

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

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 145 BN gãy đầu dưới xương quay (31 nam, 114 nữ), tuổi từ 60 đến 94 tuổi, trung bình 70 tuổi, được điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh và bó bột tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024.

*** Tiêu chuẩn chọn BN:** BN gãy đầu dưới xương quay, loại A2, A3, B1, B2, B3, C1, theo phân loại gãy đầu dưới xương quay của AO (2008), thời gian gãy xương dưới 2 tuần, tuổi từ 60 trở lên, có phiếu khám bệnh hoặc hồ sơ bệnh án đầy đủ, được điều trị nắn chỉnh và bó bột, có phim X quang trước, sau bó bột và ở các thời điểm tái khám sau bó bột 5-7 ngày, thời điểm tháo bột 5-7 tuần, 3 tháng, và sau 6 tháng [5].

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** Gãy đầu dưới xương quay bệnh lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, kết hợp theo dõi dọc, không nhóm chứng.

*** Phương pháp chọn mẫu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

* Các bước nghiên cứu:

- Lập danh sách, thu thập phiếu khám bệnh, bệnh án, phim X quang trước, sau bó bột và ở các thời điểm tái khám sau bó bột 5-7 ngày, thời điểm tháo bột 5-7 tuần, 3 tháng, và sau 6 tháng. Nghiên cứu các vấn đề: nguyên nhân, cơ chế chấn thương, phân loại gãy xương theo AO, thời gian xử trí, đánh giá các tham số X quang đầu dưới xương quay trước khi nắn chỉnh bó bột, kết quả sau nắn chỉnh bó bột (gần, xa), các biến chứng và di chứng ở các BN.

- Đánh giá kết quả xa (>6 tháng) dựa vào sự liền xương, phục hồi chức năng, khả năng lao động và các biến chứng.

*** Xử lý số liệu:** Bằng chương trình SPSS 24.0.

*** Đánh giá kết quả gần:** Sự phục hồi về giải phẫu, dựa vào phim X quang chụp hai tư thế sau nắn chỉnh, theo Lê Ngọc Quyên và cộng sự [3]

*** Tình trạng liền xương tại ổ gãy:** Đánh giá sự liền xương qua hình ảnh can xương trên film chụp X quang.

*** Các biến chứng:** Phát hiện các biến chứng sớm, biến chứng muộn, di chứng

- Biến chứng sớm: Phát hiện các tổn thương mạch máu và thần kinh, gây kín thành gãy hở do đầu xương gãy gây nên, chèn ép bột.

- Biến chứng muộn: phát hiện các tổn thương di lệch thứ phát, can lệch đầu dưới xương quay, chậm liền xương và khớp giả, rời

loạn dinh dưỡng (hội chứng loạn dưỡng Sudeck), biến chứng thần kinh (hội chứng ống cổ tay), thoái hoá khớp cổ tay.

* Các căn cứ để đánh giá kết quả:

- Đau cổ tay theo tiêu chuẩn của Fernandez D.L. [8].

+ Rất đau: Đau nhiều khi hoạt động bình thường hằng ngày và cả lúc nghỉ ngơi.

+ Đau vừa: Đau khi nắm mạnh bàn tay, lao động nặng bằng tay, gây ảnh hưởng đến thể chất và tâm lý người bệnh.

+ Đau nhẹ: Đau khi vận động cổ tay ở biên độ tối đa, không ảnh hưởng đến chức năng, thể chất và tâm lý của người bệnh.

+ Không đau: Không cảm thấy đau hoặc đau rất ít.

* Đánh giá kết quả chung: Theo tiêu chuẩn của Fernandez D.L. [8].

- Đau (tại mỗi vị trí khớp quay trụ dưới và quay cổ tay: Rất đau: 0 điểm; đau vừa: 1 điểm; đau nhẹ: 2 điểm; không đau: 4 điểm

- Biên độ gấp duỗi cổ tay: > 1300: 4 điểm; 1000 – 1300: 3 điểm; 800 – 990: 2 điểm; < 800: 1 điểm

- Biên độ sấp ngửa cẳng tay: 1600 – 1800: 4 điểm; 1400 – 1590: 3 điểm; 1200 – 1390: 2 điểm; < 1200: 1 điểm.

- Lực nắm bàn tay (% so với tay lành): >80%: 4 điểm; 65% – 80%: 3 điểm; 40% – 64%: 2 điểm; < 40%: 1 điểm

- Sự trở lại làm việc: Làm công việc cũ bình thường: 4 điểm; làm công việc cũ nhưng khả năng làm việc bị hạn chế: 3 điểm; không thể tiếp tục làm nghề cũ, phải đổi nghề: 2 điểm; không thể lao động: 1 điểm.

Đánh giá kết quả chung theo tổng các điểm: Rất tốt: ≥ 18 điểm; Tốt: 15 – 17 điểm; trung bình: 12 – 14 điểm; kém: ≤ 11 điểm.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Căn cứ Quyết định số 966/QĐ- HVQY, ngày 26/3/2025 "Về việc giao nhiệm vụ chủ nhiệm các đề tài khoa học và công nghệ cấp Học viện của Bệnh viện Quân y 103 năm 2025". Số liệu được chỉ huy Bộ môn – Trung Tâm Ngoại dã chiến và Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. Toàn bộ số liệu được thu thập trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực, chính xác theo trình tự các bước kể trên. Các BN trong nghiên cứu được điều trị theo đúng quy trình điều trị của Bộ y tế, BN được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành nhằm phục vụ mục đích điều trị và không gây nguy hại cho BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương và thời gian BN được điều trị (n=145).

	Nguyên nhân chấn thương				Thời điểm điều trị	
	Tai nạn giao thông	Tai nạn lao động	Tai nạn sinh hoạt	Nguyên nhân khác	≤7 ngày	8-14 ngày
Số BN (n)	12	15	110	8	138	7
Tỷ lệ (%)	8,27	10,34	75,86	5,51	95,17%	4,82%

Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt chiếm 75,86%, phù hợp với cơ chế chấn thương ở người cao tuổi gãy đầu dưới xương quay. Thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày có 138 BN (95,17%), đây cũng là thời gian thuận lợi cho việc nắn chỉnh ổ gãy nhất.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ gãy đầu dưới xương quay (n=145).

	Nam	Nữ	60-79 tuổi	>80 tuổi	Tay phải	Tay trái	Hai tay
Tổng số	31	114	133	12	52	91	2
Tỷ lệ	21,37%	78,62%	91,72%	8,27%	35,86%	62,75%	1,37%

Tỷ lệ gãy đầu dưới xương quay ở lứa tuổi từ 60 tuổi đến 79 tuổi (91,72%). Nữ giới (78,6%) cao hơn nam giới (21%). Gãy tay trái (63%), là tay không thuận với hầu hết BN, tương đồng nghiên cứu của Lê Quốc Hùng [6].

Bảng 3. Phân loại gãy đầu dưới xương quay (n=145).

Loại gãy	Gãy không phạm khớp (A2, A3)		Gãy phạm khớp ít di lệch			
	Gãy kiểu Colles	Gãy kiểu Smith	B1	B2	B3	C1
Tổng	112 (77,24)	11 (7,58%)	7 (4,82%)	5 (3,44%)	6 (4,13%)	4 (2,75%)

Trong các loại gãy, loại gãy di lệch ra ngoài, ra sau và lên trên còn gọi là gãy kiểu Pouteau – Colles hay gãy nhất (77,24%), phù hợp với cơ chế chấn thương hay gặp là BN ngã chống gan bàn tay xuống đất tư thế bàn tay ngửa ra sau.

Bảng 4. Các biến chứng (n=145)

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Sưng nề	75	51,17%
Hạn chế vận động khớp cổ tay	14	9,65%
Các biến chứng về gân	0	0
Chậm liền, khớp giả	0	0
Đau cổ tay sau tháo bột	15	10,34%
Hội chứng ống cổ tay	0	0
Di lệch thứ phát	4	2,75%
Rối loạn dinh dưỡng (hội chứng loạn dưỡng Sudeck)	0	0

Biến chứng sưng nề gặp ở 75 BN (51,17%), có 5 BN sưng nề nhiều phải nới lỏng bột, sau 5 ngày, đỡ sưng nề, tiến hành chụp x quang kiểm tra thì có 4/5 này có di lệch ổ gãy thứ phát nhưng mức độ không nhiều, BN được nắn chỉnh

lại và thay bột tròn kín.

***Kết quả điều trị theo thời điểm nắn chỉnh, bó bột.** Thời điểm nắn chỉnh, bó bột được tính từ lúc BN bị gãy xương đến lúc được nắn chỉnh, bó bột. Thời điểm nắn chỉnh, bó bột trung bình là 2,5 ngày.

Bảng 5. Kết quả điều trị theo thời gian nắn chỉnh bó bột (n=145)

Thời gian	≤7 ngày	8-14 ngày	Tổng
Kết quả			
Rất tốt	95(65,51%)	0(0,0%)	95(65,51%)
Tốt	36(24,82%)	0(0,0%)	36(24,82%)
Trung bình	7(4,82%)	7(4,82%)	14(9,65%)
Kém	0	0	0
Tổng	138(95,17%)	7(4,82%)	145(100%)

Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày là 138/145 (95,17%) có kết quả rất tốt và tốt là 131/145 (90,34%), trung bình 7/145 (4,82%). Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột 8-14 ngày là 7/145 (4,82%), tất cả 7/7 (100%) BN đều có kết quả trung bình.

Bảng 6. Kết quả điều trị chung (n = 145)

Kết quả	Phân loại gãy						Tổng
	A2	A3	B1	B2	B3	C1	
Rất tốt	73(50,34%)	17(11,72%)	2(1,37%)	1(0,68%)	2(1,37%)	0(0,00%)	95(65,51%)
Tốt	15(10,34%)	10(6,89%)	3(2,06%)	3(2,06%)	3(2,06%)	2(1,37%)	36(24,82%)
Trung bình	3(2,06%)	5(3,44%)	2(1,37%)	1(0,68%)	1(0,68%)	2(1,37%)	14(9,65%)
Kém	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Tổng	91(62,75%)	32(22,06%)	7(4,82%)	5(3,44%)	6(4,13%)	4(2,75%)	145(100%)

123/145 (84,82%) BN thuộc các nhóm gãy xương loại A2, A3, kết quả điều trị rất tốt 90/123 (73,17%). BN gãy xương phạm khớp kết quả

điều trị rất tốt 5/22 (22,72%), điều này cho thấy kết quả điều trị các gãy xương phạm khớp kém hơn các gãy không phạm khớp.

IV. BÀN LUẬN

Gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi là loại gãy hay gặp trong các gãy xương mới, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt 75,86%, phù hợp với cơ chế chấn thương ở người cao tuổi gãy đầu dưới xương quay chủ yếu do trượt chân ngã chống tay xuống đất.

Gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi trong nghiên cứu ở nữ giới (78,6%) cao hơn nam giới (21%), tỷ lệ này phù hợp với một số nghiên cứu về tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi là nữ giới chiếm tỷ lệ cao nhất.

Từ trước tới nay nhiều tác giả đã nghiên cứu và đưa ra nhiều phương pháp điều trị khác nhau. Trong đó ưu tiên hàng đầu là phương pháp điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột.

Tại Bệnh viện Quân y 103 phương pháp nắn chỉnh bó bột thường được thực hiện bằng tay bởi 1 bác sĩ thực hiện thao tác nắn trực tiếp lên ổ gãy và 2 điều dưỡng phụ kéo nắn bằng việc 1 người nắm vào ngón tay 1 và tay còn lại nắm vào ngón 2,3,4, tập trung lực kéo vào ngón 1, người thứ 2 hai tay ôm giữ phần cánh tay làm đối lực, trường hợp chỉ có một điều dưỡng thì phần cánh tay được cố định bằng 1 đai vải đủ lớn vào bàn nắn chỉnh (chúng tôi thường dùng 1 tấm trải giường), tuy nhiên nếu không đệm lót chu đáo sẽ khiến BN bị đau do phần mềm bị tỳ đè vào đai cố định dẫn đến bầm tím vùng cánh tay, chúng tôi nhận thấy rằng việc thành công ngay từ lần nắn đầu tiên phụ thuộc rất nhiều vào lực kéo của hai người phụ, phải kéo đủ lực đối với từng BN, kéo liên tục, phối hợp với bác sĩ nắn chỉnh một cách nhịp nhàng và đúng kỹ thuật.

Tư thế cổ định cổ tay gấp 20° - 25° , bàn tay nghiêng trụ 10° - 15° trong gãy kiểu Pouteau-colles, hay cổ tay ngửa 20° - 25° , bàn tay nghiêng trụ 10° - 15° trong gãy kiểu Smith, giữ xương quay ở tư thế giải phẫu khắc phục di lệch ra ngoài, ra sau của đầu dưới xương quay trong gãy kiểu Pouteau-colles và giữ xương quay ở tư thế giải phẫu khắc phục di lệch ra ngoài, ra trước của đầu dưới xương quay trong gãy kiểu Smith.

Bột rạch dọc trong một tuần đầu, nếu có hiện tượng sưng nề nhiều cần nới lỏng bột để tránh chèn ép bột, sau một tuần hiện tượng sưng nề thường giảm nhiều hoặc hết cần thay bột tròn kín để tránh lỏng bột và di lệch thứ phát.

Biến chứng sưng nề thường gặp ở các mức độ khác nhau, đa số sưng nề quan sát thấy rõ ở vùng bàn tay từ ít đến nhiều, với những BN sưng nề nhiều phải nới lỏng bột, sau 5 - 7 ngày tiến hành chụp X - quang kiểm tra nếu có di lệch ổ gãy thứ phát BN cần được nắn chỉnh lại ngay và

thay bột tròn kín.

Biến chứng hạn chế vận động khớp cổ tay là 14/145 BN chiếm tỷ lệ 9,65%. Nguyên nhân sau tháo bột các BN này ít tập vận động phục hồi chức năng, qua đó thấy được vai trò quan trọng của điều dưỡng viên, những người thường xuyên hướng dẫn BN tập vận động cho BN

BN thuộc nhóm gãy xương không phạm khớp: gãy kiểu Pouteau-colles, Smith kết quả điều trị rất tốt 90/123 (73,17%). Nhóm BN gãy xương phạm khớp đơn giản kết quả điều trị rất tốt 5/22 (22,72%), điều này cho thấy kết quả điều trị các gãy xương phạm khớp dù là phạm khớp đơn giản kết quả cũng còn nhiều hạn chế.

Các BN thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày có kết quả rất tốt và tốt là (90,34%). Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột 8-14 ngày có 7 BN, tất cả 7 BN này (100%) BN đều có kết quả trung bình, do đầu dưới xương quay là xương xấp rất nhanh liền xương, sau một tuần thì đã các mảnh xương gãy đã khó nắn chỉnh.

Công tác điều dưỡng trong quá trình điều trị bảo tồn, nắn chỉnh bó bột gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi là rất quan trọng, trợ giúp bác sĩ nắn chỉnh tốt ổ gãy xương, chăm sóc hạn chế sưng nề, theo dõi sát phát hiện kịp thời các biến chứng, trực tiếp hướng dẫn BN luyện tập phục hồi chức năng làm giảm tỷ lệ di chứng đau, hạn chế vận động khớp cổ tay.

V. KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt, chiếm 110/145 (75,86%) BN, nữ giới gặp nhiều hơn nam giới, có 114/145 (78,62%) BN là nữ giới.

Kết quả chung: các BN gãy xương không phạm khớp cho kết quả rất tốt đạt 90/123 (73,17%). Các BN gãy xương phạm khớp cho kết quả rất tốt đạt 5/22 (22,72%).

Thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày là 138/145 (95,17%) có kết quả rất tốt và tốt là 131/145 (90,34%), trung bình 7/145 (4,82%). Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột 8-14 ngày là 7/145 (4,82%) BN, 7/7 (100%) BN này đều có kết quả trung bình.

Một số biến chứng, di chứng: sưng nề 75/145 (51,17%), đau 15/145 (10,34%), hạn chế vận động khớp cổ tay 14/145 (9, 65%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Phúc** (2010), "Gãy đầu dưới xương quay", Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 260 - 262.
2. **Netter F.H** (2015), "Phần 6 - Chi trên", Atlas giải phẫu người, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 423 - 442.

3. **Boehler L** (1980), "Gãy đầu dưới xương quay", Kỹ thuật điều trị gãy xương- Bản dịch của Nguyễn Quang Long, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 231 - 245.
4. **Trương Việt Cường** (2019), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại bệnh viện quân y 103", LV Thạc sĩ y học HVQY.
5. **Lê Ngọc Uyên** (2010), "Nhận xét kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay C2, C3 (AO) bằng cố định ngoài", Y học thực hành (732), tr. 102-105.
6. **Bộ y tế** (2016), "Điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay", HD quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh ngoại khoa, Nhà xuất bản YH, Hà Nội, tr. 443 - 445.
7. **Lê Quốc Hùng** (1995), "Nhận xét kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng phương pháp nắn chỉnh bó bột tại bệnh viện Việt Đức", Luận văn Thạc sĩ y học Học viện quân y, Hà Nội.
8. **Fernandez D.L** (1988), "Radial osteotomy and Bowers arthroplasty for malunited fractures of the distal end of the radius", J Bone Joint Surg Am. 70(10), pp. 1538 - 1551.

KẾT QUẢ TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG BƠM CEMENT SINH HỌC CÓ BÓNG QUA CUỐNG Ở BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Minh Đức^{1,2}, Trần Cửu Long Giang², Trần Mạnh Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bơm cement có bóng ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương giúp giảm đau sớm, khôi phục chiều cao đốt xẹp, chỉnh gù hiệu quả và giảm biến chứng rò cement. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả bơm cement có bóng ở khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng 46 bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương với 46 đốt xẹp được phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng qua cuống tại Khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 80.4 ± 7.4 ; tuổi > 75 chiếm 82.6%; tỉ lệ nữ 71.7%; nam 28.3%; 95.7% xẹp do nguyên nhân chấn thương; VAS trung bình trước mổ 7.8 ± 1.5 ; 67.4% đốt xẹp nằm ở vùng bản lể (T11 - L1), 30.4% thắt lưng (L2 - L4), 2.2% ngực (T10). Điểm VAS trung bình sau mổ 24h 1.5 ± 1.3 , VAS trung bình sau 3 tháng 0.4 ± 0.9 ; VAS cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). Góc xẹp thân đốt, góc gù cột sống, góc Cobb cải thiện rõ rệt so với trước bơm ($p < 0.001$). Hiệu quả khôi phục chiều cao sau bơm ở mức tốt và rất tốt 87%; Hiệu quả chỉnh gù ở mức cao và rất cao 67.4%. Tai biến tràn cement bờ trước thân đốt sống 17.4%; 2.2% tràn đĩa đệm; 2.2% tràn mạch máu trước thân đốt sống. Biến chứng: xẹp đốt sống mới sau bơm 4.3%. Đánh giá chất lượng cuộc sống qua thang điểm MacNab sau 3 tháng: 93.5% tốt và rất tốt; 6.5% trung bình. **Kết luận:** Tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương cho kết quả cải thiện lâm sàng tốt, giúp khôi phục chiều cao, chỉnh gù hiệu

quả và ít biến chứng. **Từ khóa:** Loãng xương, xẹp đốt sống, bơm cement có bóng.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF TRANSPEDICULAR BALLOON KYPHOPLASTY IN PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURE AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: Kyphoplasty treatment in patients with osteoporotic vertebral compression fractures helps achieve early pain relief, restoration of vertebral body height, effective kyphosis correction and reduction of cement leakage. This study was conducted to evaluate the surgical outcomes of transpedicular kyphoplasty at the Department of Neurosurgery - Orthopedics, Huu Nghi Hospital. **Subjects and Method:** A prospective, non-controlled study was conducted on 46 patients with osteoporotic vertebral compression fractures (46 vertebrae) who were treated by transpedicular kyphoplasty at the Department of Neurosurgery - Orthopedics, Huu Nghi Hospital, from June 2024 to March 2025. **Result:** Mean age 80.4 ± 7.4 years; 82.6% were older than 75 years; female ratio 71.7%; male ratio 28.3%; 95.7% cases had trauma fractures correlated; the average VAS before surgery was 7.8 ± 1.5 ; 67.4% of collapsed vertebrae are located in the thoracolumbar junction (T11 - L1), 30.4% at the thoracic spine (L2 - L4) and 2.2% at the thoracic spine (T10). The average VAS after surgery 24 hours was 1.5 ± 1.3 and 0.4 ± 0.9 at 3 months; showing significant improvement ($p < 0.001$). Vertebral body height, kyphotic angle, Cobb angle improved significantly after surgery ($p < 0.001$). Restoration of vertebral height was rated good and very good in 87%; Kyphosis correction was rated good and very good in 67.4%. Cement leakage was observed in 17.4% anterior vertebral body, 2.2% intervertebral disc and 2.2% paravertebral veins. Complications: vertebral fractures after surgery 4.3%. After 3 months, MacNab score: 93.5% of patients have a good and very good quality of life; 6.5% average quality of life. **Conclusion:** Kyphoplasty

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Đức

Email: dr.minhducbvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025