

Zhang G, và c.s. Capecitabine or Capecitabine Plus Oxaliplatin Versus Fluorouracil Plus Cisplatin in Definitive Concurrent Chemoradiotherapy for Locally Advanced Esophageal Squamous Cell Carcinoma (CRTCOESC): A Multicenter, Randomized, Open-Label, Phase 3 Trial. J Clin Oncol. 6 Tháng Năm 2024;JCO.23.02009.

7. Westerterp M, van Westreenen HL, Reitsma JB, Hoekstra OS, Stoker J, Fockens P, và c.s. Esophageal cancer: CT, endoscopic US, and FDG PET for assessment of response to neoadjuvant therapy--systematic review. Radiology. Tháng Chín 2005;236(3):841–51.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẠP KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Văn Tiệp¹, Nguyễn Vũ Hoàng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy đầu trên xương cánh tay là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa được sử dụng tại nhiều bệnh viện và đã cho kết quả tốt. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 57 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 31,6%, có 39 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $55,2 \pm 17,0$ trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 45,6%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 26,3%. Tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 45,6%. Tỷ lệ bệnh nhân không được xử trí trước phẫu thuật chiếm 56,1%, có 3% bệnh nhân bỏ thuốc nam. Độ nghiêng của chỏm xo với trục xương cánh tay từ 30° đến 60° chiếm tỷ lệ 71,9%, dưới 30° hoặc trên 60° chiếm tỷ lệ 28,1%. Bệnh nhân có phân loại III theo Neer trên X-quang trước mổ chiếm 35,1%. Bệnh nhân được đặt nẹp đúng chiếm tỷ lệ 87,7%. Tỷ lệ bắt vít đúng và đủ chiếm 84,2%, chỉ có 15,8% trường hợp vít xuyên qua chỏm. Điểm đánh giá mức độ đau trung bình $29,8 \pm 2,5$, điểm trung bình phục hồi chức năng chi gãy $26,3 \pm 2,2$. Điểm trung bình phục hồi biên độ vận động khớp vai và phục hồi giải phẫu khớp vai $22,3 \pm 2,5$ và $8,6 \pm 0,7$. Kết quả tốt chiếm 52,6%, kết quả khá có 45,6%, kết quả trung bình 1,8% và không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém. **Kết luận:** phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa là phương pháp thông dụng và đem lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Gãy đầu trên xương cánh tay, nẹp khóa xương cánh tay.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF LOCKING PLATE FIXTATION IN THE TREATMENT OF CLOSED PROXIMAL HUMERAL FRACTURES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Background: Proximal humeral fractures are the most common type of humeral fractures. Surgical fixation with locking plate has been widely applied in many hospitals with good outcomes. **Objective:** To evaluate the results of surgical fixation using locking plate in the treatment of proximal humeral fractures at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study of 57 patients who underwent surgical fixation with locking plate for proximal humeral fractures at Thai Nguyen National Hospital from January 2020 to March 2025. **Results:** Male patients accounted for 31.6%, and female patients accounted for 68.4%. The mean age was 55.4 ± 17.0 years, with patients aged 40–60 making up 45.6%. Farmers accounted for 26.3%, and traffic accidents and daily activity injuries were the leading causes, at 50.9% and 45.6% respectively. Osteoporosis was present in 56.1% of patients. According to Neer's classification, type III fractures accounted for 35.1%. Preoperative radiographs showed that fractures with displacement between 30° – 60° accounted for 71.9%, and $>60^\circ$ for 28.1%. Postoperative anatomical reduction was achieved in 87.7% of patients. The overall rate of good and excellent outcomes was 84.2%, while 15.8% had fair or poor results. The mean VAS pain score was 2.5 ± 2.2 . The mean Constant-Murley score for shoulder joint function was 29.8 ± 2.5 , with pain 22.3 ± 2.5 , activities of daily living 8.6 ± 0.7 . Excellent outcomes were achieved in 52.6% of patients, good in 45.6%, fair in 1.8%, and no patients had poor results. **Conclusion:** Surgical fixation of proximal humeral fractures with a locking plate is an appropriate treatment method that provides high effectiveness.

Keywords: Proximal humeral fracture, locking plate fixation, humerus fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay chiếm 4-5% trong tất cả các loại gãy xương là vị trí gãy hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay, biểu hiện

¹Trung tâm Y tế Định Hóa

²Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Tiệp

Email: luongtiemps@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

trên lâm sàng đa dạng có thể gặp gãy kín, gãy hở, kèm theo trật khớp vai, kèm theo gãy thân xương cánh tay và các tổn thương thần kinh.... Mỗi hình thái gãy khác nhau đều có phương pháp điều trị phù hợp. Tuy vậy mục đích chính là kết hợp xương vững chắc, phục hồi giải phẫu và chức năng vận động khớp vai¹.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị gãy đầu trên xương cánh tay như điều trị bảo tồn bất động bằng bó bột, đeo áo Dessaul... điều trị phẫu thuật theo các phương pháp kết xương bằng găm đinh kirschner, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa, phẫu thuật thay khớp vai bán phần... Tuy nhiên phương pháp kết hợp xương bằng nẹp khóa vẫn là phương pháp thông dụng và đem lại hiệu quả cao².

Tại Việt Nam nhiều năm gần đây đã sử dụng nẹp khóa để phẫu thuật kết hợp xương cánh tay nói chung, đầu trên xương cánh tay nói riêng cho rất nhiều bệnh nhân gãy đầu trên xương cánh tay và đã có nhiều đánh giá về kết quả phẫu thuật này. Để làm phong phú thêm nhìn nhận về phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 57 bệnh nhân (BN) gãy đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2020 – 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Khám lâm sàng bệnh nhân có đau, mất vận động cánh tay, có dấu hiệu bầm tím mặt trong cánh tay và thành ngực, đau có thể làm lu mờ triệu chứng tê, mất cảm giác vùng cơ Delta.

- Chẩn đoán hình ảnh thông qua Xquang có hình ảnh gãy đầu trên xương cánh tay phân độ theo Neer C.S gãy độ III, IV, V, VI.

- Không phân biệt giới, bệnh án có đầy đủ dữ liệu đáp ứng đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

- Được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa.

- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thời gian tối thiểu theo dõi sau phẫu thuật là 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là gãy đầu trên xương cánh tay được điều trị bảo tồn hay phẫu thuật bằng các phương pháp khác.

- Bệnh nhân không liên lạc được hay không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân gãy xương bệnh lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, các phương pháp điều trị trước khi vào viện, đặc điểm Xquang phân loại gãy ĐTXCT theo Neer C.S 2002.

+ Kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau mổ): Diễn biến vết mổ, các biến chứng sau mổ, mức độ di lệch của gãy đầu trên xương cánh tay được tính bằng góc nắn chỉnh(góc α), kỹ thuật đặt nẹp, bắt vít.

+ Kết quả xa (sau 6 tháng sau phẫu thuật): Tình trạng sẹo mổ cũ, tình trạng liền xương tại ổ gãy, kết quả hồi phục chức năng khớp vai, kết quả chung.

Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm phục vụ mục đích điều trị, không nhằm mục đích cá nhân nào khác, không gây nguy hại cho đối tượng nghiên cứu và đã được thông qua hội đồng khoa học. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam chiếm 31,6%, có 39 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $55,2 \pm 17,0$ trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 45,6%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 26,3%. Bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 45,6%. Tỷ lệ bệnh nhân không được xử trí trước phẫu thuật chiếm 56,1%, có 3% bệnh nhân bó thuốc nam. Độ nghiêng của chỏm xo với trục XCT từ 30° đến 60° chiếm tỷ lệ 71,9%, dưới 30° hoặc trên 60° chiếm tỷ lệ 28,1%. Bệnh nhân có phân loại III theo Neer trên X-quang trước mổ chiếm 35,1%.

Bảng 1. Kết quả đặt nẹp trong phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng	50	87,7
Cao	0	0
Thấp	0	0
Ra trước	05	8,8
Ra sau	02	3,5
Tổng	57	100

Nhận xét: Bệnh nhân được đặt nẹp đúng chiếm tỷ lệ 87,7%, không có bệnh nhân nào đặt nẹp ở vị trí cao hoặc thấp. Trường hợp nẹp đặt ra

trước hoặc sau chiếm tỷ lệ lần lượt 8,8% và 3,5%.

Bảng 2. Kết quả bắt vít trong phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng, đủ	48	84,2
Vít xuyên qua chỏm	09	15,8
Vít ra ngoài	0	0
Tổng	57	100

Nhận xét: Không có trường hợp nào bắt vít ra ngoài, tỷ lệ bắt vít đúng và đủ chiếm 84,2%, chỉ có 15,8% trường hợp vít xuyên qua chỏm.

Bảng 3. Đặc điểm độ nghiêng của chỏm so với trục XCT trước và trong phẫu thuật

Kết quả	Trước phẫu thuật	Trong phẫu thuật
30° đến 60°	41 (71,9%)	0 (0%)
<30° hoặc >60°	16 (28,1%)	57 (100%)

Nhận xét: Trước phẫu thuật, kết quả độ nghiêng của chỏm so với trục XCT trên X-quang ở mức < 30° hoặc > 60° chiếm 28,1%, trong phẫu thuật tỷ lệ này chiếm 100%.

Bảng 4. Kết quả phục hồi chức năng khớp vai khi khám lại

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau	Không đau	29	50,9
	Đau nhẹ không thường xuyên	28	49,1
	Đau vừa phải có thể chịu đựng được	0	0
	Rất nhiều liên tục	0	0
Chức năng chi gãy	Tốt	44	77,2
	Khá	13	22,8
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Biên độ vận động khớp vai	Tốt	47	82,5
	Khá	10	17,5
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Phục hồi giải phẫu khớp vai	Tốt	33	57,9
	Khá	24	42,1
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Tổng		57	100

Nhận xét: bệnh nhân không đau và đau ít chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 9,1%. Bệnh nhân phục hồi chức năng chi gãy và biên độ vận động khớp vai ở mức tốt chiếm tỷ lệ lần lượt 77,2% và 82,5%. Đối với phục hồi giải phẫu khớp vai, bệnh nhân phục hồi ở mức tốt chiếm tỷ lệ 57,9% trong khi đó 42,1% bệnh nhân phục hồi ở mức khá.

Bảng 5. Điểm trung bình phục hồi chức năng tại thời điểm khám lại

Đặc điểm	Điểm trung bình	Điểm giới hạn
----------	-----------------	---------------

Mức độ đau	29,8±2,5 (26-35)	0-35
Phục hồi chức năng chi gãy	26,3±2,2 (21-30)	0-30
Phục hồi biên độ vận động khớp vai	22,3±2,5 (18-25)	0-25
Phục hồi giải phẫu khớp vai	8,6±0,7 (7-10)	0-10

Nhận xét: Tại thời điểm khám lại, điểm đánh giá mức độ đau trung bình 29,8 ± 2,5 trong khi đó điểm trung bình phục hồi chức năng chi gãy 26,3 ± 2,2. Điểm trung bình phục hồi biên độ vận động khớp vai và phục hồi giải phẫu khớp vai 22,3 ± 2,5 và 8,6 ± 0,7.

Bảng 6. Phân loại kết quả điều trị

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	30	52,6
Khá	26	45,6
Trung bình	01	1,8
Kém	0	0
Tổng	57	100
Điểm trung bình	87,0 ± 5,8 (73-99)	

Nhận xét: Điểm kết quả điều trị trung bình của bệnh nhân 87,0 ± 5,8 (thấp nhất 73 điểm và lớn nhất 99 điểm), trong đó bệnh nhân có kết quả tốt chiếm 52,6%, có 45,6% bệnh nhân có kết quả khá. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình chiếm 1,8% và không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nam chiếm 31,6%, có 39 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân 55,2 ± 17,0 trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 45,6%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 26,3%. Bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 45,6%. So sánh với các nghiên cứu khác như của Phạm Anh Tuấn (2020) nam chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5% và tuổi trung bình là 44,2 ± 16,8 tuổi; nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 67,5%³. Trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) thì nam chiếm 51,5% còn nữ thì chiếm 48,5% với tuổi trung bình là 59,68 ± 18,51, nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 67,5%⁴. Như vậy kết quả của chúng tôi có sự khác biệt về giới tính nhưng lại có tương đồng về độ tuổi và nguyên nhân chấn thương với nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn và Nguyễn Đức Vương. Kết quả trên cho thấy gãy xương cánh tay phần lớn gặp ở độ tuổi có nguy cơ loãng xương và hay gặp ở người trên 60 tuổi với lực tác động nhẹ cũng có thể dẫn đến tình trạng gãy xương. Nguyên nhân chủ yếu do

tai nạn giao thông, điều này phản ánh thực tế ở Việt Nam, phương tiện đi lại chủ yếu của người dân là xe gắn máy, với mật độ giao thông trong các thành phố lớn ngày càng cao. Thêm vào đó, ý thức chấp hành luật lệ giao thông của người dân chưa tốt, cho nên tỷ lệ tai nạn giao thông vẫn rất cao.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân có phân loại III theo Neer trên X-quang trước mổ chiếm 35,1%, phân loại IV là 15,8%, phân loại V là 29,8%, phân loại VI là 19,3%. So với nghiên cứu của Đặng Nhật Anh gãy loại III chiếm 43,14%, loại IV chiếm 33,32%, loại V chiếm 11,77%, loại VI chiếm 11,77%⁵. Theo Salah Fallatah, Geoffrey F. Dervin, Jacques A. Brunet (2008): loại III chiếm 31,11%, loại IV chiếm 37,78%, loại V chiếm 15,56%, loại VI chiếm 8,89%⁶. So với hầu hết các tác giả khác trong nước đều dùng phân loại Neer C.S 1970 chia làm 4 loại gãy, chúng tôi dùng phân loại Neer C.S 2002 do đó có sự khác biệt lớn về tỉ lệ giữa các loại gãy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 57 BN gãy ĐTXCT: Bệnh nhân được đặt nẹp đúng chiếm tỷ lệ 87,7%, không có bệnh nhân nào đặt nẹp ở vị trí cao hoặc thấp. Trường hợp nẹp đặt ra trước hoặc sau chiếm tỷ lệ lần lượt 8,8% và 3,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh không di lệch chiếm tỷ lệ 96,5%, chỉ có 02 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,5% có kết quả chấp nhận được. Không có trường hợp nào bắt vít ra ngoài, tỷ lệ bắt vít đúng và đủ chiếm 84,2%, chỉ có 15,8% trường hợp vít xuyên qua chỏm. Kết xương trong gãy ĐTXCT thực chất là dùng các vít cố định chỏm vào phía ngoại vi XCT, điều này ngược với các kết xương ở vị trí khác. Các vít tạo ngẫu lực liên kết các phần của xương. Muốn vững thì phải tạo được lực đủ lớn. Vị trí của nẹp trên xương phụ thuộc vào diện gãy chính. Thường diện gãy nhìn ra ngoài, ra trước và xuống dưới. Vì thế nẹp đặt ở vị trí trước ngoài là phù hợp (khi đó nẹp đối diện với mặt gãy). Với các trường hợp bắt vít trong nẹp vẫn không đủ để cố định hết các mảnh có thể bắt thêm vít ngoài nẹp hoặc khâu buộc các phần đó bằng chỉ vào các lỗ nhỏ được thiết kế sẵn trên nẹp.

Trước phẫu thuật, kết quả độ nghiêng của chỏm so với trục XCT trên X-quang ở mức < 30° hoặc > 60° chiếm 28,1%, trong phẫu thuật tỷ lệ này chiếm 100%. So với nghiên cứu của Đặng Nhật Anh nghiên cứu của chúng tôi có góc nắn chỉnh tốt hơn, theo Đặng Nhật Anh (2018) tỉ lệ góc nắn chỉnh chấp nhận được chiếm 68,62%, không di lệch chiếm 17,65%, di lệch nhiều chiếm 13,73%. Trên thực tế phẫu thuật cho BN chúng tôi nhận thấy, góc di lệch càng lớn thì phẫu thuật

càng gặp nhiều khó khăn, nguyên nhân do gãy nhiều mảnh làm trục giải phẫu của đầu trên xương cánh tay bị biến dạng, kết hợp xương gặp nhiều khó khăn gây nên tình trạng di lệch sau phẫu thuật.

Tập phục hồi chức năng sau mổ rất quan trọng trong điều trị gãy ĐTXCT, chính mục đích kết xương bên trong vững chắc để tạo điều kiện vận động sớm. Vận động sớm chống teo cơ, xơ dính trong trạng thái co rút, giúp các mô phần mềm xung quanh sớm được hồi phục, cải thiện lưu lượng máu tới ổ gãy, tạo được lực nén ép sinh lý vào diện gãy, tạo điều kiện liền xương. Tại thời điểm khám lại, bệnh nhân không đau và đau ít chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 49,1%. Bệnh nhân phục hồi chức năng chi gãy và biên độ vận động khớp vai ở mức tốt chiếm tỷ lệ lần lượt 77,2% và 82,5%. Đối với phục hồi giải phẫu khớp vai, bệnh nhân phục hồi ở mức tốt chiếm tỷ lệ 57,9% trong khi đó 42,1% bệnh nhân phục hồi ở mức khá.

Trong nghiên cứu, kết quả chung của chúng tôi như sau: kết quả tốt chiếm 52,6%, có 45,6% bệnh nhân có kết quả khá. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình chiếm 1,8% và không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, sau một chấn thương nặng ở vùng vai, đầu trên xương cánh tay đều ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng vận động của khớp vai. Đặc biệt trong các trường hợp gãy nát thanh nhiều mảnh, gãy có trật làm cho diện khớp bị tổn thương, sau phẫu thuật nếu không được tập phục hồi chức năng thì khớp vai sẽ cứng và có nhiều tổ chức xơ làm ảnh hưởng trực tiếp đến biên độ vận động của khớp vai sau này. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Kumar Anshuman, Gourishankar Patnaik nghiên cứu trên 30 BN trong đó 15 BN dùng nẹp khóa và 15 BN dùng chùm đinh kirschner để so sánh kết quả. Với nẹp khóa: kết quả tốt chiếm 60%, khá chiếm 33,33%, trung bình chiếm 6,67%, không có kết quả kém⁷. Chúng tôi thấy rằng loại gãy và kết quả nắn chỉnh đều có ảnh hưởng tới kết quả chung. Gãy càng phức tạp thì nắn chỉnh càng khó, việc phục hồi lại giải phẫu là vấn đề quan trọng trong phẫu thuật là tiền đề cho phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay là phương pháp phổ biến, dễ sử dụng, có thể áp dụng cho mọi loại gãy, kết quả mang lại tương đối tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray, I., A. Amin, T. White, & C. Robinson. Proximal humeral fractures: current concepts in classification, treatment and outcomes. The Journal of Bone Joint Surgery British Volume 93, 1-11. (2011)
2. Maier, D., M. Jaeger, K. Izadpanah, P.C. Strohm, & N.P. Suedkamp. Proximal humeral fracture treatment in adults. JBJS96, 251-261. (2014)
3. Tuấn, P.A. Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. (2020)
4. Vương, N.Đ. Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y. (2021)
5. Anh, Đ.N. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Luận văn thạc sĩ y học. (2018)
6. Fallatah, S., G.F. Dervin, J.A. Brunet, A.F. Conway, & H. Hrushowy. Functional outcome after proximal humeral fractures treated with hemiarthroplasty. Canadian Journal of Surgery 51, 361. (2008)
7. Anshuman, K. & P. Gourishankar. A comparative study of closed reduction and fixation with percutaneous k-wires versus open reduction and internal fixation with philos plate for proximal humerus fractures in the elderly. International Journal of Orthopaedics 4, 398-407. (2018)

KẾT QUẢ XỬ TRÍ U BUỒNG TRỨNG Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Hoạt¹, Nguyễn Quốc Tuấn^{1,2}, Nguyễn Phương Tú^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả phẫu thuật u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 50 bệnh nhân vô sinh có u buồng trứng được phẫu thuật từ 01/01/2022 đến 31/12/2024 tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $30,8 \pm 5,3$, chủ yếu nhóm tuổi 30 – 39 (52%), trong đó vô sinh nguyên phát chiếm 58% với thời gian vô sinh trung bình 2,41 năm, 28% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Kích thước u chủ yếu 5 – 10 cm (74%), tính chất giảm âm chủ yếu (56%). Phần lớn là phẫu thuật bóc u hoặc cắt u (94%) và 100% được thăm dò vô sinh kèm theo có 32% bệnh nhân có tắc VTC. Kết quả mô bệnh học chủ yếu là nang LNMTC (52%), tỷ lệ có thai sau mổ là 38%, chủ yếu sau 6 – 12 tháng phẫu thuật. **Kết luận:** Khối u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh chủ yếu là nang LNMTC, phẫu thuật bóc nang ưu tiên giúp bảo tồn khả năng sinh sản và cải thiện tình trạng vô sinh.

Từ khóa: vô sinh, u buồng trứng

SUMMARY

MANAGEMENT OUTCOMES OF OVARIAN TUMORS IN INFERTILE PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the surgical outcomes of ovarian tumors in infertile patients at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials and Methods:** A descriptive retrospective and prospective study was conducted on 50 infertile patients with ovarian tumors who underwent surgery from January 1, 2022, to December 31, 2024, at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** The mean age of patients was 30.8 ± 5.3 years, with the majority in the 30–39 age group (52%). Primary infertility accounted for 58% with an average infertility duration of 2.41 years; 28% had a history of abdominal surgery. Most ovarian tumors measured 5–10 cm (74%) and were predominantly hypoechoic (56%). The main surgical procedures were cystectomy or tumor excision (94%); all patients underwent concomitant infertility assessment, of which 32% were found to have tubal occlusion. Histopathology revealed endometriotic cysts as the most common type (52%). The postoperative pregnancy rate was 38%, mainly achieved within 6–12 months after surgery. **Conclusion:** In infertile patients, ovarian tumors are most frequently endometriotic cysts. Cystectomy is the preferred surgical approach, helping to preserve fertility and improve reproductive outcomes.

Keywords: infertility, ovarian tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một trong những khối u của đường sinh dục nữ thường gặp và có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay gặp nhất trong độ tuổi hoạt động sinh sản, có thể gây tình trạng vô sinh ở người phụ nữ. Tỷ lệ u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh là 10,7%¹. Tác động của khối u đến quá trình phát triển nang trứng phụ thuộc vào bản chất, kích thước, số lượng khối u. Tuy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hoạt

Email: hoatbinh304@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025