

gần đây cho thấy xạ trị lại đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát UTKĐ tái phát, đặc biệt ở bệnh nhân có toàn trạng tốt và khối u tái phát khu trú. Đây đang dần trở thành một lựa chọn chuẩn mực tại các trung tâm có đủ trang thiết bị, góp phần cải thiện OS vốn rất thấp.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân UTKĐ độ cao tái phát có tiên lượng sống còn hạn chế, với thời gian sống thêm trung bình khoảng 1 năm sau khi tái phát, tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ostrom QT, Price M, Neff C, et al.** CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016-2020. *Neuro-Oncol.* 2023;25(12 Suppl 2):iv1-iv99.
2. **Stupp R, Hegi ME, Mason WP, et al.** Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III

study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. *Lancet Oncol.* 2009;10(5):459-466.

3. **Birk HS, Han SJ, Butowski NA.** Treatment options for recurrent high-grade gliomas. *CNS Oncol.* 2017;6(1):61-70.
4. **Reardon DA, Brandes AA, Omuro A, et al.** Effect of Nivolumab vs Bevacizumab in Patients With Recurrent Glioblastoma: The CheckMate 143 Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2020;6(7):1003-1010.
5. **Weller M, van den Bent M, Preusser M, et al.** EANO guidelines on the diagnosis and treatment of diffuse gliomas of adulthood. *Nat Rev Clin Oncol.* 2021;18(3):170-186.
6. **Navarria P, Pessina F, Clerici E, et al.** Re-irradiation for recurrent high grade glioma (HGG) patients: Results of a single arm prospective phase 2 study. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol.* 2022;167:89-96.
7. **Kazmi F, Soon YY, Leong YH, Koh WY, Vellayappan B.** Re-irradiation for recurrent glioblastoma (GBM): a systematic review and meta-analysis. *J Neurooncol.* 2019;142(1):79-90.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ BA MẮT CÁ CHÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Ngọc Hà¹, Nguyễn Xuân Thuý²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương (KHX) điều trị gãy ba mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc trên 31 bệnh nhân gãy ba mắt cá chân và có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật KHX tại Bệnh viện Việt Đức từ 03/2024 - 04/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $36,7 \pm 11$. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng điển hình gồm đau, hạn chế vận động, sưng nề cổ chân, bầm tím quanh mắt cá và điểm đau chói. Kết quả chẩn đoán hình ảnh: Phân loại gãy theo AO chủ yếu là B3 (48,4%) và C2 (51,6%); theo Danis-Weber gồm Weber B (51,6%) và Weber C (48,4%). Phân loại vỡ MCS theo Mason cho thấy type IIA chiếm nhiều nhất (29%). Kết quả phẫu thuật, phương pháp kết hợp xương MCT chủ yếu là vít xoắn (90,3%), trong khi MCN sử dụng nẹp đầu dưới và nẹp xích với tỷ lệ gần tương đương. Đối với MCS, vít xoắn (45,4%) và nẹp chữ T (50%) là phổ biến nhất. Kết quả X-quang sau mổ cho thấy 93,5% đạt kết quả tốt, sau 6 tháng có 71% liền xương hoàn toàn. Đánh giá chức năng xa, điểm trung bình $89,4 \pm 6,4$, với 51,6%

đạt mức tốt – rất tốt, 38,7% trung bình và 9,7% kém. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp xương trong điều trị gãy ba mắt cá chân mang lại hiệu quả tốt với tỷ lệ liền xương cao, phục hồi chức năng khớp cổ chân tốt và biến chứng sau mổ thấp.

Từ khóa: gãy ba mắt cá chân, kết hợp xương

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF TRIMALLEOLAR FRACTURE TREATMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of internal fixation surgery in the treatment of trimalleolar ankle fractures at Viet Duc University Hospital. **Subjects and methods:** A prospective longitudinal descriptive study was conducted on 31 patients with trimalleolar ankle fractures who underwent internal fixation at Viet Duc University Hospital between March 2024 and April 2025. **Results:** The mean age of patients was 36.7 ± 11.0 years. All patients presented with typical clinical symptoms, including pain, restricted ankle motion, swelling, perimalleolar ecchymosis, and localized tenderness. Radiographic assessment showed fractures classified predominantly as AO type B3 (48.4%) and C2 (51.6%); according to the Danis-Weber system, Weber B (51.6%) and Weber C (48.4%) were most frequent. Posterior malleolar fractures classified by Mason revealed type IIA as the most common (29%). Surgically, fixation of the medial malleolus was mainly achieved with cancellous screws (90.3%), whereas the lateral malleolus was stabilized with either distal fibular plates or reconstruction plates

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hà

Email: nguyenngochak42@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

in nearly equal proportions. For posterior malleolar fractures, cancellous screws (45,4%) and T-plates (50%) were the most commonly employed. Postoperative radiographs demonstrated good outcomes in 93.5% of cases, and complete bone union was observed in 71% at 6 months. Long-term functional evaluation showed a mean score of 89.4 ± 6.4 , with 51.6% rated as good–excellent, 38.7% as fair, and only 9.7% as poor. **Conclusion:** Internal fixation is an effective treatment for trimalleolar ankle fractures, achieving a high union rate, good functional recovery of the ankle joint, and a low complication rate. **Keywords:** trimalleolar ankle fracture, internal fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy ba mắt cá chân là một dạng gãy phức tạp, liên quan đồng thời mắt cá trong (MCT), mắt cá ngoài (MCN) và mắt cá sau (MCS).¹ Đây là chấn thương nghiêm trọng, thường gặp do cơ chế xoắn vặn mạnh khớp cổ chân, chiếm khoảng 7 – 11% trong số các trường hợp gãy mắt cá cổ chân và thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới với tỷ lệ 2:1.^{2,3} Tổn thương này thường kèm theo mất vững khớp, dễ dẫn đến biến chứng nếu điều trị bảo tồn, trong đó có viêm khớp hậu chấn thương với tỷ lệ 17 – 29%.³

Với sự phát triển của kỹ thuật kết hợp xương hiện đại, phẫu thuật đã trở thành tiêu chuẩn vàng, nhằm phục hồi giải phẫu, tái lập vững chắc khớp cổ chân, giúp bệnh nhân vận động sớm và giảm biến chứng.

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ liền xương sau phẫu thuật đạt 88 – 96%, biến chứng dưới 10%.⁴⁻⁶ Tuy nhiên, kết quả vẫn khác nhau tùy thuộc vào tuổi, mức độ di lệch và thời gian hồi phục. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy ba mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 18 – 60 tuổi, được chẩn đoán gãy kín ba mắt cá chân và được phẫu thuật KHX tại Bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tổn thương phối hợp ảnh hưởng đến chức năng vận động; BN thoái hoá khớp cổ chân nặng; Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc mất liên lạc sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2024 đến 4/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Nghiên cứu được thực hiện ở 31 bệnh nhân. Với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Quá trình nghiên cứu:

- Phòng vấn trực tiếp để thu thập các thông tin cá nhân, nguyên nhân, cơ chế thời gian chấn thương, sơ cứu, điều trị, tập PHCN sau phẫu thuật, kết quả sau phẫu thuật.

Quy trình phẫu thuật:

- Chuẩn bị dụng cụ, tư thế bệnh nhân: Gãy MCS type I (Mason): nằm ngửa. Gãy MCS type II, III (Mason): nằm sấp, kê gối dưới cổ chân, hoặc bệnh nhân nằm nghiêng.

- Phương thức vô cảm: gây mê hoặc gây tê tủy sống.

- Cách thức phẫu thuật.

+ MCN: rạch da dọc theo xương mác, KHX vững chắc xương mác.

+ MCT: rạch da bộc lộ ổ gãy, bơm rửa sạch, KHX bằng vít xỏ, K-wire hoặc nẹp ép.

+ MCS type I: sau khi cố định MCN và MCT, bắt vít mộng chày – mác cách khớp cổ chân 1,5 – 2 cm, kiểm tra độ vững bằng test Cotton.

+ MCS type II, III: rạch da sau ngoài, bộc lộ MCS, nắn chỉnh và KHX bằng vít xỏ hoặc nẹp vít. Trường hợp type IIB, III có thể phối hợp đường mổ sau trong.

+ MCN cố định qua đường mổ sau ngoài, nẹp vít đặt mặt ngoài hoặc mặt sau xương mác.

+ MCT cố định qua đường mổ phía trong hoặc sau trong.

Kiểm tra trong mổ: Kiểm tra độ vững khớp chày – mác dưới bằng test Cotton. Đánh giá vị trí cố định bằng Carm.

Bơm rửa, khâu bao khớp, cầm máu, đặt dẫn lưu kín.

- Chăm sóc sau mổ:

+ Thay băng, rút dẫn lưu sau 48h.

+ Dùng kháng sinh từ 7-10 ngày.

+ Cắt chỉ sau 02 tuần.

+ Đặt nẹp bột trong 3 tuần

+ Tập tỳ chân sau 06 tuần

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Các biến số về tuổi, giới, nguyên nhân, tiền sử, thời gian từ khi gãy đến khi vào viện; Đặc điểm lâm sàng; chẩn đoán hình ảnh. Kết quả: thời gian phẫu thuật, phương pháp cố định ổ gãy; phục hồi chức năng; Kết quả gần bao gồm mức độ liền vết thương, tình trạng nhiễm trùng, kết quả X-quang sau mổ; Kết quả xa được đánh giá theo thang điểm Trafton. P.G; Bray.T.J; Simpson. L.A.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập theo các nội dung nghiên cứu và được xử lý

bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương được thông qua tại hội đồng thông qua đề cương Trường Đại Y Hà Nội. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân. Các thông tin nghiên cứu được thu thập một cách trung thực và khách quan. Mọi thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh gãy ba mắt cá chân

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm	Số BN (%)
Tuổi	36,7 ± 11,0 (18 – 60)
<20	2 (6,5)
21-30	6 (19,4)
31-40	12 (38,7)
41-50	6 (19,4)
51-60	5 (16)
Giới	
Nam	17 (54,8)
Nữ	14 (45,2)
Sơ cứu trước vào viện	
Bột rạch dọc	4 (12,9)
Nẹp ORBE	13 (41,9)
Nẹp bột	5 (16,1)
Nẹp gỗ	9 (29)
Tiền sử	
Hút thuốc	8 (25,8)
Đái tháo đường	4 (12,9)
Tăng huyết áp	1 (3,2)
Nguyên nhân chấn thương	
TNGT	14 (45,2)
TNSH	9 (29)
TNLD	5 (16,2)
TNTT	3 (9,6)
Thời gian từ chấn thương đến vào viện	
< 12h	21 (67,7)
12 – 24h	6 (19,4)
24 – 48h	4 (12,9)
Tổng	31 (100)

Nhận xét: Tuổi trung bình của BN là 36,7 ± 11,0, nhóm tuổi thường gặp nhất là 31 – 40 tuổi (chiếm 38,7%). Trong đó, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (54,8%). Về tiền sử, hút thuốc chiếm tỷ lệ cao (25,8%). Nguyên nhân chấn thương thường gặp nhất là tai nạn giao thông (45,2%). Đa số bệnh nhân được sơ cứu bằng nẹp ORBE (41,9%) và nẹp gỗ (29%). Thời gian nhập viện chủ yếu trong vòng 12 giờ đầu sau chấn thương (67,7%).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán

hình ảnh gãy ba mắt cá chân

Đặc điểm	Số BN (%)
Triệu chứng cơ năng	
Đau vị trí gãy	31 (100)
Hạn chế vận động khớp cổ chân	31 (100)
Triệu chứng thực thể	
Sưng nề vùng cổ chân	31 (100)
Bầm tím quanh mắt cá	31 (100)
Điểm đau chói	31 (100)
Biến dạng trục cổ chân	9 (29)
Phồng nước cổ bàn chân	1 (3,2)
Dĩ lệch mảnh gãy MCS trên CT	
<1mm	8 (25,8)
1-3 mm	16 (51,6)
>3 mm	7 (22,6)
Phân loại gãy theo AO	
B3	15 (48,4)
C2	16 (51,6)
Phân loại gãy MCS theo Danis–Weber	
Weber B	16 (51,6)
Weber C	15 (48,4)
Phân loại vỡ MCS theo Mason	
I	8 (25,8)
IIA	9 (29)
IIB	6 (19,4)
III	8 (25,8)
Tổng	31 (100)

Nhận xét: Tất cả BN đều có triệu chứng điển hình như đau, hạn chế vận động, sưng nề vùng cổ chân, bầm tím quanh mắt cá và điểm đau chói. Về hình ảnh chẩn đoán, phân loại gãy xương theo AO chủ yếu là B3 (48,4%) và C2 (51,6%). Theo Danis–Weber (Weber B: 51,6%; Weber C: 48,4%). Phân loại vỡ MCS theo Mason cho thấy type IIA chiếm tỷ lệ cao nhất (29%), các type còn lại phân bố khá cân đối.

3.2. Kết quả phẫu thuật KHX điều trị gãy ba mắt cá chân

- Thời gian phẫu thuật: Trung bình 57,3 ± 9,47 phút.

- Kết quả sau mổ:

Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số BN (%)
Đường mổ	
Phía trong	28 (90,3)
Phía ngoài	12 (38,7)
Phía sau ngoài	19 (61,3)
Phía sau trong	3 (9,7)
Phương pháp KHX MCT	
Vít xỏ	28 (90,3)
Găm kim	1 (3,2)
Găm kim + nẹp ép chỉ thép	2 (6,5)
Phương pháp KHX MCN	
Nẹp xích	15 (48,4)

Nẹp đầu dưới	16 (51,6)
Phương pháp KHX MCS	
Vít xoắn	10 (45,4)
Nẹp xích	1 (4,6)
Nẹp chữ T	11 (50)
Liên vết thương	
Liên thì đầu	27 (87,1)
Loạn dưỡng	4 (12,9)
X-quang sau mổ	
Tốt	29 (93,5)
Trung bình	2 (6,5)
X-quang sau 6 tháng phẫu thuật	
Liên hoàn toàn	22 (71)
Liên 1 phần	8 (25,8)
Can lệch	1 (3,2)
Kết quả xa theo Trafton. P.G; Bray.T.J; Simpson. L.A	
Rất tốt	4 (12,9)
Tốt	12 (38,7)
Trung bình	12 (38,7)
Kém	3 (9,7)
Trung bình: 89,4 ± 6,4 (73 – 98)	
Điểm VAS sau phẫu thuật	
0	5 (16,1)
1-2	25 (80,6)
3	1 (3,2)

Nhận xét: Phương pháp KHX MCT chủ yếu là vít xoắn (90,3%), MCN là nẹp đầu dưới và nẹp xích, MCS chủ yếu là vít xoắn (45,4%) và nẹp chữ T (50%). Trên X-quang sau mổ, 93,5% đạt kết quả tốt và sau 6 tháng có 71% liên xương hoàn toàn. Đánh giá kết quả xa cho thấy, 51,6% bệnh nhân đạt mức tốt đến rất tốt, 38,7% trung bình và chỉ 9,7% kém. Điểm VAS sau phẫu thuật đều ở mức không đau đến đau nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy ba mắt cá chân. Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình của BN là 36,7 ± 11,0, với tỷ lệ nam:nữ ~ 1:1. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu thấp hơn Vũ Minh Hải (2022), độ tuổi trung bình là 43,79 ± 16,04 tuổi,⁶ Đinh Xuân Chương (2024) là 53,5 ± 13,2 tuổi.⁴ Nghiên cứu tại Brazil trên 219 BN gãy mắt cá (2025) cho thấy độ tuổi trung bình là 41,87 tuổi, nhiều nhất là nhóm 30 – 40 tuổi.⁷ Đặc điểm chung của các nghiên cứu là độ tuổi thường gặp ở gãy mắt cá chân là những người trưởng thành trẻ và trung niên. Đây là nhóm tuổi trong độ tuổi lao động, hoạt động thể lực nhiều và tham gia giao thông cao. Phần lớn BN nhập viện trong vòng 12 giờ đầu sau chấn thương với tỷ lệ gần 70%. Tất cả BN đều được sơ cứu trước vào viện, trong đó sử dụng nẹp ORBE và nẹp gỗ nhiều nhất (hơn

70%). Kết quả này phản ánh khả năng tiếp cận và xử trí ban đầu kịp thời, góp phần hạn chế biến chứng trong giai đoạn chờ phẫu thuật như phù nề, phỏng nước hoặc chèn ép khoang.

Về triệu chứng lâm sàng, tất cả BN đều có biểu hiện đau và hạn chế vận động khớp cổ chân, thăm khám phát hiện 100% BN có sưng nề, bầm tím quanh mắt cá và điểm đau chói tại vị trí tổn thương. Đây là những triệu chứng thường xuất hiện ngay sau chấn thương và có giá trị định hướng chẩn đoán cao. Kết quả này phù hợp với đa số nghiên cứu trong nước: Vũ Trường Thịnh (2019), tỷ lệ đau cổ chân, hạn chế vận động và điểm đau chói đều thấy ở 100% bệnh nhân.^{5,6} Tác giả Đinh Xuân Chương (2025) cũng báo cáo tỷ lệ các triệu chứng trên từ 76,5 – 91,2%.⁴ Ngoài ra, 29% có biến dạng trục cổ chân và 1 trường hợp có phỏng nước vùng cổ - bàn chân. Đây là biểu hiện lâm sàng đặc trưng của tổn thương phần mềm nặng, thường gặp trong các chấn thương năng lượng cao như tai nạn giao thông tốc độ lớn.

Phân loại gãy xương theo AO, gãy loại C2 chiếm ưu thế (51,6%). Các bệnh nhân gãy 3 mắt cá thường có tổn thương phức tạp, nguy cơ cao gây biến chứng di lệch thứ phát, hạn chế vận động và thoái hóa khớp sau chấn thương nếu không được phục hồi giải phẫu chính xác. Theo phân loại Danis – Weber, Weber B chiếm 51,6% và Weber C (48,4%). Nghiên cứu dài hạn của Amal Chidha và cộng sự tại Đức (2025) trên 179 bệnh nhân gãy xương ba mắt cá cho thấy Weber B là dạng phổ biến nhất trong gãy cổ chân nói chung (67,1%).⁸ Phân tích theo phân loại Mason của vỡ MCS, nhóm IIA chiếm tỷ lệ cao nhất (29%), tiếp theo là nhóm I và III (25,8%), trong khi nhóm IIB thấp hơn (19,4%). Phần lớn bệnh nhân có tổn thương diện khớp mức độ trung bình, đặc trưng cho gãy ba mắt cá, vốn thường đi kèm với đường gãy qua cả mắt cá trong và ngoài, gây mất vững khớp chày – sên.

4.2. Kết quả phẫu thuật KHX điều trị gãy ba mắt cá chân. Thời gian phẫu thuật trung bình là 57,3 phút, với đường mổ phía trong và phía sau ngoài được sử dụng nhiều nhất (90,3% và 61,3%). Về phương pháp KHX ở MCT, vít xoắn là phương tiện được sử dụng nhiều nhất (chiếm 90,3%). Đối với mắt cá ngoài, nẹp đầu dưới (51,6%) và nẹp xích (48,4%) được sử dụng gần như ngang nhau. Ở Việt Nam, nẹp đầu dưới chiếm ưu thế ở các gãy ngang hoặc chéo thấp, trong khi nẹp xích thường được lựa chọn ở gãy chéo cao hoặc kèm mảnh rời.

Với MCS phương tiện cố định ổ gãy như nẹp chữ T chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), tiếp theo là vít

xốp (45,4%). Theo báo cáo của Verhage và cộng sự (2016) tại Hà Lan, nẹp chữ T được khuyến khích áp dụng trong các trường hợp mảnh gãy lớn để đảm bảo vững chắc, trong khi vít xốp vẫn là lựa chọn phổ biến ở mảnh gãy nhỏ.³

Sau phẫu thuật, đa số BN liền vết thương thì đầu (87,1%). Đánh giá kết quả X-quang sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân đạt mức tốt và rất tốt (chiếm tỷ lệ 93,5%), chỉ 6,5% ở mức trung bình và không có trường hợp nào ở mức xấu. Nhìn chung, các nghiên cứu về phẫu thuật KHX gãy mắt cá chân tại Việt Nam cũng cho kết quả điều trị khả quan, với tỷ lệ trên X-quang ở mức tốt và rất tốt dao động từ 86,5% - 100%.⁴⁻⁶ Nghiên cứu tương tự của Amal Chidda (2025), Mehdi T (2024) đều cho kết quả X-quang tốt và rất tốt trên 90%.^{8,9} Đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng mạch máu, thần kinh hay hoại tử phần mềm.

Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật, chúng tôi sử dụng hệ thống thang điểm của Trafton. P.G; Bray.T.J; Simpson. L.A, kết quả điểm trung bình đạt $89,4 \pm 6,4$, trong đó, hơn một nửa số bệnh nhân (51,6%) có kết quả tốt và rất tốt. Tại Việt Nam, Vũ Trường Thịnh (2022), Đinh Xuân Chương (2022) cũng báo cáo kết quả tốt và rất tốt trên 70%. Những kết quả này nhìn chung phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, vốn cho thấy tỷ lệ hồi phục chức năng tốt và rất tốt ở mức cao.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp KHX điều trị gãy ba mắt cá chân mang lại kết quả tốt, với tỷ lệ liền xương cao, chức năng khớp cổ chân phục hồi tốt, đau

sau mổ ở mức nhẹ hoặc không đáng kể và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chou TFA, Tzeng YH, Teng MH, et al.** Trimalleolar Fractures Treated by Open Reduction Internal Fixation Compared With Arthroscopically Assisted Reduction and Minimally Invasive Surgery. *Foot Ankle Int.* 2023;44(5):431-442.
2. **Michelson JD.** Ankle fractures resulting from rotational injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2003;11(6):403-412.
3. **Verhage SM, Boot F, Schipper IB, Hoogendoorn JM.** Open reduction and internal fixation of posterior malleolar fractures using the posterolateral approach. *Bone Jt J.* 2016;98-B(6):812-817.
4. **Đinh XC, Dương Đình T.** Kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín ba mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *VMJ.* 2024;544(2).
5. **Thịnh VT, Mai DNL, Triều TMLT, Sơn NT, Thủy NX.** Kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, năm 2019. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2022;149(1):67-77.
6. **Vũ MH, Phan TN, Trần HT.** Kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2022;517(1).
7. **da Silva ACB, Pontin JCB, Cortes Damasceno AP, Arrebola LS, Souza C dos R, Luzo MVM.** Epidemiological profile of patients with ankle fracture treated in a tertiary level hospital. *Acta Ortop Bras.* 32(6):e282171.
8. **Chidda A, Soares S, Tannast M, Schwab J, Seidel A.** Long-term outcomes after a trimalleolar fracture involving the posterior malleolar fragment: an 11-year follow-up. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2025;145(1):346.
9. **Teimouri M, Akbari Aghdam H, Alipoor R, Lalehzar SS.** Operative treatment results of posterior malleolar fractures in trimalleolar fractures with screw fixation and plate fixation: short-term results. *Int J Burns Trauma.* 2024;14(1):14-24.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM NÃO - MÀNG NÃO DO HERPES SIMPLEX VIRUS

Nguyễn Duy Trường¹, Đặng Quang Minh Triết¹, Huỳnh Văn Hải¹,
Nguyễn Thị Hiệp¹, Nguyễn Thị Huyền¹, Trần Đăng Ninh¹

TÓM TẮT

Viêm não – màng não do Herpes Simplex Virus (HSV) là một cấp cứu thần kinh nghiêm trọng, có thể

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Trường

Email: duytruong108mch@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

để lại hậu quả nặng nề nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học của bệnh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm não – màng não do HSV. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm não – màng não do HSV. Các dữ liệu bao gồm thông tin hành chính, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, dịch não tủy, hình ảnh cộng hưởng từ và kết quả