

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN MÂM CHÀY SCHATZKER V, VI BẰNG HAI NẠP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THỦ ĐỨC

Đỗ Quang Sang¹, Nguyễn Phương Nam¹, Đinh Thanh Trường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá điều trị gãy kín mâm chày Schatzker V, VI bằng hai nẹp vít khóa tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Thủ Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu và nghiên cứu cắt ngang trên 39 bệnh nhân bị gãy kín mâm chày Schatzker V, VI được điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít khóa mâm chày ngoài và sau trong tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Thủ Đức từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tổng số 39 bệnh nhân gồm 15 nam và 24 nữ gãy mâm chày loại V (13 ca), loại VI (26 ca). Độ tuổi trung bình $44,9 \pm 15,7$; nhỏ nhất 21, lớn nhất 80, với thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là $16,7 \pm 6,5$ tháng. Kết quả liền xương sau phẫu thuật là 38 bệnh nhân (97,4%), 01 bệnh nhân (2,6%) bị khớp giả. Điểm Rasmussen trung bình sau mổ là $27,18 \pm 2,7$ trong đó tỉ lệ phục hồi chức năng khớp gối theo phân loại Rasmussen tốt và rất tốt chiếm 97,4%, trung bình chiếm 2,6%, không có trường hợp nào kém. **Kết luận:** Kết hợp xương gãy kín mâm chày phân loại Schatzker V – VI bằng hai nẹp vít khóa mang lại kết quả phục hồi tốt và rất tốt trong giải phẫu và chức năng.

SUMMARY

THE EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR SCHATZKER TYPE V AND VI CLOSED TIBIAL PLATEAU FRACTURES USING DUAL LOCKING PLATE AT THU DUC REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Background: Evaluation of treatment for Schatzker Type V and VI closed tibial plateau fractures using dual locking plates at Thu Duc Regional General Hospital. **Materials and Methods:** This prospective, cross-sectional study included 39 patients with Schatzker Type V and VI closed tibial plateau fractures who underwent open reduction and internal fixation with lateral and posteromedial locking plates at Thu Duc Regional General Hospital from January 2022 to December 2024. **Results:** A total of 39 patients were included, with 15 males and 24 females. There were 13 cases of Schatzker Type V fractures and 26 cases of Type VI. The average age was 44.9 ± 15.7 years, ranging from 21 to 80 years. The average follow-up period after surgery was 16.7 ± 6.5 months. Bone union was achieved in 38 patients (97.4%), while 1 patient (2.6%) developed nonunion. The average postoperative Rasmussen score was 27.18 ± 2.7 . The rate of good and excellent knee joint function recovery

according to the Rasmussen classification was 97.4%, with 2.6% rated as fair, and no cases rated as poor. **Conclusion:** Open reduction and internal fixation of Schatzker Type V – VI closed tibial plateau fractures with dual locking plates has good and excellent anatomical and functional recovery outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương mâm chày là chấn thương tương đối hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, chiếm khoảng 1% tổng số ca gãy xương. Đặc biệt, gãy hai mâm chày (Schatzker loại V và VI) là dạng tổn thương phức tạp, đặt ra nhiều thách thức trong điều trị và phục hồi do nguy cơ biến chứng cao.

Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Thủ Đức đã thực hiện nhiều ca phẫu thuật gãy mâm chày Schatzker V, VI bằng nẹp vít. Tuy nhiên, bệnh viện chưa có nghiên cứu đánh giá tổng thể hiệu quả điều trị. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy kín mâm chày Schatzker V, VI bằng hai nẹp khóa tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán gãy kín mâm chày Schatzker V, VI được phẫu thuật kết hợp xương bằng hai nẹp vít khóa mâm chày ngoài và sau trong tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức từ 01/2022 đến 12/2024.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín mâm chày phân loại theo Schatzker V, VI có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng hai nẹp khóa mâm chày ngoài và sau trong tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức.

+ Bệnh nhân trên 18 tuổi.

+ Gãy mâm chày phân loại Schatzker V, VI do nguyên nhân chấn thương.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật vì bệnh lý nội khoa.

+ Những bệnh nhân có gãy mâm chày kèm các tổn thương khác tại vùng gối như: tổn thương mạch khoeo, tổn thương dây chằng, gãy đầu dưới xương đùi hoặc xương bánh chè cùng bên.

+ Gãy xương do bệnh lý.

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu

¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Nam

Email: phuongnamdhyd06@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

tiến cứu kết hợp nghiên cứu cắt ngang

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 01/2024 đến 06/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Khu Vực Thủ Đức.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức để ước lượng khoảng tin cậy (1-p) của một tỷ lệ p với sai số d:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu. Z: hệ số tin cậy (Z=1,96). d: sai số cho phép = 0,05.

α : xác suất sai lầm loại 1 = 0,05.

p là tỷ lệ điều trị thành công

Tỷ lệ thành công trong phẫu thuật KHX mâm chày theo các tác giả:

- Nguyễn Lam Giang (2015) có tỷ lệ 97,55%

- Ngô Đăng Hoan (2025) có tỉ lệ 98,3 %

→ Do đó chúng tôi chọn tỉ lệ thành công $p=0,98 \rightarrow$ Cỡ mẫu $n = (1,96)^2 \times 0,98 \times 0,02/(0,05)^2 = 30,12$

→ $N \geq 31$ Bệnh nhân.

2.2.4. Các chỉ số và biến số nghiên cứu:

* Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, gãy mâm chày chân phải hay trái.

+ Sử dụng phân loại Schatzker cho gãy mâm chày dựa trên Xquang (trong nghiên cứu chỉ chọn 2 nhóm Schatzker V và VI).

+ Thời gian phẫu thuật, có ghép xương hay không ghép xương, nhiễm khuẩn vết mổ.

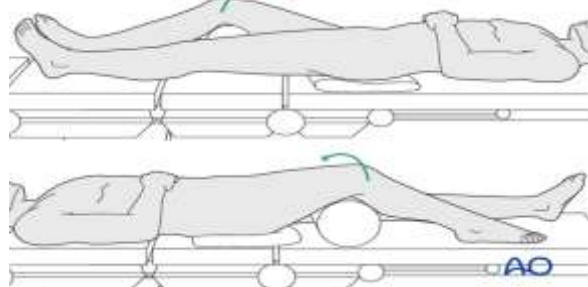
+ Đánh giá kết quả điều trị theo tiêu chuẩn của Larson-Bostman, đánh giá Xquang sau mổ bằng thang điểm Honkonen Jarvinen đánh giá Xquang.

+ Đánh giá kết quả phục hồi: tỉ lệ liền xương, phục hồi chức năng theo thang điểm Rasmussen.

* Quy trình nghiên cứu:

- Lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Phẫu thuật kết hợp xương mâm chày bằng nẹp vít theo các bước sau:



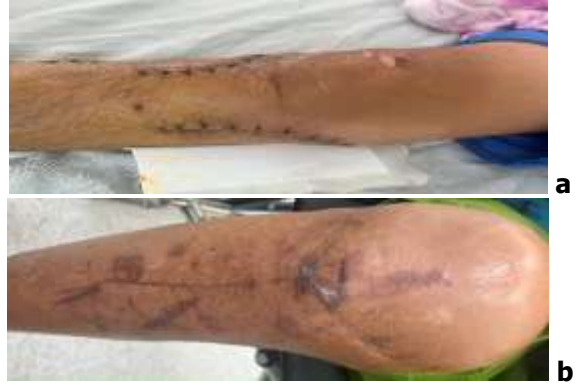
Hình 2.1: Tư thế phẫu thuật

(nguồn AO Foundation)

+ Tư thế: sử dụng tư thế nằm ngửa, kê dưới gối cho gối gấp 30 độ.

+ Garo vùng đùi bên phẫu thuật.

+ Đường mổ: 2 đường mổ. trước ngoài và sau trong, đường mổ chữ Y tùy tình trạng tổn thương xương.



Hình 2.2: Đường mổ a. 2 đường mổ, b. Đường mổ chữ Y

(nguồn: Tác giả)

+ Bộc lộ ổ gãy, sử dụng C-arm kiểm tra mặt khớp nếu cần mở vào khớp phía dưới sụn chêm để quan sát mặt khớp. Nắn chỉnh mặt khớp, cố định tạm thời bằng kim Kirshcner, cố định mâm chày ngoài và trong bằng nẹp vít. Nếu ổ gãy khuyết xương nhiều sẽ lấy xương tự thân (mào chậu) ghép xương. Dẫn lưu vết mổ (dẫn lưu sẽ được rút sau 24-48 giờ).



Hình 2.3: Nắn xương và chụp kiểm tra trên C-Arm

(nguồn: Tác giả)

+ Sau mổ bệnh nhân sẽ được cố định chi phẫu thuật với nẹp Zimmer.

Tập vật lý trị liệu theo chương trình phục hồi chức năng cho người bệnh gãy mâm chày đã định sẵn tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Thủ Đức.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được thống kê và xử lý trên phần mềm SPSS 26.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- **Giới tính:** Tổng số 39 bệnh nhân, gồm 15 nam (38,5%) và 24 nữ (61,5%).

- **Tuổi:** Tuổi trung bình là $44,9 \pm 15,7$ tuổi,

nhỏ nhất 21 tuổi, lớn nhất 80 tuổi.

- **Chân phẫu thuật:** 16 trường hợp chân phải (41,0%) và 23 trường hợp chân trái (59,0%).

- **Nguyên nhân chấn thương:** Tai nạn giao thông chiếm chủ yếu với 28 bệnh nhân (71,8%), tiếp theo là tai nạn sinh hoạt 9 bệnh nhân (23,1%) và tai nạn lao động 2 bệnh nhân (5,1%).

- **Thời gian phẫu thuật:** Trung bình là $97,6 \pm 24,3$ phút, dao động từ 60 đến 150 phút.

- **Thời gian theo dõi sau phẫu thuật:** Trung bình là $16,7 \pm 6,5$ tháng, dao động từ 6 đến 30 tháng.

- **Phân loại gãy xương theo Schatzker:** 13 bệnh nhân loại V (33,3%) và 26 bệnh nhân loại VI (66,7%).

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

3.2.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Nhiễm khuẩn vết mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Không Nhiễm khuẩn - liền vết mổ giai đoạn đầu	31	79,5
Nhiễm khuẩn nông	7	17,9
Nhiễm khuẩn sâu - viêm xương	1	2,6
Tổng	39	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân lành vết mổ giai đoạn đầu có 31 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 79,5%, nhiễm khuẩn nông và lành vết thương giai đoạn hai có 07 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 17,9%, có 01 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2,6% nhiễm khuẩn sâu.

3.2.2. Ghép xương mào chậu tự thân trong phẫu thuật

Bảng 3.2. Tỷ lệ ghép xương trong phẫu thuật

Ghép xương	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Có ghép xương	15	38,5
Không ghép	24	61,5
Tổng	39	100

Nhận xét: Có 15 bệnh nhân được ghép xương trong phẫu thuật chiếm tỷ lệ 38,5%, 24 bệnh nhân không ghép xương chiếm tỷ lệ 61,5%.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tỷ lệ ghép xương và phân độ Schatzker

Phân loại Schatzker	Ghép xương (n,%)		Tổng
	Không ghép (n,%)	Có ghép (n,%)	
Loại V (n,%)	11(28,2%)	2(5,1%)	13(33,3%)
Loại VI (n,%)	13(33,3%)	13(33,3%)	26(66,7%)
Tổng	24(61,5%)	15(38,5%)	39(100%)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được ghép xương chủ yếu gặp ở các trường hợp gãy mâm chày Schatzker VI.

3.2.3. Tỷ lệ liền xương

Bảng 3.4. Tỷ lệ liền xương

Liên xương	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Liên xương bình thường	37	94,8
Chậm liền xương	1	2,6
Khớp giả	1	2,6
Tổng	39	100

Nhận xét: Số bệnh nhân liền xương trong nhóm nghiên cứu là 97,4 %, có 1 bệnh nhân không liền xương (Khớp giả) chiếm tỷ lệ 2,6%.

3.2.4. Phân loại theo Larson Bostmann

Bảng 3.5. Phân loại theo Larson Bostmann

Phân loại theo Larson Bostmann	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Rất tốt	26	66,7
Tốt	08	20,5
Trung bình	05	12,8
Kém	00	00
Tổng	39	100

Nhận xét: Phân loại chức năng khớp gối sau mổ Larson Bostmann tỷ lệ tốt và rất tốt có 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 87,2%, trung bình có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,8%. Không có bệnh nhân nào ở mức kém.

3.2.5. Phân loại theo Honkonen Jarvinen

Bảng 3.6. Phân loại theo Honkonen Jarvinen

Phân loại theo Honkonen Jarvinen	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Rất tốt	17	43,6
Tốt	17	43,6
Trung bình	05	12,8
Kém	00	00
Tổng	39	100

Nhận xét: Phân loại chức năng khớp gối sau mổ Honkonen Jarvinen tỷ lệ tốt và rất tốt có 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 87,2%, trung bình có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,8%. Không có bệnh nhân nào ở mức kém.

3.2.6. Đánh giá chức năng khớp gối sau mổ theo thang điểm Rasmussen

Bảng 3.7. Đánh giá chức năng khớp gối sau mổ theo thang điểm Rasmussen

Thang điểm Rasmussen	Min	Max
Điểm số	19	30
Trung bình $\pm$ SD	$27,18 \pm 2,7$	

Nhận xét: Điểm Rasmussen trung bình là $27,18 \pm 2,7$, thấp nhất là 19 điểm, cao nhất là 30 điểm.

Bảng 3.8. Phân loại chức năng khớp gối sau mổ theo thang điểm Rasmussen

Thang điểm Rasmussen	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Rất tốt	21	53,8
Tốt	17	43,6

Trung bình	01	2,6
Kém	00	00
Tổng	39	100

Nhận xét: Phân loại chức năng khớp gối sau mổ theo thang điểm Rasmussen tỉ lệ tốt và rất tốt có 38 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 97,4%, trung bình có 1 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 2,6%. Không có bệnh nhân nào ở mức kém.

3.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

3.3.1. Liên quan phân loại Schatzker đến thang điểm Rasmussen (Levene's Test)

Bảng 3.9. Liên quan phân loại Schatzker đến thang điểm Rasmussen

Phân loại Schatzker	Điểm Rasmussen Trung bình $\pm$ SD	P
Schatzker V	28,00 $\pm$ 1,68	P = 0,07
Schatzker VI	26,77 $\pm$ 3,06	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa phân loại Schatzker V,VI với kết quả sau phẫu thuật với $p = 0,07 > 0,05$.

3.3.2. Liên quan giới tính đến thang điểm Rasmussen (Levene's Test)

Bảng 3.10. Liên quan giới tính đến thang điểm Rasmussen

Giới tính	Điểm Rasmussen Trung bình $\pm$ SD	P
Nam	27,13 $\pm$ 0,72	p = 0,52
Nữ	27,21 $\pm$ 0,56	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa giới tính và chức năng khớp gối sau phẫu thuật với $p = 0,52 > 0,05$.

3.3.3. Liên quan tuổi Schatzker đến thang điểm Rasmussen (ONEWAY ANOVA Test)

Bảng 3.11. Liên quan tuổi Schatzker đến thang điểm Rasmussen

Nhóm tuổi	Điểm Rasmussen Trung bình $\pm$ SD	P
<40	28,39 $\pm$ 0,47	p = 0,008
40-59	25,02 $\pm$ 0,60	
≥ 60	25,02 $\pm$ 1,09	

Nhận xét: Chức năng khớp gối sau mổ ở những bệnh nhân lớn tuổi thấp hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p = 0,008 < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

• **Tuổi và giới tính:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 44,9 $\pm$ 15,7 tuổi, với độ tuổi dao động từ 21 đến 80 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Lê Thanh Sơn (tuổi trung bình 43 $\pm$ 11,19) [4] và Ngô Đăng Hoan

(47,05 $\pm$ 13,89 tuổi) [2]. Đặc điểm này phản ánh đây là nhóm tuổi lao động, có nguy cơ gặp tai nạn cao hơn. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (61,5%) so với nam giới (38,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này tương đương với Ngô Đăng Hoan (65% nữ và 35% nam) [2], nhưng khác với Trần Vinh Quới (35% nữ và 65% nam) [6] và Lê Thanh Sơn (nam 65,74%, nữ 34,3%) [4]. Lý giải cho tỷ lệ nữ cao hơn có thể do nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá cao, và phụ nữ lớn tuổi có tỷ lệ loãng xương nhiều hơn nam giới, làm tăng nguy cơ gãy xương.

• **Nguyên nhân chấn thương:** Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu, chiếm 71,8% (28 bệnh nhân). Tai nạn sinh hoạt chiếm 23,1% (9 bệnh nhân), và tai nạn lao động chiếm 5,1% (2 bệnh nhân). Kết quả này nhất quán với các nghiên cứu trong nước khác như Ngô Đăng Hoan (88,33% do tai nạn giao thông) [2], Trần Vinh Quới (90% do tai nạn giao thông) [6], và Hoàng Đức Thái (92,9% do tai nạn giao thông) [5].

• **Chân tổn thương:** Chân trái bị tổn thương chiếm tỷ lệ cao hơn (59,0%) so với chân phải (41,0%). Mặc dù các nghiên cứu trong nước ít đề cập chi tiết về tỷ lệ này, nhưng có thể liên quan đến phản xạ tự vệ sử dụng chân trái trước trong các tai nạn giao thông phổ biến.

• **Thời gian phẫu thuật và theo dõi:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 97,6 $\pm$ 24,3 phút, dao động từ 60 đến 150 phút. Thời gian này tương đương với nghiên cứu của Trần Vinh Quới (113,5 $\pm$ 24,3 phút) [6] và Ngô Đăng Hoan (89,75 $\pm$ 35,59 phút) [2]. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 16,7 $\pm$ 6,5 tháng, với thời gian ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 30 tháng. Việc công bố rõ ràng thời gian theo dõi này tăng cường độ tin cậy của kết quả nghiên cứu, cho phép đánh giá các biến chứng muộn và sự ổn định của kết quả điều trị.

• **Phân loại gãy xương Schatzker:** Gãy Schatzker VI chiếm tỷ lệ cao hơn với 66,7% (26 bệnh nhân), trong khi Schatzker V chiếm 33,3% (13 bệnh nhân). Kết quả này tương đồng với Sunil Kumar (Schatzker V: 39,1%, Schatzker VI: 60,9%) và Neil Rohra (Schatzker V: 38,2%, Schatzker VI: 61,8%) [7]. Tuy nhiên, có sự khác biệt nhỏ so với một số nghiên cứu trong nước như Trần Lê Đồng [1] và Phạm Đăng Ninh [3], nơi gãy Schatzker V có tỷ lệ cao hơn.

4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

• **Ghép xương mào chậu tự thân:** Có 15 bệnh nhân (38,5%) được ghép xương trong phẫu thuật, chủ yếu là các trường hợp gãy mâm chày Schatzker VI. Gãy Schatzker VI thường đi kèm với khuyết xương lớn, đòi hỏi ghép xương

để tái tạo mặt khớp và phục hồi chức năng.

- **Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ:** 79,5% bệnh nhân lành vết mổ giai đoạn đầu, 17,9% nhiễm khuẩn nông và 2,6% nhiễm khuẩn sâu. Tỷ lệ nhiễm trùng này nằm trong phạm vi chấp nhận được đối với các loại gãy phức tạp như Schatzker V và VI, vốn có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn do chấn thương nặng lượng cao, tổn thương mô mềm, phẫu thuật kéo dài và khả năng phải ghép xương.

- **Tỷ lệ liền xương:** Tỷ lệ liền xương bình thường trong nhóm nghiên cứu là 94,8%. Một bệnh nhân chậm liền xương (2,6%) do nhiễm trùng sâu và một bệnh nhân khớp giả (2,6%) có nhiều bệnh nền (đái tháo đường, béo phì, tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ). Kết quả này tương đồng với V.S. Nikolaou (1/55 bệnh nhân không lành do nhiễm trùng sâu) và Ngô Đăng Hoan (98,3% liền xương tốt, 1,7% chậm liền xương) [2].

- **Kết quả phục hồi giải phẫu (Larson Bostmann và Honkonen Jarvinen):** Tỷ lệ tốt và rất tốt theo Larson Bostmann là 87,2% , và theo Honkonen Jarvinen cũng là 87,2%. Không có bệnh nhân nào ở mức kém. Kết quả này cho thấy sự chính xác trong nắn chỉnh ổ gãy, được hỗ trợ bởi việc sử dụng màn tăng sáng (C-arm) trong phẫu thuật. Tỷ lệ này tương đồng với Nguyễn Xuân Thùy (90,9% hết di lệch) [8].

- **Kết quả phục hồi chức năng (Rasmussen):** Điểm Rasmussen trung bình là $27,18 \pm 2,7$. Tỷ lệ tốt và rất tốt đạt 97,4% (38 bệnh nhân), chỉ có 1 bệnh nhân (2,6%) đạt mức trung bình và không có trường hợp kém. Kết quả này rất tích cực và cao hơn so với một số nghiên cứu khác như Ngô Đăng Hoan (88,3% tốt và rất tốt) [2] và Lê Thanh Sơn (94,2% tốt và rất tốt) [4], khẳng định hiệu quả của phẫu thuật trong việc khôi phục chức năng vận động cho đại đa số bệnh nhân.

4.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

- **Phân loại Schatzker:** Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân loại Schatzker V, VI và kết quả chức năng sau phẫu thuật theo thang điểm Rasmussen ($p=0,07 > 0,05$). Điều này có thể gợi ý rằng với kỹ thuật phẫu thuật hiện đại và chăm sóc hậu phẫu chuẩn mực.

- **Giới tính:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và chức năng khớp gối sau phẫu thuật ($p=0,52 > 0,05$). Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của Ngô Đăng Hoan ($p=0,21$) [2].

- **Tuổi:** Chức năng khớp gối sau mổ ở

những bệnh nhân lớn tuổi thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân trẻ ($p=0,008 < 0,05$). Điểm Rasmussen trung bình cho nhóm dưới 40 tuổi là $28,39 \pm 0,47$, trong khi nhóm 40-59 tuổi và ≥ 60 tuổi đều là $25,02 \pm 0,60$ và $25,02 \pm 1,09$ tương ứng. Kết quả này cũng được củng cố bởi Ngô Đăng Hoan [2], người cho rằng xương loãng hơn và gãy phức tạp hơn ở người cao tuổi ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

- **Đặc điểm chung:** Tuổi trung bình $44,9 \pm 15,7$ tuổi, chủ yếu là nữ (61,5%) và nguyên nhân phổ biến nhất là tai nạn giao thông (71,8%). Gãy Schatzker VI chiếm 66,7% các trường hợp.

- **Kết quả điều trị:** Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 20,5% (17,9% nông và 2,6% sâu). Có 38,5% bệnh nhân được ghép xương, chủ yếu ở Schatzker VI. Tỷ lệ liền xương đạt 94,8%, với 2,6% chậm liền xương và 2,6% khớp giả. Kết quả chức năng khớp gối theo Larson Bostmann và Honkonen Jarvinen đều đạt 87,2% tốt và rất tốt. Phục hồi chức năng theo Rasmussen đạt 97,4% tốt và rất tốt.

- **Yếu tố liên quan:** Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân loại Schatzker V, VI hay giới tính với kết quả chức năng sau phẫu thuật ($p > 0,05$). Tuy nhiên, bệnh nhân lớn tuổi có chức năng khớp gối sau mổ thấp hơn đáng kể so với người trẻ ($p = 0,008$).

VI. KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật điều trị gãy kín mâm chày schatzker V, VI bằng hai nẹp vít khóa mâm chày không chỉ giúp phục hồi giải phẫu một cách tối ưu mà còn mang lại kết quả chức năng rất tốt cho bệnh nhân, là một kỹ thuật an toàn và đáng tin cậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Lê Đông** (2014), "Nghiên cứu hình thái tổn thương mâm chày và kết quả điều trị loại Schatzker V, VI bằng nẹp vít", Học viện Quân Y. Luận án Tiến sĩ y học.
2. **Trần Văn Khiêm Ngô Đăng Hoan, Trần Chí Hậu và Tăng Khánh Hậu** (2025), "Kết quả điều trị gãy mâm chày bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai", Tạp chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng. 33(01/2025), tr. 135-144.
3. **Trần Đình Chiến Phạm Đăng Ninh** (2006), "Chấn thương vùng gối", Học viện quân y. Bệnh học chấn thương chỉnh hình, tr. 131 - 135.
4. **Lê Thanh Sơn** (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy kín mâm chày bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn", Ngoại khoa-Chấn thương chỉnh hình, Trường Đại học Y Hà Nội. Luận văn chuyên khoa cấp II.

5. **Hoàng Đức Thái** (2016), "Đánh giá kết quả điều trị gãy mâm chày loại V-VI theo schatzker bằng kết hợp xương tối thiểu và cố định ngoài dạng vòng dưới màn tăng sáng", chuyên ngành Chấn thương Chỉnh hình – tạo hình, Trường Đại học Y Dược TP.HCM. Luận án Tiến sĩ.
6. **Nguyễn Minh Phương Trần Vĩnh Quới, Tân Ngọc Sơn** (2020), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày độ v-vi theo phân loại chatzker bằng phương pháp kết hợp xương nẹp khóa có sử dụng màn tăng sáng tại bệnh viện đa khoa trung ương cần thơ", Tạp chí y dược học Cần Thơ. 30, tr. 64-72.
7. **Neil Rohra, Harpreet Singh Suri và Kewal Gangrade** (2016), "Functional and Radiological Outcome of Schatzker type V and VI Tibial Plateau Fracture Treatment with Dual Plates with Minimum 3 years follow-up: A Prospective Study", Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 10(5), tr. RC05-10.
8. **Nguyễn Xuân Thùy** (2016), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày theo phân loại Schatzker V, VI bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Việt Đức", Tạp chí Chấn Thương Chỉnh Hình Việt Nam 2016 số đặc biệt, tr. 226 - 231.

ĐÁNH GIÁ SỰ BỘC LỘ CỦA THU THỂ PROGESTERONE TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ

Nguyễn Kim Đồng^{1,2}, Nguyễn Hữu Cường¹,
Nguyễn Thị Nhung³, Vũ Thị Hà¹, Nguyễn Hoàng Việt¹

TÓM TẮT

Ung thư vú là bệnh lý thường gặp tại Việt Nam. Khoảng 70% các trường hợp ung thư vú có thu thể nội tiết (ER, PR) dương tính, do đó nhóm thuốc này đóng vai trò quyết định trong cải thiện tiên lượng và giảm tái phát ung thư vú. **Mục tiêu:** Đánh giá sự bộc lộ thu thể Progesterone (PR) trong ung thư vú và mối liên quan với một số đặc điểm mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 103 khối u của phụ nữ được chẩn đoán mô bệnh học ung thư vú được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2024 - 06/2025. Đánh giá sự bộc lộ của thu thể PR trong mẫu mô theo thang điểm Allred. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. **Kết quả:** PR dương tính trong 66,0% trường hợp UTV, nhóm PR thấp (1 – 10%) chiếm 7,8%. PR dương tính thường gặp trong nhóm người bệnh ≤ 45 tuổi, độ mô học II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có sự tương đồng cao khi đánh giá sự bộc lộ PR trên mẫu sinh thiết lõi và mẫu bệnh phẩm phẫu thuật ($\kappa = 0,695$). **Kết luận:** PR dương tính trong 66,0% trường hợp ung thư vú, nhóm PR thấp (1 – 10%) chiếm 7,8%. Có sự tương hợp tốt khi đánh giá sự bộc lộ PR trên mẫu sinh thiết lõi và mẫu bệnh phẩm phẫu thuật ($\kappa = 0,695$).

Từ khóa: Ung thư vú, progesterone receptor, PR.

SUMMARY

EVALUATION OF PROGESTERONE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bãi Cháy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Việt

Email: hoangviet@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

RECEPTOR EXPRESSION IN INVASIVE BREAST CARCINOMA

Background: Breast cancer remains one of the most prevalent malignancies among women in Vietnam. Approximately 70% of breast cancers are hormone receptor-positive (ER and/or PR). Hormone receptor status plays a critical role in determining prognosis and guiding endocrine therapy, which substantially reduces recurrence and improves survival. **Objectives:** To assess the expression of the progesterone receptor (PR) in invasive breast carcinoma and analyze its association with selected histopathological features. In addition, to compare PR expression between core needle biopsy samples and surgical specimens. **Methods:** This cross-sectional study included 103 paraffin-embedded breast tissue samples obtained from female patients diagnosed histopathologically with invasive breast carcinoma who underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital from January 2024 to June 2025. PR expression was evaluated according to the Allred scoring system. Data were analyzed using SPSS version 26.0. **Results:** PR positivity was detected in 66.0% of breast carcinoma cases, with the low-positive group (1–10%) accounting for 7.8%. Positive PR expression was significantly more common in patients aged ≤45 years and in tumors of histologic grade II ($p < 0.05$). There was good concordance between PR expression in core biopsy and surgical specimens ($\kappa = 0.695$). **Conclusion:** PR was positive in 66.0% of breast carcinoma cases, including 7.8% with low expression (1–10%). PR assessment showed good agreement between core needle biopsy and surgical specimens, supporting the reliability of biopsy evaluation in routine diagnostic practice. **Keywords:** Breast cancer, progesterone receptor, PR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn cầu. Theo số liệu của GLOBOCAN năm 2022, có khoảng 2,3 triệu ca