

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG BÀN NGÓN TAY BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP TỪ THÁNG 5/2020 ĐẾN THÁNG 5/2025

Nguyễn Thế May¹, Nguyễn Trọng Đức¹

TÓM TẮT

Gãy xương bàn ngón tay là bệnh khá thường gặp. Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương bàn ngón tay bằng nẹp vít mang đến nhiều kết quả khả quan. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm thương tổn gãy xương bàn ngón tay. 2. Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương bàn ngón tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 64 bệnh nhân được điều trị kết hợp xương. Đánh giá sau mổ dựa trên tổng góc vận động TAM và phân loại Strickland cải tiến. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 32.6±5.8 (Nhỏ nhất: 18 tuổi- Lớn nhất là 57 tuổi), Gãy xương đốt bàn chiếm 56.4%, gãy xương đốt ngón 43.6%. Kết quả liền xương 100%. 94.8% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt. **Kết luận:** Kết hợp xương bàn ngón tay bằng nẹp vít cho kết quả tốt, liền xương 100%. **Từ khóa:** gãy xương ngón tay, kết hợp xương, nẹp vít.

SUMMARY

RESULTS OF USING SCEW AND PLATES FIXATION TO TREAT PHALANX AND METAPHALANX FRACTURES AT VIET TIEP HOSPITAL FROM MAY 2020 TO MAY 2025

Fracture of phalanx and metaphalanx is quiet common. Using scREW and plates fixation to treatment phalanx and metacarpal fractures give positive results. **Objectives:** 1. Describe the characters of phalanx and metaphalanx fracture. 2. Evaluate the results of osteosynthesis for phalanx and metaphalanx fracture. **Patients and methods:** 64 patients were ORIF with plate and screw. Postoperative evaluation with TAM and Strickland classification. **Results:** Average age is 32.6±5.8. Metaphalanx fracture is 56.4%, phalanx fracture is 43.6%. Bone healing is 100%, 94.8% patients have excellent and good results. Conclusion: Osteosynthesis for phalanx and metaphalanx fracture has good results, bone healing is 100%.

Keywords: phalanx and metaphalanx fracture, osteosynthesis, scREW and plates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay có vai trò rất quan trọng trong đời sống hàng ngày của con người. Gãy xương đốt bàn và ngón tay gặp tương đối phổ biến, chiếm khoảng 10% tổng số gãy xương, trong đó hơn 70% trường hợp các bệnh nhân trong độ tuổi lao động [1]. Gãy xương bàn tay có thể điều trị bảo tồn vì khả năng liền xương nhanh, tuy nhiên khả

năng vận động muôn nên để hạn chế vận động khớp, giải phẫu xương ít khi đạt được mức độ chính xác cao nên ảnh hưởng ít nhiều đến chức năng bàn tay. Bên cạnh đó, nhu cầu của bệnh nhân ngày càng cao, mong muốn chức năng bàn tay hoàn hảo như trước chấn thương đòi hỏi việc phục hồi giải phẫu hoàn chỉnh là cần thiết nhưng tại một số cơ sở chuyên khoa sâu, áp lực quá tải về cấp cứu chấn thương chính hình nên việc sắp xếp can thiệp phẫu thuật cho các trường hợp gãy xương đốt bàn ngón tay khó khăn. Vì vậy, xu hướng điều trị bó bột bảo tồn còn cao [2]. Tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, trong thời gian từ T5/2020 đến T5/2025, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít bàn ngón tay cho 64 bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu: Báo cáo này nhằm hai mục tiêu: Mô tả đặc điểm thương tổn gãy xương bàn ngón tay của các bệnh nhân đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp; và Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp vít cho bệnh nhân gãy xương bàn ngón tay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 64 bệnh nhân được chẩn đoán là gãy xương bàn ngón tay và được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2025

- **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang (hồi cứu và tiền cứu)

- **Phương pháp phẫu thuật:** Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay đặt trên bàn phẫu thuật, gây tê đám rối cánh tay. Garo đồn máu và đặt garo 1/3 dưới xương cánh tay. Rạch da mặt mu tay tương ứng vùng xương gãy, đánh giá thương tổn phần mềm, tách giữa gân duỗi hoặc tách toàn bộ gân duỗi sang một bên. Đặt lại xương và đặt nẹp vít cố định. Tùy theo thương tổn gãy xương, nếu ở vị trí thân xương sẽ dùng nẹp thẳng, nếu ở gần đầu xương thì dùng nẹp chữ L hoặc T, đảm bảo cho bắt được mỗi đầu trung tâm và ngoại vị ổ gãy tối thiểu 2 vít. Kiểm tra vận động thụ động trong mổ và khâu da. Tập vận động ngay ngày thứ nhất sau mổ, vận động thụ động các khớp liên đốt bàn, bàn ngón, cổ tay, khuỷu và vai.

Bộ dụng cụ kết hợp xương: bộ nẹp vít mini với các cỡ 1.5mm, 2.0mm, và 2.7mm, mũi khoan mini.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Bảng 1: Phân loại kết quả chung [3]

Đánh giá	Tỷ lệ
Rất tốt	75-100%
Tốt	50-74%
Trung bình	25-49%
Kém	0-24%

Đánh giá kết quả điều trị: TAM theo phân loại Strickland cải biên, X quang, phục hồi chức năng, biến chứng, khả năng làm việc sau mổ. Thời gian đánh giá: ít nhất là sau mổ 3 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 32.6±5.8 tuổi (18 - 57 tuổi). Nam giới chiếm phần lớn (87.5%). Nguyên nhân chủ yếu của gãy xương là do tai nạn giao thông (50%), tiếp theo là do tai nạn sinh hoạt (25%) và tai nạn lao động (25%)

Kết quả điều trị 64 bệnh nhân với 78 ổ gãy như sau: 26/78 ổ gãy (33.3%) được kiểm tra đạt kết quả rất tốt, 48/78 ổ gãy (61.5%) đạt mức độ tốt, có 4 ổ gãy (5.2%) ở mức độ trung bình và không có ổ gãy nào có kết quả kém.

Bảng 2: Bảng phân bố hình thái gãy xương đốt bàn ngón tay (n =12)

Mức độ	Số lượng	Xương bàn	Xương ngón	N	%
Gãy chéo vát	12	8	20	25,6	
Gãy ngang	28	24	52	66,7	
Gãy vụn nhiều mảnh	4	2	6	7,7	
Tổng số	44	34	78	100	

Nhận xét: Gãy ngang xương chiếm tỉ lệ cao nhất (66.7%), gãy chéo vát (25.6%) và gãy vụn nhiều mảnh ít nhất, gặp ở 6/78 ổ gãy (7.7%).

Thời gian trước mổ: trung bình từ lúc sau tai nạn đến lúc trước mổ là 5,3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là: 8.1 ± 1.3 ngày (thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 2.8 ngày). Bệnh nhân nằm lâu nhất là 14 ngày, ra viện sớm nhất là 6 ngày. Có 1 trường hợp nằm viện 14 ngày, đây là bệnh nhân gãy phức tạp, thương tích bàn tay nặng nề.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3: Đánh giá độ gập góc ổ gãy (độ)

Gập góc ổ gãy	X	± SD	N	P
Trước mổ	25.08	22.31	78	<0.001
Sau mổ	1.79	2.92	78	

Bảng 4: Đánh giá độ di lệch diện ổ gãy (mm)

Di lệch diện ổ gãy (mm)	X̄	± SD	N	P
Trước mổ	5.3	2.84	78	<0.001
Sau mổ	1.36	0.48	78	

Kết quả liền xương: 74/78 trường hợp liền xương tốt, 4/78 trường hợp liền xương kém,

không có trường hợp khớp giả.

Kết quả đánh giá tâm vận động chủ động khớp (TAM). TAM trung bình sau mổ 3 tháng: 230.5 ± 22.5

Bảng 5: Kết quả tâm vận động theo ASSH

Kết quả điều trị	Gãy xương đốt bàn tay	Gãy xương đốt ngón tay	Tổng số	Tỷ lệ %
Rất tốt	16	10	26	33.3%
Tốt	26	22	48	61.5%
Trung bình	2	2	4	5.2%
Kém	0	0	0	0
Tổng số	44	34	78	100%

Biến chứng: Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng, lộ nẹp

Kết quả chung: 94.8% đạt kết quả tốt và rất tốt: rất tốt (33.3%) và tốt (61.5%), có 4/78 ổ gãy đạt mức trung bình (5.2%) và không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số bệnh nhân trong độ tuổi lao động, nam giới là chủ yếu, nguyên nhân chính gây gãy xương là tai nạn giao thông. Thương tổn chủ yếu là gãy đốt bàn và gãy ngang chiếm tỷ lệ đa số. Kết quả nghiên cứu phù hợp vì bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ định và có nhu cầu điều trị phẫu thuật. Thương tổn gãy ngang thường di lệch trong điều trị bảo tồn do di lệch thứ phát (bảng 2), kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác [2,4]. Khả năng nắn chỉnh đối với gãy đốt ngón dễ dàng hơn, điều đó phản ánh tỷ lệ mổ gãy đốt bàn cao hơn (bảng 2). Thời gian nằm viện của bệnh nhân trung bình là 8.13±1.3 ngày (trong đó thời gian nằm viện trước mổ trung bình là 5.3 ngày; sau mổ là 2.8 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi tương đương với một số tác giả khác [5.6]. Đánh giá di lệch diện ổ gãy trên X quang thấy: Trung bình độ gập góc trước mổ: 25.08 ± 22.31; Trung bình độ gập góc sau mổ: 1.79 ± 2.92. Trung bình độ di lệch diện gãy trước mổ: 5.3 ± 2.84 mm; Trung bình độ di lệch diện gãy sau mổ: 1.36 ± 0.48 mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P < 0.001. Sau mổ không có bệnh nhân nào di lệch thứ phát gập góc trên 100 độ, và không có bệnh nhân nào di lệch diện gãy lớn hơn 3 mm. Điều đó cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy xương bàn ngón tay giúp nắn chỉnh về giải phẫu tốt. Thời gian liền xương: Trung bình gãy xương bàn ngón tay sẽ liền xương tốt trong 3-4 tháng. Có 74/78 trường hợp có liền xương tốt, 4/78 trường hợp

liền xương kém và không có trường hợp nào không liền xương. Tâm vận động chủ động (TAM): Tâm vận động chủ động sau mổ cải thiện theo thời gian sau mổ 3 tháng, TAM trung bình là 230 ± 22.5 . Đánh giá kết quả chung, theo phân loại Strickland cải tiến (bảng 1), nhóm tốt và rất tốt chiếm 94,8%. Như vậy, sự kết hợp giữa phương pháp kết hợp xương vững chắc và tập phục hồi chức năng đúng cách sẽ cho kết quả tốt về chức năng bàn tay. Các tác giả khác cũng có nhận định tương tự [7.8.9]. Biến chứng: Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng sâu, chảy mủ, lộ nẹp. Do có nhiều loại nẹp với các kích cỡ khác nhau phù hợp với từng loại xương bàn hoặc ngón nên không gây căng da, vết mổ. Page cũng có kết luận tương tự [9]. Khả năng làm việc: Có 1 bệnh nhân còn đau nhẹ và hạn chế nhẹ tâm vận động khớp khi làm việc. Do bệnh nhân này thuộc nhóm gãy phức tạp và mổ muộn. Như vậy, kết quả sau mổ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó có việc giải quyết sớm thương tổn, tập phục hồi chức năng sớm và loại thương tích của bệnh nhân [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 64 bệnh nhân với 78 ổ gãy xương, chúng tôi thu được kết quả là: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 32.6 ± 5.8 , nam giới chiếm 87.5%. Tổn thương chủ yếu là gãy đốt bàn chiếm 56.4%, hình thái gãy ngang chiếm 66.7%. Kết quả phẫu thuật khả quan với cải thiện tổng biên độ vận động sớm sau mổ và tiến triển theo thời gian. Kết quả chung đạt tốt và rất tốt là 94.8%. Liền xương đạt 100% bệnh nhân.

Không có biến chứng nhiễm trùng hay can lệch, khớp giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David P. Green, Scott W. Wolfe, Robert N. Hotchkiss, William C. Pederson, Scott H. Kozin**, (2001), Green's Operative hand surgery, 6th ed, Churchill Livingstone, New York. Chap. 8.
2. **Phan Minh Trí, Đỗ Phước Hùng** (2010), Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 14, Phụ bản của Số 1-2010, Điều trị gãy kín thân xương bàn các ngón tay dài bằng phương pháp xuyên kim Kirschner dưới màn tăng sáng.
3. **Strickland JW, Steichen JB, Kleinman WB**, (1982): Phalangeal fractures: factors influencing digital performance. Orthop Rev; 11:39-50.
4. **Chung KC, Spilson SV**, (2001), The frequency and epidemiology of hand and forearm fractures in the United States. J Hand Surg [Am]; 26:908-915.
5. **Scott H. Kozin, MD, Joseph J. Thoder, MD, and Glenn Lieberman, MD**, Operative Treatment of Metacarpal and Phalangeal Shaft Fractures, J Am 10 Y hác thùc hính (884) - sè 10/2013 Acad Orthop Surg (2000);8:111-121.
6. **Souer JS, Mudgal CS**. Plate fixation in closed ipsilateral multiple metacarpal fractures. J Hand Surg Eur Vol. Dec 2008;33(6):740-4.
7. **Bosscha K, Snellen JP**: Internal fixation of metacarpal and phalangeal fractures with AO minifragment screws and plates: A prospective study. Injury 1993;24:166-168.
8. **Ozer K, Gillani S, Williams A, Peterson SL, Morgan S**. Comparison of intramedullary nailing versus plate-screw fixation of extra-articular metacarpal fractures. J Hand Surg Am. Dec 2008;33(10):1724-31.
9. **Page S.M, Stern P.J**, Complications and range of motion following plate fixation of metacarpal and phalangeal fractures, J Hand Surgery, (1998), 827 – 832.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ SO SÁNH KHẢ NĂNG PHÁT HIỆN SỎI THẬN GIỮA CÁC PHƯƠNG TIỆN HÌNH ẢNH HỌC

Quách Võ Tấn Phát¹, Đàm Văn Cường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp, có thể gây biến chứng tắc nghẽn, nhiễm khuẩn và suy giảm chức năng thận. Việc lựa chọn phương tiện chẩn đoán hình ảnh phù hợp có ý nghĩa quan trọng trong phát hiện sớm và định hướng điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và so sánh khả

năng phát hiện sỏi thận giữa các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 175 bệnh nhân sỏi thận được chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,45 \pm 10,72$, nam giới chiếm 54,9%. Đau lưng âm ỉ là triệu chứng phổ biến nhất. Đa số các chỉ số xét nghiệm nằm trong giới hạn bình thường. Đài thận trên là vị trí sỏi thường gặp nhất (53,7%), tỷ lệ sỏi hai bên chiếm khoảng 7%, và đa số chỉ có một viên sỏi đơn độc (69,1%). Siêu âm hệ tiết niệu phát hiện sỏi thận với tỷ lệ 97,1%, cao hơn X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị (87,4%). Kích thước sỏi đo trên siêu âm chênh lệch trung bình 1,79 mm so với chụp cắt lớp vi tính. **Kết luận:** Siêu âm giúp phát hiện nhiều trường hợp sỏi thận hơn so

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Quách Võ Tấn Phát

Email: qvtpat@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025