

bình $1,1 \pm 0,38$ (0,5-1,5) ml. Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100%, cầm máu cấp cứu 55/55 bệnh nhân (100%). Tỷ lệ chảy máu tái phát cộng dồn trong 12 tháng (10,84%). Triệt tiêu búi giãn tĩnh mạch tâm vị sau 3 tháng tiêm histoacryl (94,45%), thắt vòng cao su (86,21%). Biến chứng hay gặp nhất là đau thượng vị 15,66%; không có trường hợp nào nhiễm trùng huyết, không tắc mạch xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sarin, S.K. and S.R. Mishra, Endoscopic therapy for gastric varices. Clin Liver Dis, 2010. 14(2): p. 263-79.
2. Roberto de Franchis. and V.I.F. Baveno, Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol, 2015. 63(3): p. 743-52.
3. Roberto de Franchis. and V.F. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol, 2022. 53(4): p. 1-16.
4. Lo, G.H., et al., A prospective, randomized trial of butyl cyanoacrylate injection versus band ligation in the management of bleeding gastric varices. Hepatology, 2001. 33(5): p. 1060-4.
5. Tan, P.C., et al., A randomized trial of endoscopic treatment of acute gastric variceal hemorrhage: N-butyl-2-cyanoacrylate injection versus band ligation. Hepatology, 2006. 43(4): p. 690-7.
6. Weiguang Qiao, M.D., Yutang Ren, M.D., Yang Bai, M.D. et al., Cyanoacrylate Injection Versus Band Ligation in the Endoscopic Management of Acute Gastric Variceal Bleeding. Medicine (Baltimore). 2015 Oct; 94(41): e1725.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ MRI CỦA KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY GALEAZZI

Lê Ngọc Quyên¹, Kiên Sô Thone²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy Galeazzi, bao gồm gãy thân xương quay kèm trật khớp quay trụ dưới (KQTD), thường được điều trị phẫu thuật. Mặc dù việc phục hồi hoàn hảo giải phẫu xương quay sẽ giúp phục hồi KQTD nhưng nhiều bệnh nhân vẫn còn đau dai dẳng hoặc mất vững khớp, gợi ý khả năng các tổn thương phức hợp sụn sọ tam giác (PHSSTG) không lành. Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát mối tương quan giữa kết quả lâm sàng và hình ảnh học KQTD sau phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi theo phác đồ chuẩn (kết hợp xương quay bằng nẹp vít, cố định KQTD bằng kim Kirschner nếu mất vững, nẹp bột cánh bàn tay tư thế ngựa) tối thiểu 12 tháng. Các bệnh nhân được đánh giá lâm sàng (đau, nghiệm pháp bập bênh quay trụ, nghiệm pháp nén PHSSTG), chức năng (tầm vận động, sức cơ, DASH), X-quang (đo độ chênh quay trụ - UV, độ rộng khe khớp - W, trật khớp) và MRI (trật khớp, tổn thương PHSSTG). **Kết quả:** Kết quả chức năng lâm sàng khá tốt, với điểm DASH trung bình là 26,44; ROM sấp-ngửa rất tốt và tốt đạt 79,5%; lực nắm và lực sấp-ngửa lần lượt là 76,7% và 79,5% so với tay lành. Tuy nhiên 52,9% bệnh nhân vẫn còn đau và 26,5% có nghiệm pháp bập bênh quay trụ dương tính. X-quang có UV và W bình thường lần lượt là

94,1% và 85,3% nhưng có 20,6% bán trật hay trật. MRI phát hiện có tổn thương PHSSTG (Palmer 1) ở 100% bệnh nhân. **Kết luận:** Có sự không tương đồng rõ rệt giữa lâm sàng và hình ảnh học sau phẫu thuật gãy Galeazzi theo phác đồ kinh điển. Kết quả chức năng lâm sàng khá tốt, nhưng MRI phát hiện tổn thương PHSSTG ở 100% trường hợp - gợi ý nguyên nhân gây đau dai dẳng cho hơn một nửa số bệnh nhân. **Từ khóa:** Gãy Galeazzi, Khớp quay trụ dưới, Phức hợp sụn sọ tam giác, Cộng hưởng từ.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CLINICAL FINDINGS, RADIOGRAPHY, AND MRI OF THE DISTAL RADIOULNAR JOINT AFTER SURGICAL TREATMENT FOR GALEAZZI FRACTURES

Introduction: Galeazzi fracture, involving a radius shaft fracture with distal radioulnar joint (DRUJ) dislocation, is commonly treated surgically. Although perfect anatomical restoration of the radius aims to restore DRUJ stability, many patients still experience persistent pain or DRUJ instability, suggesting the possibility of unhealed triangular fibrocartilage complex (TFCC) injuries. This study was conducted to investigate the correlation between clinical outcomes and imaging findings of the DRUJ after surgical treatment for Galeazzi fractures. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 34 patients who underwent surgical treatment for Galeazzi fracture according to the standard protocol (open reduction and internal fixation [ORIF] of the radius with plate and screws, temporary DRUJ fixation with Kirschner wires if unstable, above-elbow cast in supination) with a minimum follow-up of 12 months. Patients underwent clinical assessment (pain, DRUJ ballottement test, TFCC compression

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Xuyên Á

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Quyên

Email: ngocquyendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

test), functional assessment (ROM, muscle strength, DASH score), radiography (ulnar variance - UV, joint space width - W, DRUJ instability), and MRI (DRUJ instability, TFCC lesion). **Results:** Clinical functional outcomes were relatively good, with a mean DASH score of 26.44; very good and good pronation-supination ROM reached 79,5%; grip strength and pronation-supination strength were 76.7% and 79.5% respectively, compared to the contralateral side. However, 52.9% of patients still experienced pain, and 26.5% had a positive DRUJ ballottement test. Radiographs showed normal UV and W in 94.1% and 85.3% respectively, but 20.6% showed DRUJ subluxation or dislocation. MRI detected TFCC lesions (Palmer Type 1) in 100% of patients. **Conclusion:** There is a clear discrepancy between clinical findings and imaging results after standard surgical treatment for Galeazzi fracture. Clinical functional outcomes are relatively good, but MRI detected TFCC lesions in 100% of cases - suggesting this as the cause of persistent pain for more than half of the patients.

Keywords: Galeazzi fracture, Distal radioulnar joint, Triangular fibrocartilage complex, Magnetic Resonance Imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Galeazzi - gãy thân xương quay kèm theo trật khớp quay trụ dưới (KQTD) - là một dạng chấn thương tương đối ít gặp, chiếm khoảng 3-7% tổng số gãy xương cẳng tay ở người lớn. Điều trị bảo tồn gãy Galeazzi thường mang lại kết quả kém, do đó phẫu thuật mổ nắn, kết hợp xương (KHX) quay bằng nẹp vít và xuyên kim Kirschner bất động tạm KQTD khi khớp còn mất vững là một phương pháp kinh điển^{3,5}. Về lý thuyết, việc cố định vững chắc xương quay sẽ gián tiếp phục hồi sự ổn định của KQTD và thời gian bất động KQTD từ 4-6 tuần là đủ để phục hồi tổn thương của PHSSTG. Tuy nhiên, trong thực tế lâm sàng, ngay cả khi X-quang cho thấy xương quay đã lành và phục hồi giải phẫu tốt, nhiều bệnh nhân vẫn còn các triệu chứng như đau cổ tay phía trụ, yếu sức cầm nắm, hạn chế sấp ngửa hoặc mất vững KQTD^{5,7}. Tình trạng này đặt ra nghi vấn là liệu tổn thương PHSSTG có thể phục hồi hay không. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát và đánh giá mối tương quan giữa kết quả lâm sàng, X-quang và hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) của KQTD sau phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán gãy Galeazzi, đã được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi, TP.HCM, trong khoảng thời gian từ tháng

01/2019 đến tháng 10/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu bao gồm: (1) bệnh nhân trong độ tuổi từ 18 đến 70 tuổi; (2) được điều trị theo cùng một phác đồ: sử dụng đường mổ trước ngoài cẳng tay để bộc lộ ổ gãy xương quay, sau đó tiến hành nắn và cố định bằng nẹp vít. Sau khi phục hồi hoàn hảo chiều dài và giải phẫu xương quay, sự ổn định của KQTD được đánh giá trực tiếp trong mổ bằng nghiệm pháp bập bênh quay trụ. Đối với các trường hợp xác định KQTD mất vững thì khớp được cố định tạm thời bằng kim Kirschner trong 4-6 tuần; (3) thời gian từ lúc phẫu thuật KHX đến thời điểm đánh giá tối thiểu là 12 tháng và (4) X-quang cho thấy xương quay đã lành.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: (1) có can lệch xương quay (trên X-quang cẳng tay thẳng, chỉ số MRB và LMRB của tay lành và tay bị tổn thương tương đương nhau; trên X-quang nghiêng, gập góc mặt lòng của đầu xa xương quay không quá 20°); (2) có gãy xương kèm theo ở tay cùng bên như đầu dưới xương quay, đầu dưới xương trụ, hoặc xương cổ tay; (3) có tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật trước đó ở vùng khuỷu, cẳng tay, hoặc cổ tay bên tổn thương và (4) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập dữ liệu và các biến số. Dữ liệu được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án và thăm khám trực tiếp tại thời điểm tái khám sau 12 tháng. Các biến số nghiên cứu được chia thành bốn nhóm chính.

- Các đặc điểm trước can thiệp: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tay chấn thương, phân loại gãy theo Rettig (loại I là gãy trong khoảng 7,5cm tính từ bề mặt khớp KQTD và loại II là gãy cao hơn) và AO, gãy mỏm trâm trụ đi kèm.

- Đánh giá lâm sàng: đau (bờ trụ cổ tay hay vùng KQTD); nghiệm pháp bập bênh quay trụ (DRUJ ballottement test) ở 3 tư thế: trung tính, sấp và ngửa (dương tính khi có một tư thế bất kỳ có dấu hiệu mất vững); nghiệm pháp nén PHSSTG (TFCC compression test) để kiểm tra tổn thương PHSSTG - ép và xoay cổ tay về phía trụ, dương tính khi bệnh nhân thấy đau.

- Đánh giá phục hồi chức năng: Biên độ vận động (ROM) của cẳng tay và cổ tay; lực nắm bàn tay và lực sấp ngửa cẳng tay được đánh giá và so sánh với bên đối diện, ghi nhận dưới dạng tỷ lệ phần trăm; thang điểm DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand).

- Đánh giá hình ảnh học: tất cả bệnh nhân đều được chỉ định chụp X-quang và cộng hưởng từ (MRI) khớp cổ tay. Phim X-quang thẳng, đo chỉ số độ chênh quay-trụ (UV-Ulnar variance) và

độ rộng khe khớp quay trụ dưới (W-joint space width). Phim X-quang nghiêng chuẩn khi bờ trước xương đầu nằm ở khoảng 1/3 giữa từ bờ trước xương cả đến bờ trước cực xa xương thuyền. Kẻ 2 đường thẳng song song với trục xương quay đi qua điểm sau nhất của đầu dưới xương quay và xương trụ. Bình thường xương trụ có thể nhô ra sau 2 đến 3mm nên khi khoảng cách này từ 4 đến 5mm là nghi ngờ và từ 6 mm trở lên là bán trật KQTD ra sau. Khi đầu dưới xương trụ nhô ra trước hơn 2mm là có bán trật ra trước. Khi xương trụ di lệch ra trước hay ra sau hoàn toàn khỏi khuyết trụ xương quay là trật KQTD. MRI được phân tích để đánh giá tình trạng trật khớp và PHSSTG. Chúng tôi đánh giá trật KQTD trên lát cắt axial mô phỏng theo phương pháp Mino⁶. Kẻ hai đường tiếp tuyến vuông góc với dây cung của khuyết sigmoid tại bờ trước và sau. Bán trật hay trật được chẩn đoán khi có hơn 25% chỏm xương trụ di lệch ra ngoài phạm vi hai đường này. Phân loại Palmer cho tổn thương PHSSTG do chấn thương (Loại 1) bao gồm bốn phân nhóm: 1A - rách hoặc thủng ở vùng đĩa sụn trung tâm; 1B - rách ở vị trí bám móm trâm trụ (có thể kèm gãy móm trâm trụ); 1C - tổn thương ở phần xa (mặt lòng); và 1D - rách ở vị trí bám vào đầu dưới xương quay.

2.4. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 15.0 dùng để mã hóa và xử lý dữ liệu trong nghiên cứu. Các biến số định tính được mô tả theo tần suất, các biến số định lượng được thể hiện bằng số trung bình. Kiểm định số trung bình của các biến trong hai nhóm bằng phép kiểm t không bắt cặp và phép kiểm ANOVA để so sánh trung bình giữa các nhóm nghiên cứu

2.5. Vấn đề Y đức: Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Y đức của Đại học Y Dược TP.HCM. Tất cả bệnh nhân tham gia đều được giải thích cặn kẽ về mục đích, quy trình, lợi ích cũng như những bất lợi có thể gặp phải trong nghiên cứu. Bệnh nhân chỉ được đưa vào nghiên cứu sau khi đã tự nguyện đồng ý tham gia bằng văn bản. Toàn bộ thông tin cá nhân và dữ liệu y tế của bệnh nhân được tuyệt đối bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 34 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đã được đưa vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là 38 tuổi (18 đến 69 tuổi). Nữ chiếm 61,8% và nam chiếm 38,2%. Về nghề nghiệp, phần lớn bệnh nhân là công nhân, chiếm tỷ lệ 76,5%. Nguyên nhân chấn thương hàng đầu là do tai nạn giao thông, chiếm 85,3%. Tay phải

chiếm đa số với 61,8%. Số trường hợp tổn thương ở tay bên trái là 13 bệnh nhân (chiếm 38,2%). Về gãy xương quay, theo phân loại của Rettig có 88,2% loại I và 11,8% loại II; phân loại theo AO có 79,4% loại A, 11,8% loại B và 8,8% loại C. Gãy móm trâm trụ đi kèm được ghi nhận ở 12 bệnh nhân, chiếm 35,3% tổng số trường hợp. Kết quả đánh giá lâm sàng và chức năng được mô tả trong bảng 1 và kết quả hình ảnh học được mô tả trong bảng 2.

Bảng 1: Kết quả đánh giá lâm sàng và phục hồi chức năng

		Số lượng (N=34)	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng			
Đau	Không đau	16	47,1
	Thỉnh thoảng đau	13	38,2
	Đau khi vận động	5	14,7
	Đau khi nghỉ	0	0
Bập bễnh quay trụ	Am tính	25	73,5
	Dương tính	9	26,5
Nghiêm pháp nén	Am tính	29	85,3
	Dương tính	5	14,7
Chức năng			
ROM			
Trung bình (°)	Sấp	85,5 (70 - 90)	
	Ngửa	86,1 (45 - 90)	
	Gập	73,2 (55 - 90)	
	Duỗi	62,9 (55 - 70)	
	Nghiêng quay	19,8 (15 - 20)	
	Nghiêng trụ	34,5 (20 - 35)	
Cung sấp-ngửa	Rất tốt (180°)	16	47,1
	Tốt (165°-180°)	11	32,4
	Trung bình (130°-165°)	7	20,6
Cung gập-duỗi	Rất tốt (>130°)	21	61,8
	Tốt (120°-130°)	8	23,5
	Trung bình (110°-120°)	4	11,8
	Kém (<110°)	1	2,9
Sức cơ (% tay lành)	Lực nắm	76,7% (60 - 100)	
	Lực sấp ngửa	79,5% (65 - 100)	
DASH			
Trung bình	26,44 (15 - 67)		
Phân loại	Tốt (0 - 25)	20	58,8
	Khá (26 - 49)	12	35,3
	Kém (50-75)	2	5,9

Bảng 2: Kết quả X quang và MRI

		Số lượng (N=34)	Tỷ lệ (%)
X quang			
UV	-2-0 mm	32	94,1
	0-2 mm	1	2,9
	2-4 mm	1	2,9

W	≤ 2mm	29	85,3
	>2 mm	5	14,7
Trật khớp	Không	27	79,4
	Bán trật	6	17,7
	Trật	1	2,9
MRI			
Trật khớp	Không	24	70,6
	Bán trật-trật	10	29,4
Tổn thương PHSSTG (Palmer)	1A	2	5,9
	1B	11	32,4
	1C	16	47,1
	1D	5	14,7

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 34 bệnh nhân sau phẫu thuật gãy Galeazzi tối thiểu 12 tháng cho thấy sự không tương đồng giữa kết quả lâm sàng và hình ảnh học.

Về mặt lâm sàng, kết quả phục hồi chức năng của nghiên cứu là khả quan với 94,1% có điểm DASH là tốt và khá. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nguyễn Văn Dương (2023)¹, Lê Đức Thọ (2024)² và Varma (2017)⁸ báo cáo kết quả tốt và khá lần lượt là 96,8%, 100% và 94%. Tầm vận động sấp ngửa cũng phục hồi tốt với 79,5% bệnh nhân đạt mức rất tốt và tốt. Bên cạnh đó, lực nắm và lực sấp ngửa cũng đạt đạt lần lượt là 76,7% và 79,5% so với tay lành. Kết quả này khẳng định phác đồ KHX quay vững chắc giúp phục hồi tốt chức năng cơ học. Tuy nhiên, triệu chứng đau vẫn là một vấn đề nổi cộm, khi có đến 52,9% bệnh nhân vẫn còn đau, trong đó 14,7% đau khi vận động. Về độ vững của khớp trên lâm sàng, 26,5% bệnh nhân có nghiệm pháp bập bênh dương tính. Nghiên cứu Donndorff (2021)⁴ theo dõi 8 năm cho thấy có 35,7% vẫn đau cổ tay dai dẳng và có đến 42,9% nghiệm pháp bập bênh dương tính.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả X-quang sau phẫu thuật tương đối tốt: bệnh nhân có độ chênh quay trụ và độ rộng KQTD trong giới hạn bình thường lần lượt là 94,1% và 85,3%. Trên phim nghiêng chuẩn cho thấy có 20,6% bán trật hay trật KQTD, trong khi Nguyễn Văn Dương¹ báo cáo là 16,7% và Tsismenakis⁷ là 11%. Điều này cho thấy phẫu thuật theo phác đồ hiện hành thường đạt được sự nắn chỉnh tốt về mặt cấu trúc xương trên X-quang. Tuy nhiên tỉ lệ phát hiện mất vững KQTD thấp hơn so với trên MRI (29,4%). Điều này cho thấy X-quang có thể bỏ sót các trường hợp mất vững tinh tế hoặc chỉ bộc lộ khi vận động, và độ nhạy của nó thấp hơn so với các phương tiện cắt lớp như CT hay MRI⁶.

MRI đóng vai trò quan trọng trong việc đánh

giá chi tiết các cấu trúc mô mềm, đặc biệt là PHSSTG, vốn không thể khảo sát bằng X-quang. Kết quả nổi bật nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 100% bệnh nhân có tổn thương PHSSTG trên MRI. Phổ biến nhất là loại 1C - tổn thương phần xa (47,1%) và 1B - rách vị trí bám mòm trâm trụ (32,4%). Tỷ lệ 100% này cao hơn đáng kể so với các dấu hiệu lâm sàng (nghiệm pháp nén PHSSTG và bập bênh quay trụ chỉ dương tính 14,7% và 26,5%), cho thấy MRI có độ nhạy rất cao trong việc phát hiện các tổn thương cấu trúc PHSSTG, ngay cả khi chúng không gây ra triệu chứng rõ rệt trên lâm sàng. Điều này gợi ý rằng các tổn thương PHSSTG có thể là nguồn gốc chính gây đau dai dẳng (52,9%), dù không phải lúc nào cũng dẫn đến mất vững rõ ràng trên lâm sàng hay X-quang (hình 1).



Hình 2: Bệnh nhân nam, 45 tuổi, sau phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi 18 tháng

(A),(B): X-Quang cẳng tay: xương quay có MRB, LMRB và độ gập góc tương đương tay lành; (C),(D): không trật DRUJ; (E): MRI: cd/ab < 25%, (F): Tổn thương TFCC Palmer loại 1B; (I), (K), (L), (M): ROM vận động tốt.

Kết quả này phù hợp với xu hướng y văn hiện đại, vốn ngày càng đặt câu hỏi về khả năng tự lành của PHSSTG. Các phác đồ mới hơn, như của Alajmi (2020)³ hay Johnson (2022)⁵, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc can thiệp vào phần mềm KQTD ngay thì đầu. Theo đó, sau khi đã phục hồi giải phẫu và bất động vững chắc xương quay mà KQTD vẫn còn mất vững thì nên tiến hành phục hồi PHSSTG ngay.

Chúng tôi khảo sát các yếu tố như tuổi, giới tính, phân loại gãy theo AO, theo Rettig, gãy mòm trâm trụ đều không có sự tương quan với kết quả đau, DASH, mất vững khớp trên X-quang và MRI (p>0,05). Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ.

Nghiên cứu có điểm mạnh là mục tiêu rõ ràng, giải quyết vấn đề lâm sàng quan trọng về mối tương quan giữa lâm sàng và hình ảnh học sau phẫu thuật gãy Galeazzi, thông qua đánh giá đa phương diện bao gồm (lâm sàng, chức năng, X-quang, MRI) cho tất cả bệnh nhân. Phát hiện cốt lõi về 100% tổn thương

PHSSTG trên MRI có ý nghĩa lâm sàng cao, đặt nghi vấn về khả năng phục hồi theo phác đồ kinh điển. Tuy nhiên, nghiên cứu có một số điểm yếu như: thiết kế hồi cứu cắt ngang, cỡ mẫu nhỏ (N=34), thực hiện tại một trung tâm, ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa và xác định quan hệ nhân quả. Thời gian theo dõi tối thiểu 12 tháng có thể chưa đủ dài để phát hiện các thoái hoá khớp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật gãy Galeazzi theo phác đồ kinh điển cho kết quả chức năng lâm sàng (DASH, ROM) tốt ở đa số bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy sự không tương đồng rõ rệt giữa lâm sàng và hình ảnh học. MRI phát hiện 100% bệnh nhân có tổn thương PHSSTG, dù KQTD vững trên lâm sàng ở phần lớn trường hợp. Tổn thương PHSSTG này có thể là nguyên nhân chính gây đau dai dẳng (52,9% bệnh nhân). Kết quả gợi ý cần cân nhắc lại chiến lược xử trí PHSSTG, có thể chỉ định phục hồi PHSSTG chủ động hơn khi có mất vững KQTD sau kết hợp

xương quay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Dương, Đinh Thế Hùng, Nguyễn Văn Việt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả phẫu thuật gãy kín Galeazzi ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023 Aug 25;529(1):356-61.
2. Lê Đức Thọ. Kết quả phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi tại Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2024;533(1B):30-4.
3. Alajmi T. Galeazzi Fracture Dislocations: An Illustrated Review. Cureus. 2020 Jul 24;12(7):e9367.
4. Donndorff AG, Petrucelli EM, Gallucci GL, Boretto JG, Zaidenberg EE, Rellán I, et al. Galeazzi fracture-dislocations: Long-term prognosis of the distal radioulnar joint. Hand Surg Rehabil. 2021 Oct;40(5):572-8.
5. Johnson NP, Smolensky A. Galeazzi Fractures. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470188/>
6. Mino DE, Palmer AK, Levinsohn EM. The role of radiography and computerized tomography in the diagnosis of subluxation and dislocation of the distal radioulnar joint. J Hand Surg Am. 1983 Jan;8(1):23-31.
7. Tsismenakis T, Tornetta P 3rd. Galeazzi fractures: Is DRUJ instability predicted by current guidelines? Injury. 2016 Jul;47(7):1472-7.
8. Varma R, Wani SS, Rai SK. Management and functional outcome of Galeazzi fracture-dislocation: a retrospective study at a tertiary care centre. Int J Res Orthop. 2017 Jul;3(4):809-13.

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LOÉT CHÂN VÀ TỈ LỆ ĐOẠN CHI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG THÁP

Huỳnh Tấn Đạt¹, Thái Châu Minh Duy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu muốn xác định các đặc điểm loét chân và tỉ lệ đoạn chi ở bệnh nhân đái tháo đường ở bệnh viện tuyến tỉnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Tất cả bệnh nhân đái tháo đường nhập viện vì loét chân ở khoa Nội tiết bệnh viện Đa Khoa Đồng Tháp được đưa vào nghiên cứu từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2022, thu thập các dữ liệu để đánh giá các biến chứng và tỉ lệ đoạn chi trong lúc nằm viện. **Kết quả:** Nghiên cứu có 92 bệnh nhân bị loét chân nhập viện, độ tuổi trung bình $57,9 \pm 12,2$ tuổi,

nữ chiếm 64,0%, có HbA1c trung bình $11,2 \pm 2,3\%$, thời gian trung vị phát hiện loét đến nhập viện là 10 (7-21) ngày. Biến chứng thần kinh ngoại biên chiếm 72,8%, bệnh động mạch chi dưới (ABI<0,8) chiếm 11,7%, nhiễm trùng vết loét 97,8% trong đó đa số nhiễm trùng mức độ trung bình (70,7%). Kích thước trung vị vết loét 2 (1-4) cm². Giai đoạn lâm sàng WIFI: 8,1% giai đoạn 1, 39,5% giai đoạn 2, 27,9% giai đoạn 3 và 24,5% giai đoạn 4. Tỉ lệ đoạn chi 29,3% chủ yếu đoạn chi ở ngón chiếm 74,1%. Đoạn chi tăng theo giai đoạn lâm sàng WIFI: 4,0% ở giai đoạn 2, 40,0% ở giai đoạn 3 và 56,0% ở giai đoạn 4. **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường nhập viện điều trị loét chân ở bệnh viện tuyến tỉnh có kiểm soát đường huyết rất kém, đa số bị nhiễm trùng mức độ trung bình kèm biến chứng thần kinh ngoại biên, ít bệnh động mạch chi dưới với tỉ lệ đoạn chi 29,3% chủ yếu ở giai đoạn 3,4 WIFI do tổn thương mô và nhiễm trùng. **Từ khóa:** loét nhiễm trùng chân, biến chứng thần kinh ngoại biên, bệnh động mạch chi dưới, đoạn chi, giai đoạn lâm sàng WIFI.

¹Trường Y - Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Tấn Đạt

Email: huynhtandat@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025