

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

nhiên không phải lúc nào cũng dễ dàng xác định mối quan hệ giữa khối u buồng trứng và tình trạng vô sinh của người phụ nữ. Hiện nay, người ta biết đến cơ chế vô sinh và tác động mạnh mẽ của khối u đến chức năng sinh sản người phụ nữ là nang dạng lạc mạc tử cung (LNMTTC) tại buồng trứng². Tại Việt Nam, nghiên cứu về u buồng trứng ở phụ nữ vô sinh còn hạn chế, chủ yếu tập trung về nang LNMTTC tại buồng trứng. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân vô sinh có chẩn đoán u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân vô sinh có chẩn đoán u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Có kết quả giải phẫu bệnh lý.
- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư buồng trứng di căn từ nơi khác tới
- Phẫu thuật u buồng trứng từ nơi khác chuyển đến

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu

Cỡ mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích thống kê bao gồm: thống kê số lượng, tính tỷ lệ phần trăm, kiểm định Chi-square để so sánh tỷ lệ và kiểm định T-test để so sánh trung bình giữa hai biến.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu phục vụ nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cộng đồng đã được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của nhóm nghiên cứu

	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 20-29	22	44,0
	Từ 30-39	26	52,0
	Từ 40-49	2	4,0
	Tổng	50	100
Vô sinh	Nguyên phát	29	58

Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Thứ phát	21	42
	Tổng	50	100
	Mổ lấy thai	10	20
	Mổ u buồng trứng	4	8
	Tổng	14	28

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $30,8 \pm 5,3$ (22 – 43), trong đó độ tuổi hay gặp nhất là 30 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ 52%. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm tỷ lệ cao hơn vô sinh thứ phát, chiếm tỷ lệ 58%, thời gian vô sinh trung bình 2,41 năm. Có 14/50 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, trong đó mổ lấy thai và mổ u buồng trứng chiếm tỷ lệ lần lượt 20% và 8%.

Bảng 2. Đặc điểm khối u trên lâm sàng và siêu âm

Đặc điểm khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Phải	21	42,0
Trái	20	40,0
Hai bên	9	18,0
Kích thước khối u		
< 5 cm	12	24,0
5-10 cm	37	74,0
>10 cm	1	2,0
Âm vang khối u		
Tăng âm	4	8,0
Hỗn hợp âm	13	26,0
Giảm âm	28	56,0
Trống âm	5	10,0
Di động		
Dễ	26	52,0
Hạn chế	12	24,0
Không	12	24,0

Nhận xét: Vị trí phát hiện khối u buồng trứng bên phải hoặc bên trái là tương đồng (40% và 42%), có 9 bệnh nhân (18%) phát hiện khối u ở cả hai bên buồng trứng. Kích thước khối u, khối u được phát hiện khi kích thước tương đối lớn với nhóm 5-10 cm chiếm 74%. Về âm vang khối u: đa số bệnh nhân có khối u đặc điểm giảm âm (56%), hoặc hỗn hợp âm (26,0%), khối u có dấu hiệu trống âm hoặc tăng âm chiếm tỷ lệ thấp (tương ứng là 10% và 8%). Về độ di động của khối u: đa số bệnh nhân có khối u với độ di động dễ (52%), các trường hợp di động hạn chế hoặc không di động chiếm tỷ lệ thấp hơn là 24%.

Bảng 3. Liên quan giữa cách thức phẫu thuật và nhóm vô sinh

Đặc điểm	Vô sinh nguyên phát	Vô sinh thứ phát	Tổng	p
----------	---------------------	------------------	------	---

Bóc u hoặc cắt u	27 (57,4)	20 (42,6)	47 (94,0)	0,676
Cắt buồng trứng hoặc phần phụ	1 (100,0)	0	1 (2,0)	
Chọc hút nang	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (4,0)	
Tổng	29 (58,0)	21 (42,0)	50 (100,0)	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đều được phẫu thuật bóc hoặc cắt u (94%), 2 bệnh nhân được chọc hút nang (4%), 1 bệnh nhân được phẫu thuật cắt buồng trứng hoặc phần phụ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cách thức phẫu thuật theo nhóm vô sinh ($p > 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa kết quả mô bệnh học và nhóm vô sinh

Đặc điểm	Vô sinh nguyên phát	Vô sinh thứ phát	Tổng	p
U bì	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (24,0)	0,4
U nhầy	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (8,0)	
U thanh dịch	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (14,0)	
U lạc nội mạc	12 (46,2)	14 (53,8)	26 (52,0)	
Ung thư	1 (100,0)	0	1 (2,0)	
Tổng	29 (58,0)	21 (42,0)	50 (100,0)	

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học khối u cho thấy, đa số bệnh nhân có kết quả khối u là u LNMTCT (52,0%), u bì buồng trứng (24,0%), u nang nước (14,0%), u nhầy (8,0%), 1 trường hợp có kết quả ung thư (2,0%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả mô bệnh học theo nhóm vô sinh ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Thăm dò vô sinh và kết quả

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biện pháp	Soi buồng tử cung	1	2,0
	Bơm xanh metylen	30	60,0
	Cả hai phương pháp	19	38,0
	Tổng	50	100,0
Kết quả thăm dò	Buồng tử cung bình thường và vòi tử cung thông	34	68,0
	Vòi tử cung tắc	16	32,0
	Tắc 1 bên	7	14
	Tắc 2 bên	9	18
	Tổng	50	100,0

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được thăm dò vô sinh kèm theo, có 34 bệnh nhân có kết quả thăm dò vô sinh bình thường (soi BTC bình thường và vòi tử cung thông) chiếm 68%, có 16 bệnh nhân kết quả thăm dò vô sinh có tắc vòi tử cung chiếm 32%. Trong đó, VTC tắc 1 bên chiếm 14% (7/16 trường hợp), VTC tắc 2 bên chiếm 18% (9/16 trường hợp).

Bảng 6. Thời gian có thai sau phẫu thuật

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có thai sau phẫu thuật	Có thai	19	38
	Tự nhiên	15	30,0
	Kích thích buồng trứng	4	8,0
	Không có thai	31	62
	Tổng	50	100,0
Thời gian có thai (tháng)	<3	4	21,0
	3 – 5	5	26,4
	6 – 12	10	52,6
	Tổng	19	100,0

Nhận xét: Trong 12 tháng sau phẫu thuật, có 19 trường hợp có thai trong số 50 bệnh nhân vô sinh, chiếm 38%. Trong đó, có 15 trường hợp có thai tự nhiên chiếm 30% và 4 trường hợp cần phải kích thích buồng trứng làm IVF chiếm 8%. Đa số bệnh nhân có thai trong khoảng 6 – 12 tháng sau phẫu thuật (52%). Trường hợp có thai sớm nhất là 4 tuần sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân vô sinh có u buồng trứng phẫu thuật, tuổi trung bình $30,8 \pm 5,3$, nhóm tuổi hay gặp nhất là 30 – 39 tuổi, chiếm 52%, tỷ lệ vô sinh nguyên phát cao hơn vô sinh thứ phát. Kết quả cũng gần tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Tú Huyền, tuổi trung bình $33,5 \pm 5,4$ tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất < 35 tuổi, chiếm 68,1%, tỷ lệ vô sinh nguyên phát 66%³, cho thấy độ tuổi vô sinh càng ngày càng trẻ hóa và do nhu cầu có con ngày càng tăng nên bệnh nhân đi khám sớm và điều trị, tỷ lệ vô sinh nguyên phát ngày càng tăng cao, có thể khác nhau giữa các khu vực. Tiền sử phẫu thuật trong ổ bụng đặc biệt là can thiệp tại vùng tiểu khung như mổ lấy thai, mổ u buồng trứng có thể ảnh hưởng đến mô buồng trứng, đặc biệt bóc u LNMTCT tăng nguy cơ dính vùng tiểu khung, ảnh hưởng tới khả năng thụ thai.

Về đặc điểm khối u trên lâm sàng và siêu âm, tỷ lệ khối u kích thước 5 – 10 cm chiếm tỷ lệ cao nhất, di động tốt 52% tương đồng với nghiên cứu của Vũ Văn Du⁴. Dù đối tượng phụ nữ nói chung hay phụ nữ vô sinh nói riêng thì kích thước khối u đa phần 5 – 10 cm, đây là giai đoạn bệnh nhân dễ cảm nhận triệu chứng cơ năng đến khám và cũng là giai đoạn can thiệp để tránh biến chứng của u và gặp ít khó khăn khi phẫu thuật. Bên cạnh đó, tỷ lệ khối u kích thước lớn trên 10 cm chiếm tỷ lệ thấp ở nhóm bệnh nhân vô sinh này có thể lý giải bởi những bệnh nhân vô sinh thường được theo dõi và khảo sát sớm qua siêu âm định kỳ trong quá trình khảo sát nguyên nhân vô sinh. Tính chất âm vang của khối u, nhú vách trong u và độ di động của khối

u liên quan chặt chẽ tới bản chất của khối u, độ lành hay ác tính của khối u.

Đa số bệnh nhân là bóc u hoặc cắt u chiếm 94%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác⁴ và cũng phù hợp với thực tế lâm sàng, bệnh nhân vô sinh hiếm muộn cần phải bảo tồn mô buồng trứng tối đa. Có 1 trường hợp cắt phần phụ do trong quá trình mổ nghi ngờ ác tính, 1 trường hợp chọc hút nang do khối u kích thước lớn dạng LNMTC, dính chặt cùng đồ, thành chậu, khó bóc tách u. Đối với u LNMTC việc bóc u rất là quan trọng, cần kinh nghiệm và kỹ thuật tốt vì có thể làm tổn thương mô buồng trứng lành trong quá trình phẫu thuật, dẫn đến làm giảm dự trữ buồng trứng⁵.

Kết quả mô bệnh học cho thấy, chủ yếu u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh là u LNMTC, không có sự khác biệt giữa hai nhóm vô sinh nguyên phát và thứ phát. Nang LNMTC được biết tới nhiều nhất gây vô sinh theo nhiều cơ chế khác nhau trong đó cơ chế làm giảm dự trữ buồng trứng và rối loạn viêm dính vùng tiểu khung là các tác giả đồng thuận nhiều nhất⁵. Kết quả của chúng tôi khác với Vũ Văn Du, tỷ lệ u bì cao nhất do đối tượng của chúng tôi là phụ nữ vô sinh, còn đối tượng nghiên cứu của Vũ Văn Du là phụ nữ nói chung⁴.

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi được thăm dò vô sinh kèm theo, kết quả 68% bệnh nhân có kết quả bình thường, 16/50 (32%) có tắc VTC trong đó 11 trường hợp có kết quả mô bệnh học là LNMTC, điều này giải thích bởi cơ chế gây viêm của bệnh lý LNMTC làm tắc nghẽn, hình thành dính, ứ dịch vòi tử cung (VTC) làm giảm khả năng có thai của người phụ nữ. Khoảng 30% phụ nữ có LNMTC biểu hiện một số dạng liên quan tới VTC⁶. Tùy theo mức độ tắc VTC mà phẫu thuật viên có hướng xử trí khác nhau có thể gỡ dính đơn thuần, mở thông VTC, trường hợp tắc nghẽn nặng tiên lượng không có thai tự nhiên, phải làm IVF, có thể cắt 2 VTC, làm tăng hiệu quả của kỹ thuật IVF.

Tỷ lệ có thai tích lũy sau 12 tháng phẫu thuật là 38%, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất (52,63%) là khoảng 6 – 12 tháng sau phẫu thuật. Trong 19/50 trường hợp có thai, có 15 bệnh nhân có thai tự nhiên, 4 bệnh nhân có thai bằng hỗ trợ sinh sản. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Đình Vinh (2012), tỷ lệ có thai sau phẫu thuật nang LNMTC là 35%, tuy nhiên tỷ lệ có thai sau phẫu thuật 3 – 5 tháng là cao nhất (42,9%)⁷. Maggiore và cộng sự đã nghiên cứu tỷ lệ có thai tự nhiên ở những phụ nữ cố gắng thụ thai trong vòng một năm có LNMTC trực tràng –

âm đạo, có hoặc không kèm theo nang LNMTC buồng trứng được điều trị theo dõi hoặc phẫu thuật⁸. Kết quả cho thấy tỷ lệ có thai tự nhiên thô và tích lũy đều cao hơn ở nhóm có nang LNMTC được phẫu thuật so với nhóm chỉ theo dõi (30,4% và 34,5% so với 11,7% và 18,0% tương ứng). Cần nhấn mạnh rằng những dữ liệu này chỉ áp dụng cho phụ nữ có tiền sử vô sinh, và sẽ khó có thể khuyến cáo phẫu thuật nang LNMTC thường quy nhằm cải thiện khả năng thụ thai tự nhiên ở những người chưa được chứng minh vô sinh.

V. KẾT LUẬN

U buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh chủ yếu là nang LNMTC và có thể tổn thương vòi tử cung kèm theo. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là bóc hoặc cắt u có thể xử trí tổn thương VTC kèm theo nếu có để bảo tồn tối đa chức năng sinh sản cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agrawal SP, Kedia N, Jani SK, Agrawal SP.** Role of hysteroscopy in the diagnosis and management of infertility. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2020;9(4):1585. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20201228
2. **Exploring the Relationship between Endometriomas and Infertility - Nicola Berlanda, Daniela Alberico, Giusy Barbara, Maria Pina Frattaruolo, Paolo Vercellini,** 2015. Accessed September 10, 2025. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.2217/WHE.14.74>
3. **Trần Thị Tú Huyền và cộng sự.** Nghiên cứu tình trạng đau và sự ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của phụ nữ lạc nội mạc tử cung vô sinh. 1. 2023;21(4-5):94-100. doi:10.46755/vjog.2023.4-5.1649
4. **Vũ Văn Du và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng lành tính tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* Published online March 3, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i3.762
5. **Legendre G, Catala L, Morinière C, et al.** Relationship between ovarian cysts and infertility: what surgery and when? *Fertil Steril.* 2014;101(3): 608-614. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.01.021
6. **Cuttino JTJ.** Hysterosalpingography: A Text and Atlas. *Investigative Radiology.* 1993;28(1):91.
7. **Trần Đình Vinh.** Nghiên cứu mối liên quan giữa vị trí tổn thương, mức độ dính và giai đoạn lạc nội mạc tử cung với triệu chứng đau vùng chậu ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung điều trị tại bệnh viện đa năng. Published online 2013.
8. **Leone Roberti Maggiore U, Scala C, Tafi E, et al.** Spontaneous fertility after expectant or surgical management of rectovaginal endometriosis in women with or without ovarian endometrioma: a retrospective analysis. *Fertility and Sterility.* 2017;107(4): 969-976.e5. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.02.106

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 TỪ THÁNG 4 NĂM 2023 ĐẾN THÁNG 4 NĂM 2024

Nguyễn Văn Ninh¹, Lê Văn Hải¹, Lê Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 145 bệnh nhân cao tuổi gãy đầu dưới xương quay, được điều trị bảo tồn tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2023 - 4/2024. **Kết quả:** kiểm tra kết quả xa được 145 bệnh nhân (100%) với thời gian theo dõi từ 6 đến 12 tháng; kết quả chung: rất tốt đạt: 65,51%, tốt 24,82%, trung bình 9,65%. **Kết luận:** nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt, bệnh nhân cần được nắn chỉnh và bó bột sớm trong tuần đầu, giải quyết tốt một số biến chứng thường gặp, hướng dẫn bệnh nhân tập vận động sớm. **Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương quay; điều trị bảo tồn.

SUMMARY

RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF LOWER RADIUS FRACTURES AT MILITARY HOSPITAL 103 FROM APRIL 2023 TO APRIL 2024

Objective: To assess some clinical, paraclinical characteristics and evaluation of conservative treatment results of distal radius fractures in the elderly. **Methods:** Retrospective, cross-sectional study of 145 elderly patients with distal radius fractures, treated conservatively at the Field Surgery Center, Military Hospital 103 from April 2023 to April 2024. **Results:** 145 patients (100%) were examined for long-term results with a follow-up period of 6 to 12 months; overall results: very good: 65,51%, good 24,82%, average 9,65%. **Conclusion:** The main cause is due to domestic accidents, patients need to be adjusted and casted early in the first week, to effectively resolve some common complications, and to instruct patients on early exercise. **Keywords:** Distal radius fracture; conservative treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gây nên gãy đầu dưới xương quay là thường gặp, chiếm gần 20% trong tất cả các loại gãy xương. Gãy đầu dưới xương quay gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở người cao tuổi do ngã chống tay xuống đất. Gãy đầu dưới xương

quay nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ để lại di chứng nặng nề, làm mất hoặc giảm chức năng khớp cổ tay [1].

Xương quay là xương quan trọng ở cẳng tay, đầu dưới xương quay có diện khớp với các xương tụ cốt vùng cổ tay, vận động cẳng tay và cổ tay phụ thuộc rất nhiều vào sự toàn vẹn của đầu dưới xương quay. Gãy đầu dưới xương quay thường là gãy xương đơn giản, dễ điều trị, dễ liền xương, có nhiều phương pháp điều trị gãy đầu dưới xương quay [2], [3].

Phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay có nhiều ưu điểm như nắn chỉnh ổ gãy xương về đúng tư thế giải phẫu, bất động ổ gãy chắc chắn, sau mổ bệnh nhân (BN) được tập vận động sớm, tránh được biến chứng do bất động lâu dài. Có nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật được áp dụng cho gãy kín đầu dưới xương quay như phương pháp kết xương nẹp vít, kết xương nẹp khóa, kết xương bằng khung cố định ngoài... tuy nhiên BN thường phải qua hai lần phẫu thuật, kết xương và tháo phương tiện kết xương, chi phí phẫu thuật tốn kém hơn các phương pháp khác, giải phẫu vùng cổ tay chật hẹp, ít tổ chức phần mềm nên đôi làm lộ phương tiện kết xương sau phẫu thuật [4], [5].

Điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nắn chỉnh bó bột là phương pháp đơn giản mà hiệu quả, dễ thực hiện ở các tuyến y tế, giá thành rẻ, BN được điều trị nhanh và thường không cần nằm viện. Phương pháp này đã được áp dụng thường xuyên và từ lâu tại Bệnh viện Quân y 103 nói chung và Bộ môn - Trung tâm Ngoại dã chiến Bệnh viện Quân y 103 nói riêng, đã và đang mang lại kết quả rất tốt [6], [7].

Tuy nhiên, phương pháp này cũng có những hạn chế nhất định như đã ghi nhận một số trường hợp di lệch thứ phát, cứng khớp, rối loạn dinh dưỡng do bất động lâu, ngoài ra sưng nề vùng bàn tay, đau nhức tại ổ gãy do chèn ép bột ở các mức độ cũng hay xảy ra trong tuần đầu sau bó bột.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi.*

¹Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hải

Email: bshaibv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025