

năng di chuyển. Kết quả cho thấy hiệu quả bước đầu của can thiệp sóng xung kích trong giai đoạn phục hồi và di chứng sau đột quỵ.

Cần thêm các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên có cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn, nhằm khẳng định giá trị và hiệu quả duy trì của các phương pháp điều trị hiện hành.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.103

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zorowitz RD, Gillard PJ, Brainin M.** Poststroke spasticity. *Neurology*. 2013 Jan 15;80(3\_supplement\_2):S45–52.
2. **Brainin M, Norrving B, Sunnerhagen KS, Goldstein LB, Cramer SC, Donnan GA, et al.** Poststroke Chronic Disease Management: Towards Improved Identification and Interventions for Poststroke Spasticity-Related Complications. *International Journal of Stroke*. 2011 Feb 1;6(1):42–6.
3. **Gillard PJ, Sucharew H, Kleindorfer D, Belagaje S, Varon S, Alwell K, et al.** The negative impact of spasticity on the health-related quality of life of stroke survivors: a longitudinal

cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 Sep 29;13(1):159.

4. **Li S, Francisco GE.** New insights into the pathophysiology of post-stroke spasticity. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2015 Apr 10 [cited 2025 Jun 16];9. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/human-neuroscience/articles/10.3389/fnhum.2015.00192/full>
5. **Thibaut A, Chatelle C, Ziegler E, Bruno MA, Laureys S, Gosseries O.** Spasticity after stroke: Physiology, assessment and treatment. *Brain Injury* [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2025 Jun 16]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02699052.2013.804202>
6. **Ou-Yang LJ, Chen PH, Lee CH, Li TY, Wu YT, Zhou HJ, et al.** Effect and Optimal Timing of Extracorporeal Shock-Wave Intervention to Patients With Spasticity After Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2023 Jan;102(1):43.
7. **Vidmar T, Goljar Kregar N, Puh U.** Reliability of the Modified Ashworth Scale After Stroke for 13 Muscle Groups. *Arch Phys Med Rehabil*. 2023 Oct;104(10):1606–11.
8. **Liu WF, Zhang SM.** Extracorporeal Shock Wave Therapy for Limb Dysfunction after Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2025 Jan 3;

# KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY CHỖM XƯƠNG QUAY Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Akaphun Vannasing<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hoạt<sup>2</sup>, Đào Xuân Thành<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị gãy chỏm xương quay bằng phương pháp kết hợp xương ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 21 bệnh nhân (19–68 tuổi) bị gãy chỏm xương quay Mason II–IV, được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (8/2023–6/2025). Dữ liệu lâm sàng, X-quang, CT và kết quả chức năng được thu thập, đánh giá theo thang điểm MEPI tại các mốc 1, 3 và 6 tháng sau mổ. **Kết quả:** Gãy Mason III–IV chiếm đa số (76,2%), thường gặp dạng nhiều mảnh (52,3%). Phần lớn bệnh nhân được cố định bằng nẹp vít mini chữ T (61,9%), thời gian phẫu thuật trung bình 78,5 ± 15,2 phút. Sau 6 tháng, 72,7% bệnh nhân đạt can xương chắc toàn; 81,8% không còn đau, biên độ vận động >100°, khớp khuỷu vững và trên 90% phục hồi sinh hoạt hàng

ngày. Tại lần khám cuối, 85,7% đạt liền xương chắc và 85,7% đạt kết quả tốt – rất tốt theo MEPI. Không ghi nhận biến chứng nhiễm khuẩn, bất dung cụ hay liệt thần kinh quay. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho gãy chỏm xương quay, giúp phục hồi hình thái giải phẫu, chức năng vận động và sinh hoạt.

**Từ khóa:** gãy chỏm xương quay, kết hợp xương, phẫu thuật, MEPI, liền xương.

## SUMMARY

### RESULTS OF OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION FOR RADIAL HEAD FRACTURES IN ADULTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the fracture characteristics and treatment outcomes of radial head fractures managed by open reduction and internal fixation (ORIF) in adult patients. **Subjects and Methods:** A descriptive retrospective–prospective study was conducted on 21 patients (aged 19–68 years) with Mason type II–IV radial head fractures who underwent ORIF at Hanoi Medical University Hospital from August 2023 to June 2025. Clinical data, X-ray, and CT findings, as well as functional outcomes, were collected and assessed using the Mayo Elbow Performance Index (MEPI) at 1, 3, and 6 months

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Akaphun Vannasing

Email: dr.akaphun@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 16.12.2025

postoperatively. **Results:** Mason type III–IV fractures comprised the majority (76.2%), with comminuted fractures being most frequent (52.3%). Most patients were fixed using a mini T-plate (61.9%), with a mean operative time of  $78.5 \pm 15.2$  minutes. After 6 months, 72.7% of patients achieved complete bone union; 81.8% reported no pain, had elbow motion  $>100^\circ$ , stable joints, and over 90% regained independence in daily activities. At the final follow-up, 85.7% achieved solid bone union and 85.7% had good to excellent MEPI scores. No cases of infection, implant failure, or radial nerve palsy were recorded. **Conclusion:** Open reduction and internal fixation is an effective and safe method for treating radial head fractures, restoring anatomic structure, joint function, and daily activity.

**Keywords:** radial head fracture, open reduction and internal fixation, elbow function, MEPI.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy chỏm xương quay là một loại gãy ít gặp điều trị không đúng cách có thể để lại biến chứng, di chứng, hay gặp nhất là hạn chế vận động khớp khuỷu, thoái hóa khớp, tiêu chỏm xương quay... Tùy theo mức độ tổn thương mà có phương pháp điều trị khác nhau. Đối với những trường hợp gãy không di lệch hoặc ít di lệch, điều trị bảo tồn như bất động bằng bột kết hợp vật lý trị liệu thường mang lại hiệu quả tốt.<sup>1</sup> Tuy nhiên, ở những trường hợp gãy phức tạp, di lệch nhiều hoặc kèm các tổn thương phối hợp thì điều trị bằng phẫu thuật được lựa chọn, các phương pháp phẫu thuật bao gồm: kết hợp xương (KHX), thay chỏm xương quay nhân tạo, hoặc cắt bỏ chỏm quay.<sup>2</sup> Trong đó, phẫu thuật KHX được xem là lựa chọn ưu việt vì giúp bảo tồn cấu trúc giải phẫu, duy trì vận động sinh lý và phục hồi ổn định cơ học khớp khuỷu, đồng thời giảm biến chứng lâu dài. Tại Việt Nam, kỹ thuật này đã được triển khai tại nhiều bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh, trong đó có Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, góp phần cải thiện rõ rệt kết quả điều trị. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu các nghiên cứu tổng hợp đánh giá đặc điểm hình ảnh và kết quả sau phẫu thuật, do đó đề tài này được thực hiện nhằm phân tích đặc điểm tổn thương và hiệu quả điều trị gãy chỏm xương quay bằng phương pháp kết hợp xương ở người trưởng thành.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 21 bệnh nhân tuổi từ 19 đến 68, được chẩn đoán gãy chỏm xương quay từ độ II trở lên theo phân loại Mason đã sửa đổi và được phẫu thuật KHX tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2025. Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi có hồ sơ đầy đủ, được khám lại hoàn

chỉnh, và tự nguyện tham gia.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025.

**2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu.** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Tổng số 21 bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm hồi cứu (7 bệnh nhân) và nhóm tiến cứu (14 bệnh nhân). Phương pháp chọn mẫu thuận tiên được áp dụng dựa trên các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu tại bệnh viện trong khoảng thời gian trên.

### 2.4. Nội dung nghiên cứu

– Nhóm hồi cứu: thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, phim X-quang và CT trên phần mềm PACS, đồng thời mời bệnh nhân đến khám lại, đánh giá kết quả xa về liền xương, trục xương và chức năng theo thang điểm MEPI.

– Nhóm tiến cứu: thực hiện khám lâm sàng, phẫu thuật, theo dõi hậu phẫu và đánh giá tại các mốc 1, 3 và 6 tháng. Ở mỗi thời điểm, bệnh nhân được đánh giá liền vết mổ, tình trạng ổ gãy trên X-quang, mức độ đau và chức năng khớp khuỷu.

**2.5. Quy trình thực hiện.** Phẫu thuật được thực hiện theo đường Kocher qua khoang giữa cơ duỗi cổ tay trụ và cơ khuỷu, đảm bảo bộc lộ phần sau – ngoài chỏm quay và bảo tồn thần kinh quay – gian cốt sau. Sau khi nắn chỉnh ổ gãy đúng giải phẫu, các mảnh xương được cố định bằng nẹp mini chữ T hoặc nẹp chữ T kết hợp đinh Kirschner, tuân thủ nguyên tắc AO: nắn chỉnh giải phẫu – cố định vững – bảo tồn nuôi dưỡng xương. Sau mổ, bệnh nhân được bất động tam thời 5–7 ngày, sau đó tập vận động sớm có kiểm soát nhằm hạn chế cứng khớp.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0

**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện vì mục đích khoa học, không phục vụ thương mại và không gây ảnh hưởng bất lợi cho người bệnh. Tất cả thông tin được bảo mật tuyệt đối; bệnh nhân được giải thích rõ về phương pháp, lợi ích và nguy cơ, đồng thời tham gia hoàn toàn tự nguyện.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi bệnh nhân dao động từ 19–68, trung bình  $39,3 \pm 13,6$ , trong đó nhóm  $\geq 50$  tuổi chiếm 38,1%. Nam giới chiếm đa số (81,0%). Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân (57,2%). Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn lao động (38,1%), cơ chế chấn thương chủ yếu do tác động trực tiếp (66,7%). Tổn thương phân bố

gần như đồng đều giữa hai bên tay, phải 52,4% và trái 47,6%.

**Bảng 1: Đặc điểm hình ảnh X-quang và CT của gãy chỏm xương quay (n=21)**

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Phân loại Mason sửa đổi (X-quang)</b>	Mason II	2	9,5
	Mason IIIa	3	14,3
	Mason IIIb	3	14,3
	Mason IIIc	5	23,8
	Mason IV	8	38,1
<b>Đặc điểm gãy trên X-quang</b>	Gãy đơn thuần	3	14,3
	Gãy kèm vỡ mỏm vẹt	3	14,3
	Gãy nhiều mảnh	11	52,3
	Gãy phối hợp khác	4	19,0
<b>Đặc điểm hình ảnh trên CT</b>	Gãy đơn thuần	3	14,3
	Gãy có vỡ 2 mảnh	7	33,3
	Gãy có vỡ 3 mảnh	4	19,0
	Gãy kèm vỡ mỏm vẹt	3	14,3
	Gãy phối hợp khác	4	19,0

Bảng 1 cho thấy trên X-quang, đa số bệnh nhân thuộc nhóm Mason III và IV, trong đó loại IV chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%). Tổn thương

thường gặp nhất là gãy nhiều mảnh (52,3%). Trên CT, gãy có vỡ hai mảnh chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), tiếp theo là gãy ba mảnh và gãy phối hợp (cùng 19,0%).

**Bảng 2: Phương tiện và thời gian phẫu thuật kết hợp xương (n=21)**

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Phương tiện dùng trong mổ</b>	Nẹp vít mini chữ T	13	61,9
	Nẹp vít mini chữ T + Đinh Kirschner	7	33,3
	Đinh Kirschner	1	4,8
<b>Thời gian phẫu thuật (phút)</b>	<60 phút	5	23,8
	60-90 phút	11	52,4
	>90 phút	5	23,8
	Trung bình ± ĐLC (Min-Max)	78,5 ± 15,2 (50-105)	

Bảng 2 cho thấy phần lớn bệnh nhân được cố định bằng nẹp vít mini chữ T (61,9%), tiếp theo là kết hợp nẹp vít mini chữ T và đinh Kirschner (33,3%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 78,5 ± 15,2 phút, chủ yếu trong khoảng 60-90 phút (52,4%).

**Bảng 3: Diễn biến liên xương và phục hồi chức năng sau phẫu thuật (n=21)**

Đặc điểm	Nhóm đánh giá	1 tháng (n=14)	3 tháng (n=14)	6 tháng (n=11)
<b>Ổ gãy xương sau mổ</b>	Can xương chắc	0 (0,0)	2 (14,2)	8 (72,7)
	Can xương chắc nhưng còn khe sáng	0 (0,0)	10 (71,4)	2 (18,2)
	Can xương một phần	10 (92,8)	2 (14,4)	1 (9,1)
	Không có can xương	4 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Mức độ đau (MEPI)</b>	Không đau	2 (14,3)	8 (57,1)	9 (81,8)
	Đau nhẹ	9 (64,3)	5 (35,7)	1 (9,1)
	Khó chịu	3 (21,4)	1 (7,2)	1 (9,1)
	Đau nhiều	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Tâm vận động khuỷu (MEPI)</b>	Trên 100°	3 (21,4)	8 (57,1)	9 (81,8)
	Từ 50° đến 100°	8 (57,1)	5 (35,7)	2 (18,2)
	Cứng khớp	3 (21,4)	1 (7,2)	0 (0,0)
<b>Độ vững khớp khuỷu (MEPI)</b>	Khớp vững	7 (50,0)	11 (78,6)	9 (81,8)
	Lỏng khớp ít (<10°)	5 (35,7)	2 (14,3)	1 (9,1)
	Lỏng khớp nhiều (≥10°)	2 (14,3)	1 (7,1)	1 (9,1)
<b>Chức năng sinh hoạt hàng ngày</b>	Có thể chải tóc	8 (57,1)	10 (71,4)	10 (90,9)
	Tự ăn uống	8 (57,1)	11 (78,6)	10 (90,9)
	Tự làm vệ sinh	8 (57,1)	12 (85,7)	11 (100,0)
	Tự mặc áo	0 (0,0)	11 (78,6)	10 (90,9)
	Tự đi giày	0 (0,0)	11 (78,6)	11 (100,0)

Bảng 3 cho thấy tình trạng liên xương và phục hồi chức năng cải thiện rõ theo thời gian. Sau 6 tháng, 72,7% bệnh nhân đạt can xương chắc hoàn toàn; 81,8% không còn đau, đạt biên độ vận động trên 100°, và khớp khuỷu vững. Trên 90% bệnh nhân phục hồi gần như hoàn toàn các chức năng sinh hoạt hàng ngày.

**Bảng 4: Kết quả liên xương và chức**

**năng khớp khuỷu ở lần khám gần nhất (n=21)**

Đặc điểm	Nhóm đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Kết quả liên xương trên X-quang</b>	Can xương chắc	18	85,7
	Can xương chắc nhưng còn khe sáng	2	9,5

	Can xương một phần	1	4,8
	Không có can xương	0	0,0
<b>Phân loại chức năng khớp khuỷu (theo MEPI)</b>	Rất tốt	10	47,6
	Tốt	8	38,1
	Trung bình	3	14,3
	Kém	0	0,0

Bảng 4 cho thấy ở lần khám gần nhất, 85,7% bệnh nhân đạt can xương chắc hoàn toàn và không có trường hợp nào không liền xương. Theo thang điểm MEPI, 85,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, trong đó nhóm rất tốt chiếm 47,6%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu này, toàn bộ 21 bệnh nhân (100,0%) đều liền vết mổ kỳ đầu, không ghi nhận trường hợp nhiễm khuẩn nông, liền kỳ hai hay nhiễm khuẩn sâu, phản ánh quy trình phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu được thực hiện đúng chuẩn. Kết quả này tương đồng với Hoàng Phương (2018), khi tất cả bệnh nhân đều liền kỳ đầu và không có nhiễm khuẩn sâu<sup>3</sup>, và gần giống với Nguyễn Văn Thái và cộng sự (2024), chỉ ghi nhận một trường hợp nhiễm trùng nông, được xử trí bảo tồn và khỏi hoàn toàn.<sup>4</sup> Không có biến chứng sớm nào như nhiễm trùng, liệt thần kinh quay hay bất dụng cụ được ghi nhận, cho thấy nguy cơ biến chứng sớm thấp. Trong khi đó, Nguyễn Văn Thái và cộng sự (2024) báo cáo 2 ca cốt hóa dây chằng bên trong khuỷu và 3 ca mất vững độ II nhưng không ảnh hưởng chức năng.<sup>4</sup> Các nghiên cứu thay khớp chỏm quay như Moghaddam và cộng sự (2016)<sup>5</sup> lại cho thấy biến chứng cao hơn như cốt hóa quanh khớp, lỏng dụng cụ hoặc thoái hóa khớp sau chấn thương. Hình ảnh X-quang sớm sau mổ ở tất cả bệnh nhân đều cho thấy ổ gãy được nắn chỉnh đúng, dụng cụ cố định vững, không có lệch hoặc bất gãy, phù hợp với kết quả của Hoàng Phương (2018)<sup>3</sup>. Tuy nhiên, một số tác giả như Chwedczuk và cộng sự (2016) vẫn báo cáo biến chứng hạn chế vận động hoặc thoái hóa khớp sau chấn thương ở một tỷ lệ nhỏ.<sup>6</sup> Nhìn chung, kết quả gần sau phẫu thuật trong nghiên cứu này cho thấy liền vết mổ hoàn toàn, đau được kiểm soát tốt, biến chứng hiếm gặp và hình ảnh X-quang ổn định, phù hợp với xu hướng của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật kết hợp xương trong điều trị gãy chỏm xương quay.

Sau phẫu thuật, tiến trình liền xương và phục hồi chức năng của bệnh nhân diễn ra thuận lợi. Sau 1 tháng, 92,8% bệnh nhân có can xương một phần, chưa có trường hợp nào liền hoàn

toàn; đến 3 tháng, 71,4% có can xương chắc nhưng còn khe sáng và 14,2% đã liền xương chắc chắn. Sau 6 tháng, 72,7% bệnh nhân đạt liền xương hoàn toàn, chỉ còn 9,1% can xương một phần. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Hồng Phúc và Nguyễn Văn Thái (2023), khi tỷ lệ liền xương được ghi nhận lần lượt là 24% ở tháng thứ 2, 56% ở tháng thứ 3 và 20% ở tháng thứ 6.<sup>2</sup> Về diễn biến đau, mức độ đau giảm dần theo thời gian; sau 6 tháng có 81,8% bệnh nhân không còn đau, phản ánh hiệu quả kiểm soát đau và phục hồi mô mềm sau mổ. Kết quả này tương tự với Hoàng Phương (2018), khi 81,08% bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ hoặc hết đau sau 12 tháng<sup>3</sup>, và phù hợp với Nguyễn Văn Thái và cộng sự (2024), người báo cáo điểm đau trung bình chỉ còn 2,5/10 theo thang VAS.<sup>4</sup> Bên cạnh đó, biên độ vận động khuỷu cải thiện rõ rệt, với 81,8% bệnh nhân đạt trên 100° sau 6 tháng — tương ứng với xu hướng mà Đỗ Hồng Phúc và Nguyễn Văn Thái (2023)<sup>2</sup> cũng ghi nhận khi biên độ gấp khuỷu tăng dần trong quá trình theo dõi. Trong y văn quốc tế, Helmstetter và cộng sự (2024) ghi nhận biên độ gấp-duỗi trung bình 125° và sấp-ngửa 169°, gần tương đương kết quả hiện tại.<sup>7</sup> Tỷ lệ khớp vững tăng từ 50,0% lên 81,8% sau 6 tháng, cho thấy kết hợp xương giúp duy trì cấu trúc dây chằng và ổn định khớp, kết quả tốt hơn so với báo cáo của Nguyễn Văn Thái (2024) khi vẫn còn một số ca mất vững độ II.<sup>4</sup>

Về khả năng sinh hoạt, sau 1 tháng chỉ 57,1% bệnh nhân tự chải tóc, ăn uống và làm vệ sinh; đến 3 tháng, tỉ lệ này tăng lên 71,4–85,7%, và sau 6 tháng, hơn 90% bệnh nhân tự thực hiện hầu hết hoạt động, trong đó 100% có thể tự làm vệ sinh và đi giày. Kết quả này phù hợp với Hoàng Phương (2018), khi phần lớn bệnh nhân lấy lại khả năng xoay cẳng tay để sinh hoạt.<sup>3</sup> Ở lần khám cuối, 85,7% bệnh nhân đạt can xương chắc, không có trường hợp không liền xương. Theo thang điểm MEPI, 47,6% bệnh nhân được đánh giá rất tốt và 38,9% tốt, cho thấy hiệu quả cao trong phục hồi chức năng và chất lượng sống. So sánh với Deshmukh và cộng sự (2024), nghiên cứu thay chỏm quay nhân tạo đạt 67% rất tốt và 22,85% tốt<sup>8</sup>, kết quả của nghiên cứu này vẫn ở mức khả quan. Với 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt hoặc rất tốt, nghiên cứu này khẳng định kết hợp xương vẫn là phương pháp hiệu quả, đặc biệt khi chỉ định và kỹ thuật được thực hiện đúng. Tổng thể, kết quả phản ánh sự cải thiện toàn diện từ đau, vận động, độ vững khớp đến khả năng sinh hoạt, phù hợp với xu hướng phục hồi sau phẫu thuật gãy chỏm quay trong và ngoài nước.

**V. KẾT LUẬN**

Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương trong điều trị gãy chỏm xương quay (Mason II-IV) là một phương pháp điều trị hiệu quả, giúp phục hồi tốt hình thái giải phẫu, chức năng khớp khuỷu và khả năng sinh hoạt của người bệnh. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu còn khiêm tốn, cần các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định chắc chắn hơn về hiệu quả lâu dài và các yếu tố tiên lượng sau phẫu thuật

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Barakat A, McDonald C, Singh H. Current concepts in the management of radial head fractures: a national survey and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl.* May 2023; 105(5): 469-475. doi:10.1308/rcsann.2022.0109
2. Đỗ Hồng Phúc, Nguyễn Văn Thái. Điều trị gãy chỏm xương quay ở người lớn bằng phương pháp kết hợp xương nẹp khóa. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 11/20 2023;(68):131-138. doi:10.58490/ctump.2023i68.2258
3. Hoàng Phương. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật gãy chỏm xương quay ở người trưởng thành. Luận văn Thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.

4. Nguyễn Văn Thái, Đỗ Hồng Phúc, Lê Gia Anh Thỳ, Nguyễn Việt Tân, Nguyễn Ngọc Hiểu, Cao Kim Xoa. Điều trị gãy chỏm quay trật khuỷu bằng phương pháp lấy bỏ chỏm, chèn cơ khuỷu. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;544(2):320-322.
5. Arash M, Tim Friedrich R, Eike D, Stefan S-F, Paul Alfred G, Bahram B. Outcome of Radial Head Arthroplasty in Comminuted Radial Head Fractures: Short and Midterm Results. *Trauma monthly.* 2016;21(1):0-0. doi:10.5812/TRAUMAMON.20201
6. Bartosz C, Piotr P, Krzysztof K, Krzysztof P. Surgical Treatment of Radial Head Fractures: Outcomes and Complications. *Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja.* 2016;18(5):435-444. doi:10.5604/15093492.1224617
7. Tobias K, Peter K, Anna S, Kerstin S, Stefan B, Gernot S, Rohit A. Clinical and radiological outcome of Mason-Johnston types III and IV radial head fractures treated by an on-table reconstruction. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research.* 2022;17:503. doi:10.1186/s13018-022-03453-9
8. Kornkit C, Alisara A, Jatupon K. Clinical outcomes after internal fixation, arthroplasty and resection for treatment of comminuted radial head fractures: a systematic review and network meta-analysis. *Musculoskeletal Surgery.* 2021; 105(1):17-29. doi:10.1007/S12306-020-00679-3

## PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI BỆNH VAN TIM VÀ MẠCH VÀNH PHỐI HỢP

Bùi Minh Thành<sup>1</sup>, Trần Quang Thái<sup>1</sup>, Võ Phạm Tường Vy<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị đồng thời các bệnh lý van tim và bắc cầu nối chủ vành, là một trong những tiến trình phẫu thuật có tính chiến lược và có những cải thiện qua nhiều năm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu từ 1/2014 đến 12/2024, 97 bệnh nhân được phẫu thuật phối hợp đồng thời bệnh van tim và bệnh mạch vành. Bệnh van tim và bệnh mạch vành được chẩn đoán bằng ít nhất 2 bản siêu âm tim và chụp mạch vành kỹ thuật số trước mổ. Phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành và thay hoặc sửa ít nhất một van tim được thực hiện dưới tuần hoàn ngoài cơ thể và hạ thân nhiệt vừa. Số liệu được thu thập từ bệnh án lâm sàng và xử lý theo Kaplan Meier, SPSS 18.0 **Kết quả:** Tuổi trung bình 59 ± 10,2 tuổi, nam giới chiếm 72,6%. Tổn thương mạch vành có chỉ định bắc cầu trong quá trình đánh giá trước mổ các bệnh lý van tim là 85,3 % và 14,7 %

bệnh nhân có tổn thương van tim có chỉ định phẫu thuật được chẩn đoán trong đánh giá trước mổ bệnh lý mạch vành. Trong đó, tổn thương van hai lá gặp 60,4%, van chủ là 37,8%, van ba lá gặp 1,8%. Số cầu nối mạch vành trung bình thực hiện là 1,98 ± 1,07, động mạch ngực trong được sử dụng trong 98,7 % trường hợp. Sửa van hai lá (33%), thay hai lá (21,6%), thay van chủ (27,9 %), thay hai lá - thay chủ (6,3%), thay chủ - sửa hai lá (8,3%). Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể là 163,6 ± 66,7 phút, thời gian cấp ĐMC: 98 ± 57,3 phút. Tỷ lệ tử vong sớm 2,1% (2 bệnh nhân), và nguyên nhân là suy thận (1,1%), tăng bilirubine máu kịch phát (1,1%). Mất theo dõi 4 bệnh nhân (4,1 %), Thời gian theo dõi trung bình là 96,6 ± 42,7 tháng (6 -156 tháng), tỉ lệ tử vong muộn ở 2 bệnh nhân (2,1%), Kaplan Meier ước tính tỉ lệ sống còn vào các thời điểm 1 năm, 5 năm và 10 năm lần lượt là 92,6%, 89,3% và 85,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật sửa hay thay van tim cùng đồng thời bắc cầu nối chủ - vành là phẫu thuật an toàn, hiệu quả và tối ưu trong điều trị bệnh lý van và mạch vành phối hợp. Tỷ lệ tử vong do phẫu thuật thấp và kết quả muộn tốt nên phẫu thuật đồng thời van- vành cần được thực hiện sớm trước khi chức năng cơ tim suy giảm và điều này không ảnh hưởng đến khả năng sống sót lâu dài.

**Từ khóa:** bắc cầu nối chủ - vành, thay van tim, sửa van hai lá

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định  
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Thành  
Email: card.surg.gdh@gmail.com  
Ngày nhận bài: 6.10.2025  
Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025  
Ngày duyệt bài: 9.12.2025