounting for the highest proportion (35.8%). Ovarian tumors were detected incidentally during routine check-ups in 48.5% of patients, while 36.7% presented with lower abdominal pain. Upon examination, 139 (57.2%) of the 243 patients had tumors with good mobility. The majority of cases involved a unilateral ovarian tumor (96.3%). Based on ultrasound characteristics and risk classification, tumors were predominantly benign, accounting for 69.1% of cases. CA-125 levels were within normal limits in most patients. The rate of benign histopathological findings was 79.8%. **Conclusion:** The clinical symptoms of ovarian tumors are often subtle and non-specific, with most cases being detected during routine examinations. The average tumor size was 6.3 cm. Tumors with septa or papillary projections were less common. **Keywords:** benign ovarian tumor, clinical, subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u buồng trứng là một bệnh lý phụ khoa phổ biến trong thực hành lâm sàng hàng ngày đối với bác sỹ sản phụ khoa và có xu hướng gia tăng. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, từ u tế bào mầm ở trẻ em gái chưa dậy thì, u chức năng ở các phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục đến nguy cơ phát triển các khối ung thư buồng trứng ở những người đã mãn kinh. Đối với điều trị khối u buồng trứng lựa chọn phương pháp nào dựa vào nhiều yếu tố: nang chức năng hay thực thể, có dấu hiệu gợi ý ung thư hay không, loại u, tuổi của bệnh nhân và đặc biệt là bảo tồn chức năng sinh sản, nguyện vọng có con của bệnh nhân, sự hiểu biết của bệnh nhân và khả năng của phẫu thuật viên cũng như phương tiện điều trị của cơ sở y tế. Vì vậy vấn đề quan trọng đặt ra trước khi điều trị phẫu thuật là chẩn đoán được bản chất khối u buồng trứng, từ đó đưa ra chiến lược điều trị phù hợp theo bản chất khối u, lựa chọn

¹Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm liên hệ: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025