

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG NẠP VÍT KHOÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Quang Thép¹, Kiều Hữu Thọ²,
Ma Ngọc Thành^{1,2}, Đào Xuân Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 31 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được điều trị bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025. Bệnh nhân được phân loại gãy xương theo AO, đánh giá phục hồi giải phẫu theo chỉ số Xquang theo phân loại của JL Hass và JY de la Caffinière, đánh giá khả năng phục hồi chức năng theo thang điểm DASH. **Kết quả:** Có 31 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 47.29 ± 15.84 , độ tuổi từ 60 tuổi trở lên gặp nhiều nhất với tỷ lệ 25.8%. Nguyên nhân gãy xương hay gặp nhất do tai nạn sinh hoạt (54.8%), và phân loại gãy xương gặp nhiều nhất là phân loại nhóm C1 với 29%. Bệnh nhân có sự phục hồi tốt trên cả giải phẫu và chức năng. Không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ và biến chứng sau mổ gặp phải bao gồm hội chứng ống cổ tay và hội chứng đau phức hợp vùng. **Kết luận:** Gãy đầu dưới xương quay thường gặp ở độ tuổi lớn từ 60 tuổi trở lên và thường sau một tai nạn sinh hoạt mức năng lượng thấp. Sau khi can thiệp bằng nẹp vít khoá bệnh nhân có sự cải thiện tốt về giải phẫu và chức năng. Biến chứng có gặp phải sau mổ bao gồm hội chứng ống cổ tay và hội chứng đau phức hợp vùng.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương quay, nẹp vít khoá, đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF DISTAL RADIUS FRACTURES TREATED WITH LOCKING PLATE FIXATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the outcomes of distal radius fracture treatment using locking plates at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted on 31 patients with distal radius fractures treated with locking plates at Hanoi Medical University Hospital from March 2023 to March 2025. Fractures were classified according to the AO system. Anatomical recovery was assessed by radiographic criteria based on the classification of JL Hass and JY

de la Caffinière, while functional recovery was evaluated using the DASH score. **Results:** A total of 31 patients were included, with a mean age of 47.29 ± 15.84 years. Patients aged 60 years or older accounted for the highest proportion (25.8%). The most common cause of fractures was low-energy domestic accidents (54.8%). The most frequent fracture type was C1 (29%). Patients achieved favorable recovery in both anatomical and functional aspects. No cases of surgical site infection were observed. Postoperative complications included carpal tunnel syndrome and complex regional pain syndrome. **Conclusion:** Distal radius fractures are common in elderly patients aged 60 years and older, usually caused by low-energy domestic trauma. Locking plate fixation provided good improvement in both anatomical alignment and functional outcomes. Postoperative complications included carpal tunnel syndrome and complex regional pain syndrome.

Keywords: Distal radius fracture, locking plate, clinical characteristics, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là một trong những loại gãy xương phổ biến nhất, đặc biệt ở người cao tuổi do loãng xương và người trẻ gặp chấn thương năng lượng cao¹. Tổn thương này nếu không được điều trị đúng có thể dẫn đến các di chứng nghiêm trọng như biến dạng cổ tay, hạn chế vận động, đau kéo dài và giảm chất lượng cuộc sống².

Trước đây, điều trị bảo tồn bằng bó bột sau nắn kín là phương pháp thường dùng, nhưng tỉ lệ di lệch thứ phát cao, đặc biệt trong các trường hợp gãy phức tạp. Phẫu thuật ngày nay đang dần thay thế điều trị bảo tồn trong nhiều chỉ định nhờ khả năng phục hồi hình thái giải phẫu tốt hơn, cố định vững chắc và cho phép vận động sớm.

Trong các phương pháp phẫu thuật, nẹp vít khoá đặc biệt là nẹp mặt trước, được đánh giá cao nhờ khả năng cố định tốt, phù hợp với nhiều kiểu gãy phức tạp và xương loãng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh hiệu quả của phương pháp này trong việc phục hồi chức năng và giảm biến chứng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, đặc biệt là tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá cụ thể kết quả điều trị bằng nẹp vít khoá cho gãy đầu dưới xương quay. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025

này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay loại A2, A3, B3, C1, C2, C3 (theo phân loại AO) đến sớm trước 2 tuần.

- Bệnh nhân được chỉ định điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít khoá.

- Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, khám lại đầy đủ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy xương bệnh lý.

- Tiền sử tổn thương cũ tại cổ tay.

- Bệnh nhân tâm thần, chấn thương sọ não có rối loạn tri giác, không hợp tác điều trị.

- Bệnh nhân có tổn thương phối hợp trên cùng chi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất các bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khoá tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

2.2.3. Quy trình phẫu thuật:

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, tay dạng 90 độ.

- Đường mổ: phía trước theo đường mổ Henry.

- Bộc lộ ổ gãy, nắn chỉnh, đặt nẹp, kiểm tra trên C-arm đạt giải phẫu.

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

2.2.4. Công cụ sử dụng trong nghiên cứu: Phân loại gãy xương theo AO, đánh giá phục hồi giải phẫu theo phân loại của JL Hass và JY de la Caffiniere, đánh giá phục hồi về chức năng theo thang điểm DASH.

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 bằng test Chi-Square, Fisher's Exact, so sánh giá trị trung bình bằng test Kruskal – Wallis, Mann –

Whitney U.



Hình 2.1: X-quang trước và sau mổ của bệnh Bùi Ngọc T, mã hồ sơ: 2503104530

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình		47.29 ± 15.84	
Tuổi	<30	5	16.1
	30-39	4	12.9
	40-49	8	25.8
	50-59	6	19.4
	≥60	8	25.8
Giới	Nam	13	41.9
	Nữ	18	58.1
Bên tổn thương	Tay trái	17	54.8
	Tay phải	14	45.2
Phân loại AO	A2	5	16.1
	A3	5	16.1
	B3	5	16.1
	C1	9	29
	C2	4	13
	C3	3	9.7
Phân loại chấn thương	Tai nạn sinh hoạt	17	54.8
	Tai nạn giao thông	13	42
	Tai nạn lao động	1	3.2

Nhận xét: - Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47.29 ± 15.84 với tỷ lệ cao nhất ở nhóm từ 60 tuổi trở lên (25.8%).

- Trong 31 bệnh nhân có tỉ lệ nam: nữ là 13:18

- Tổn thương bên tay trái chiếm 54.8% và bên tay phải chiếm 45.2%.

- Phân loại gãy xương theo AO, mức độ C1 chiếm tỷ lệ cao nhất (29%), mức độ C3 chiếm số lượng thấp nhất (9.7%).

- Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn sinh hoạt, chiếm 54.8%, tai nạn giao thông (42%).

Bảng 3.2: Sự phục hồi giải phẫu dựa trên các chỉ số về Xquang

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ
VA	7.55 ± 7.82	10.97 ± 1.74
UA	17.84 ± 5.01	23.00 ± 1.34
UV	0.90 ± 1.54	-1.55 ± 0.57

Nhận xét: Các chỉ số Xquang sau mổ đều thay đổi so với chỉ số Xquang trước mổ với góc nghiêng lòng đạt 10.97 ± 1.74; góc nghiêng trụ đạt 23.00 ± 1.34; độ chênh quay - trụ đạt: -1.55 ± 0.57

Bảng 3.3: Sự phục hồi giải phẫu theo bảng đánh giá phân loại của JL Hass và JY de la Caffiniere

Chỉ số (n)	VA	UA	UV
Rất tốt	26(83.9%)	31(100%)	30(96.8%)
Tốt	5(16.1%)	0	1(3.2%)
Khá	0	0	0
Xấu	0	0	0

Nhận xét: Sau mổ, các chỉ số phục hồi giải phẫu đều đạt mức độ rất tốt và tốt, không có bệnh nhân ở mức khá và xấu.

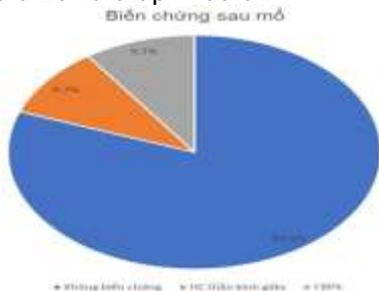
Bảng 3.4: Kết quả hồi phục chức năng sau phẫu thuật đánh giá theo thang điểm DASH

	DASH	
Nhóm tiến cứu (n=6)	3 tháng	15.83 ± 4,45
	6 tháng	13.83 ± 5.12
Nhóm hồi cứu (n=25)	12 tháng	10.96 ± 2.57

Nhận xét: - Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật điểm DASH trung bình sau phẫu thuật là 15,83 ± 4,45, trong đó điểm cao nhất là 21 và thấp nhất là 10 điểm.

- Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật điểm DASH trung bình sau phẫu thuật là 13.83 ± 5.12, trong đó điểm cao nhất là 20 và thấp nhất là 8 điểm.

- Điểm DASH của 25 bệnh nhân hồi cứu theo dõi trên 12 tháng là 10.96 ± 2.57 với điểm cao nhất là 16 và thấp nhất là 7.



Hình 3.1: Các biến chứng sau mổ của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 80.6% bệnh nhân không gặp phải biến chứng sau mổ, ngoài ra có 9.7% bệnh nhân gặp phải biến chứng đau phức hợp vùng và 9.7% bệnh nhân gặp phải biến chứng liên quan đến chèn ép thần kinh giữa (hội chứng ống cổ tay).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 31 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

Kết quả cho thấy, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 47.29 ± 15.84. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là từ 60 tuổi trở lên với tỷ lệ 25.8%. Điều này cho thấy các bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay cần được can thiệp phẫu thuật có tỷ lệ cao nằm trong độ tuổi về hưu mãn kinh, độ tuổi có tỷ lệ loãng xương cao. Tỷ lệ này khác so với nghiên cứu của Nguyễn Sỹ Tùng năm 2022 với tỷ lệ cao nhất nằm trong độ tuổi 41-50 tuổi, thấp nhất là nhóm trên 60 tuổi³. Lý giải điều này có thể thấy trước đây, nhóm tuổi trên 60 có gãy đầu dưới xương quay thường được điều trị bảo tồn bằng phương pháp bó bột, tuy nhiên có nhiều nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ can lệch cao ở nhóm này^{4,5}.

Nguyên nhân gãy xương hay gặp nhất là do tai nạn sinh hoạt với tỷ lệ 54.8% và thấp nhất là tai nạn lao động với 3.2%. Ngoài ra tỷ lệ nam/nữ = 13:18 gần tương đương nhau. Kết quả này khá phù hợp với độ tuổi báo cáo phía trên bởi sau 60 tuổi, tỷ lệ loãng xương ở giới nam và nữ gần giống nhau và thường gãy xương chỉ sau một chấn thương năng lượng thấp như ngã chống tay.

Về phân loại gãy xương, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại gãy xương theo AO, đây là phân loại được sử dụng rộng rãi hiện nay, giúp đánh giá được mức độ gãy phức tạp của xương cũng như tổn thương của mặt khớp. Trong nghiên cứu này, loại gãy C1 thường gặp nhất với tỷ lệ 29% và thấp nhất C3 với tỷ lệ 9.7%. Chúng ta ít gặp loại gãy C3 trong nghiên cứu có lẽ do mức độ tổn thương nặng và bệnh nhân thường được cân nhắc điều trị bằng bó bột.

Đánh giá sự phục hồi giải phẫu trên phim Xquang sau mổ cho thấy các chỉ số đều có sự phục hồi và thay đổi so với trước can thiệp. Trong đó góc nghiêng lòng đã thay đổi từ 7.55 lên 10.97, độ chênh quay trụ trung bình từ 0.90 xuống còn -1.55 và góc nghiêng trụ trung bình từ 17.84 lên 23.00. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả của Nguyễn Sỹ Tùng

(2022), Đỗ Đức Kiếm (2018) đều cho thấy sự phục hồi tốt⁶. Trong phẫu thuật 100% bệnh nhân được sử dụng C-arm trong mổ, điều này giúp ích rất lớn cho các phẫu thuật viên trong việc phục hồi hình thể xương và mặt khớp. Ngoài ra còn giúp hạn chế tối đa các biến chứng như vít phạm khớp, đặt nẹp không đúng vị trí.

Đánh giá sự phục hồi giải phẫu trên phim chụp Xquang tại thời điểm sau mổ theo thang điểm của JL Hass và JY de la Caffiere chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân nằm trong phân loại rất tốt và tốt là chủ yếu, trong đó không ghi nhận các trường hợp khá và xấu.

Nghiên cứu đánh giá của chúng tôi đánh giá chức năng chi trên của bệnh nhân sau mổ tại các thời điểm sau mổ 3 tháng, 6 tháng (đối với nhóm bệnh tiến cứu) và trên 12 tháng (đối với nhóm bệnh nhân hồi cứu) bằng thang điểm DASH. Tại thời điểm 3 tháng điểm số DASH trung bình là 15.83 ± 4.45 và 6 tháng điểm số DASH trung bình là 13.83 ± 5.12 cho thấy có sự thay đổi về chức năng theo thời gian tuy nhiên còn khá thấp so với ngưỡng cho sự khác biệt tối thiểu có liên quan về mặt lâm sàng là 10 điểm. Đối với nhóm bệnh nhân hồi cứu cho số điểm DASH sau 12 tháng trung bình là 10.96 ± 2.57 cho thấy bệnh nhân có thể thực hiện được khá nhiều các chức năng cơ bản cũng như chức năng nâng cao liên quan đến sự tham gia của bệnh nhân như hoạt động thể thao.

Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, các vết mổ đều liền tốt. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Đức Kiếm (2018)⁶ và Nguyễn Sỹ Tùng (2022)³. Để có được kết quả này chúng tôi cho rằng việc sử dụng kháng sinh sau mổ rất tốt giúp hạn chế tối đa tình trạng này. Bên cạnh việc sử dụng kháng sinh thì kỹ thuật mổ cũng rất quan trọng, làm giảm thiểu tối đa sang chấn phần mềm cũng như các yếu tố nguy cơ lâm sàng gây nhiễm khuẩn vết mổ.

Trong số 31 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khoá có 25 bệnh nhân không có biến chứng sau mổ, chiếm 80.6%. Còn lại 6 bệnh nhân gặp phải các biến chứng bao gồm 3 bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay và 3 bệnh nhân bị hội chứng đau phức hợp vùng. Một điều đặc biệt là 6 bệnh nhân đều thuộc nhóm C phân loại gãy xương theo AO, có thể lý giải tình trạng này do tình trạng gãy phạm khớp có sự vận động cổ tay sau mổ chậm hơn các trường hợp khác.

Do trong nghiên cứu có sử dụng số liệu thu thập hồi cứu dựa vào thông tin có sẵn từ trước qua hồ sơ bệnh án cũng như từ trả lời của bệnh nhân nên khó tránh được các loại sai số thông tin. Đồng thời đây là nghiên cứu đơn trung tâm tại một bệnh viện khó có thể ngoại suy kết quả trên cả một quần thể lớn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 31 bệnh nhân điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khoá, chúng tôi rút ra một số kết luận: độ tuổi trung bình là 47.29 ± 15.84 với tỷ lệ cao nhất gặp ở nhóm từ 60 tuổi trở lên là 25.8%. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn sinh hoạt. Kết quả điều trị cho thấy có sự cải thiện về giải phẫu cũng như phục hồi về chức năng chi trên theo thang điểm DASH. Sau phẫu thuật không có bệnh nhân gặp phải vấn đề nhiễm trùng vết mổ cũng như chỉ có tỷ lệ thấp có các biến chứng sau mổ bao gồm hội chứng ống cổ tay và hội chứng đau phức hợp vùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Rundgren J, Bojan A, Mellstrand Navarro C, Enocson A.** Epidemiology, classification, treatment and mortality of distal radius fractures in adults: an observational study of 23,394 fractures from the national Swedish fracture register. *BMC Musculoskelet Disord.* 2020;21(1): 88. doi:10.1186/s12891-020-3097-8
- Seigerman D, Lutsky K, Fletcher D, et al.** Complications in the Management of Distal Radius Fractures: How Do We Avoid them? *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2019;12(2):204-212. doi:10.1007/s12178-019-09544-8
- Nguyễn Sỹ Tùng.** Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Gãy Đầu Dưới Xương Quay Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn Thạc Sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2022.
- Lafontaine M, Hardy D, Delince P.** Stability assessment of distal radius fractures. *Injury.* 1989;20(4): 208-210. doi:10.1016/0020-1383(89)90113-7
- Nesbitt KS, Failla JM, Les C.** Assessment of instability factors in adult distal radius fractures. *J Hand Surg.* 2004;29(6):1128-1138. doi:10.1016/j.jhssa.2004.06.008
- Đỗ Đức Kiếm.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Gãy Đầu Dưới Xương Quay Bằng Nẹp Vít Khoá Tại Bệnh Viện Việt Đức. Luận văn Thạc Sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2018.
- Arora R, Lutz M, Deml C, Krappinger D, Haug L, Gabl M.** A prospective randomized trial comparing nonoperative treatment with volar locking plate fixation for displaced and unstable distal radial fractures in patients sixty-five years of age and older. *J Bone Joint Surg Am.* 2011;93(23): 2146-2153. doi:10.2106/JBJS.J.01597

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ VỠ THÂN ĐỐT SỐNG NHIỀU MẢNH ĐOẠN BÀN LỀ NGỰC THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng Long^{1,5}, Nguyễn Vũ^{2,3}, Trần Hữu Hùng⁴,
Phạm Nguyễn Thế Trung^{3,4}, Bùi Minh Hoàng⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gỡ vỡ thân đốt sống nhiều mảnh đoạn bàn lề ngực thắt lưng tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 80 bệnh nhân gãy vỡ thân đốt sống nhiều mảnh (T11-L2) được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam chiếm 68,75%, nữ 31,25%, nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 61,25%. Nguyên nhân chủ yếu: tai nạn lao động 53,75%. Rối loạn cơ tròn trước mổ có 44 bệnh nhân chiếm 55%, sau mổ còn 30 bệnh nhân, sau 1 tháng 16 bệnh nhân, sau 6 tháng chỉ còn 9 bệnh nhân rối loạn cơ tròn chiếm 11,3%. Kết quả nắn chỉnh sau mổ: góc gù thân đốt trung bình giảm từ 20,9° xuống 10,5° sau mổ, và 12,2° tại thời điểm 6 tháng. Sau mổ số bệnh nhân có tình trạng ASIA E tăng từ 38,75% lên 45%, sau 1 tháng tăng lên 57,5%, sau 6 tháng là 78,75%. Số bệnh nhân ASIA A giảm từ 10% xuống còn 5%. Kết quả mức độ giảm đau theo thang điểm DENIS sau 6 tháng: Loại I đạt 52,5%, loại II là 48,75%, loại III là 11,25%, không có bệnh nhân mức độ IV hoặc V. Biến chứng ngắn hạn sau mổ có 1 ca nhiễm khuẩn vết mổ, 22 ca nhiễm trùng tiết niệu, 7 ca loét bì dề sau 1 tháng. Biến chứng dài hạn sau 6 tháng có 1 ca gãy vít 1,25%, 7 ca loét bì dề còn tồn tại, 4 ca nhiễm trùng tiết niệu, không có tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật nẹp vít qua cổng lõi sau trong gãy vỡ thân đốt sống nhiều mảnh đoạn bàn lề ngực-thắt lưng tại Bệnh viện Việt Đức đạt kết quả tốt: Hiệu quả nắn chỉnh và duy trì góc gù thân đốt ổn định, phục hồi thần kinh và cơ tròn rõ rệt, giảm đau đáng kể. Cần triển khai chương trình quản lý liên tục từ giai đoạn ngay sau phẫu thuật đến khi bệnh nhân về nhà nhằm nâng cao chất lượng sống và tiên lượng lâu dài cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Chấn thương, bàn lề ngực thắt lưng, điều trị, bệnh viện Việt Đức

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF THORACOLUMBAR SPINE BURST FRACTURES WITH MULTIPLE FRAGMENTATIONS AT VIET DUC HOSPITAL

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Khu vực Vân Hồ

⁵Trường Đại học Y-Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nguyễn Thế Trung

Email: drtrungmc@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

Objective: To evaluate the surgical outcomes of posterior transpedicular screw fixation for burst fractures of the thoracolumbar junction at Viet Duc Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 80 patients with burst fractures of the vertebral body (T11-L2) who underwent surgery at Viet Duc University Hospital between January 2024 and December 2024. **Results:** Among the patients, 68.75% were male and 31.25% female; the age group 40-59 years accounted for the highest proportion 61.25%. The leading cause was occupational injury 53.75%. Preoperatively, 44 patients 55% presented with sphincter dysfunction, which decreased to 30 patients immediately after surgery, 16 at one month, and only 9 patients 11.3% at six months. Postoperative correction demonstrated a reduction in mean kyphotic angle from 20.9° to 10.5°, with a slight increase to 12.2° at six months. Neurological recovery, assessed by the ASIA scale, showed that the proportion of patients with grade E increased from 38.75% preoperatively to 45% immediately after surgery, 57.5% at one month, and 78.75% at six months. Meanwhile, ASIA grade A cases decreased from 10% to 5%. Pain outcomes according to the Denis pain scale at six months were: Grade I in 52.5%, Grade II in 48.75%, and Grade III in 11.25%, with no cases in Grades IV or V. Short-term complications included one case of wound infection, 22 cases of urinary tract infection, and seven cases of pressure ulcers at one month. Long-term complications at six months included one case of screw breakage 1.25%, seven persistent pressure ulcers, and four urinary tract infections, with no mortality reported. **Conclusions:** Posterior transpedicular screw fixation for burst fractures of the thoracolumbar junction at Viet Duc Hospital yielded favorable outcomes: effective correction and maintenance of kyphotic angle stability, marked recovery of neurological and sphincter function, and significant pain reduction. The results highlight the importance of early surgical intervention, proactive complication prevention, and comprehensive postoperative rehabilitation. A continuous management program from the immediate postoperative phase to home-based care is necessary to improve patients' quality of life and long-term prognosis. **Keywords:** Thoracolumbar junction, burst fracture, surgical outcomes, Viet Duc hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống (CTCS) đoạn bàn lề ngực thắt lưng là một thương tổn thường gặp, chiếm tỷ lệ lớn trong các chấn thương cột sống nói chung. Mặc dù ít gây nguy hiểm đến tính mạng như CTCS cổ, hậu quả của nó lại vô cùng nặng nề. Những di chứng không chỉ ảnh hưởng