

2. **Wendt, D.; Kahlert, P.; Lenze, T.; Neuhauser, M.; Price, V.; Konorza, T.; Erbel, R.; Jakob, H.; Thielmann, M.** Management of high-risk patients with aortic stenosis and coronary artery disease. *Ann. Thorac. Surg.* 2013, 95, 599–605.
3. **Jennifer S. Lawton, Chair, Jacqueline E. Tamis-Holland, Eric R. Bates, Theresa M. Beckie, James M. Bischoff, John A. Bittl, and Brittany A. Zwischenberger.** ACC/AHA/SCAI 2021 Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines, *Circulation*, Volume 145, Number 3.
4. **Formica, F.; Mariani, S.; D'Alessandro, S.; Singh, G.; Di Mauro, M.; Cerrito, M.G.; Messina, L.A.; Scianna, S.; Papesso, F.; Sangalli, F.** Does additional coronary artery bypass grafting to aortic valve replacement in elderly patients affect the early and long-term outcome? *Heart Vessels* 2020, 35, 487–501.
5. **Fournier JA, Cabezón S, Cayuela A, Ballesteros SM, Cortacero JA, Díaz De La Llera LS.** Long-term prognosis of patients having acute myocardial infarction when ≤ 40 years of age. *Am J Cardiol* 2004;94:989–992.14-18.
6. **Keith M Channon, David E Newby, Edward D Nicol, John Deanfield.** Cardiovascular computed tomography imaging for coronary artery disease risk: plaque, flow and fat. *Heart.* 2022 Sep 12;108(19):1510-1515. doi: 10.1136/heartjnl-2021-320265.
7. **Kyriakos Spiliopoulos, Dimitrios Magouliotis, Ilias Angelis, John Skoularigis, Bernhard M. Kemkes, Nikolaos S. Salemis, Thanos Athanasiou, Brigitte Gansera and Andrew V. Xanthopoulos.** Concomitant Valve Replacement and Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Lessons from the Past, Guidance for the Future? A Mortality Analysis in 294 Patients. *J. Clin. Med.* 2024, 13(1), 238.
8. **Thalji, N.M.; Suri, R.M.; Daly, R.C.; Greason, K.L.; Dearani, J.A.; Stulak, J.M.; Joyce, L.D.; Burkhardt, H.M.; Pochettino, A.; Li, Z.; et al.** The prognostic impact of concomitant coronary artery bypass grafting during aortic valve surgery: Implications for revascularization in the transcatheter era. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2015, 149, 451–460.
9. **Davarpasand, T.; Hosseinsabet, A.; Jalali, A.** Concomitant coronary artery bypass graft and aortic and mitral valve replacement for rheumatic heart disease: Short- and mid-term outcomes. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2015, 21, 322–328.
10. **Ruel M, Kulik A, Lam BK, Rubens FD, Hendry PJ, Masters RG, et al.** Long-term outcomes of valve replacement with modern prostheses in young adults. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005;27:425–433.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẸP KHOÁ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lương Thanh Bình¹, Nguyễn Việt Nam², Nguyễn Văn Trường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá điều trị gãy kín đầu dưới xương quay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá tại Khoa Chấn thương chi trên và vi phẫu thuật - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Gồm 39 bệnh nhân trong đó có 21 nam chiếm 53,8% và 18 nữ chiếm 46,2%. Độ tuổi trung bình là 50,9 (dao động từ 24 đến 82 tuổi), độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 36%. Kết quả chung ở mức rất tốt là 64,1%, tốt là 25,6% và khá là 10,3%. **Kết luận:** Phương pháp điều

trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật mở ổ gãy nắn chỉnh và kết hợp xương bằng nẹp khoá đã cho thấy kết quả phục hồi khả quan. **Từ khoá:** Gãy đầu dưới xương quay, nẹp khoá mặt trước.

SUMMARY

RESULTS SURGERY WITH LOCKING PLATE FOR TREATMENT OF DISTAL RADIUS FRACTURES AT CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108

Objective: Evaluate the results of surgical treatment with locking plate for closed fractures of the distal radius at the 108 Military Central Hospital. **Subjects and methods:** Describe 39 patients diagnosed with closed fractures of the distal radius who underwent surgical treatment with locking plate at the Department of Upper Extremity Trauma and Microsurgery - 108 Military Central Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** There were 21 males (53.8%) and 18 females (46.2%). The average age was 50.9 (ranging from 24 to 82 years old), with the highest rate of >60 years old being 36%. The overall results were very good at 64.1%, good at 25.6% and fair at 10.3%. **Conclusion:** The

¹Bệnh viện Đa khoa Hoà Hải

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thanh Bình

Email: luongbinh97422@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

treatment of closed distal radius fractures by open reduction surgery and bone fixation with locking plate has shown positive recovery results.

Keywords: Distal radius fractures, Volar plating.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín đầu dưới xương quay là một trong những chấn thương thường gặp nhất ở chi trên, tỷ lệ gặp ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Gãy đầu dưới xương quay chiếm 20% trong tổng số các trường hợp gãy xương và là gãy xương phổ biến thứ hai mà bệnh nhân cần phải nằm viện sau gãy khung chậu^{1,2}. Gãy đầu dưới xương quay thường xảy ra ở hai nhóm tuổi chủ yếu là: trẻ em từ 8 đến 13 tuổi và những người trên 60 tuổi³. Các báo cáo gần đây mô tả xu hướng điều trị phẫu thuật đối với gãy đầu dưới xương quay cùng với sự gia tăng đáng kể tỷ lệ mắc trong hai thập kỷ qua^{1,4}. Hiện chưa có sự thống nhất về phương pháp điều trị đối với gãy đầu dưới xương quay⁵. Hầu hết các trường hợp gãy đầu dưới xương quay có thể được điều trị không phẫu thuật bằng phương pháp kéo nắn bó bột. Tuy nhiên, trong vài thập kỷ gần đây sự quan tâm đến điều trị phẫu thuật đã tăng lên. Các phương pháp can thiệp bao gồm: cố định ngoài, xuyên đinh qua da và phẫu thuật mở nắn kết hợp xương bằng nẹp khoá. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã triển khai kỹ thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá điều trị gãy kín đầu dưới xương quay như một quy trình thường quy. Nhằm cung cấp tư liệu về kết quả điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá điều trị gãy kín đầu dưới xương quay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2020 đến 12/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 39 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá tại Khoa chấn thương chi trên và vi phẫu thuật - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo giới và tuổi

Giới	Nhóm tuổi					Tổng	Tỷ lệ (%)
	≤30	31-40	41-50	51-60	>60		
Nam	4	3	5	5	4	21	53,8
Nữ	1	3	2	2	10	18	46,2

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay theo phân loại của AO loại: B1, B2, B3, C1, C2, C3.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy xương bệnh lý, gãy cũ làm mất một phần chức năng bàn tay.

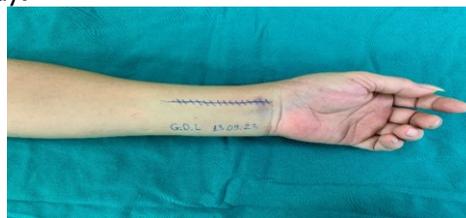
2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa chấn thương chi trên và vi phẫu thuật Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu kết hợp tiền cứu.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật:

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, tay dạng 90°.
- Vô cảm: gây tê đám rối hoặc gây mê nội khí quản.
- Bệnh nhân được garo 1/3 giữa cánh tay với áp lực 250mmHg.
- Đường mổ: Theo đường Henry phía trước cổ tay.



Hình 1: Đường mổ

- Bệnh nhân được kết hợp xương bằng nẹp khoá mặt trước cổ tay.



Hình 2: Kết hợp xương bằng nẹp khoá

2.2.3. Đánh giá và phân loại kết quả theo lâm sàng:

- Đánh giá kết quả gần: theo dõi diễn biến sau mổ và kết quả kết hợp xương trên phim X-quang.
- Đánh giá kết quả xa: Dựa trên hệ thống thang điểm đánh giá chức năng gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney.

Tổng	5	6	7	7	14	39	100
Tỷ lệ (%)	12,8	15,4	17,9	17,9	36	100	

Gồm 39 bệnh nhân trong đó có 21 nam chiếm 53,8% và 18 nữ chiếm 46,2%. Độ tuổi trung bình là 50,9 (dao động từ 24 đến 82 tuổi), độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 36%.

Bảng 2: Tay tổn thương

Tay tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tay thuận	33	84,6
Tay không thuận	06	15,4
Tổng	39	100

Gãy xương xảy ra ở tay thuận là 33 (84,6%) bệnh nhân, tay không thuận là 06 (15,4%) bệnh nhân.

Bảng 3: Phân loại gãy theo AO

Phân loại gãy theo AO	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
B1	12	30,8
B2	13	33,3
B3	08	20,5
C1	03	7,7
C2	02	5,1
C3	01	2,6
Tổng	39	100

Phân loại gãy theo AO: loại B1 có 12 (30,8%) bệnh nhân, loại B2 có 13 (33,3%) bệnh nhân, loại B3 có 08 (20,5%) bệnh nhân, loại C1 có 03 (7,7%) bệnh nhân, loại C2 có 02 (5,1%) bệnh nhân, loại C3 có 01 (2,6%) bệnh nhân.

3.2. Kết quả

Bảng 4: Đánh giá phục hồi chức năng bàn tay sau 06 tháng

Chỉ tiêu	Biên độ lớn nhất	Biên độ nhỏ nhất	Biên độ trung bình
Sấp	88°	63°	80,2°
Ngửa	86°	68°	79,8°
Gấp	80°	56°	71,6°
Duỗi	70°	51°	62,1°
Nghiêng trụ	35°	16°	22,2°
Nghiêng quay	15°	7°	13,5°
Lực nắm so với bình thường	100%	76%	89%

Biên độ phục hồi chức năng sau phẫu thuật 06 tháng: Sấp có biên độ trung bình là 80,2°, ngửa có biên độ trung bình là 79,8°, biên độ gấp trung bình là 71,6°, biên độ duỗi trung bình là 62,1°, biên độ nghiêng trụ trung bình là 22,2°, biên độ nghiêng quay trung bình là 13,5°, lực nắm bình thường trung bình là 89%.

Bảng 5: Kết quả chung theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	25	64,1
Tốt	10	25,6

Khá	3	7,7
Xấu	1	2,6

Kết quả chung ở mức rất tốt là 64,1%, tốt là 25,6%, khá là 10,3% và có 01 bệnh nhân có kết quả xấu chiếm 2,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35/39 (89,7%) trường hợp bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay được kết hợp xương bằng nẹp khoá có kết quả từ tốt trở lên. Kết quả này tương đương với những báo cáo trước đây:

Bảng 6: So sánh giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước

Nghiên cứu	Kết quả
Rein, S. và CS ⁶	58,6%
Rozental, T. D. và CS ⁷	65,9%
Earp, B. E. và CS ⁸	89,6%
Child, C. và CS ⁹	93,05%
Chúng tôi	89,7%

Tất cả bệnh nhân có kết quả phục hồi chức năng ở mức xấu đều ở nhóm phân loại C3, ở nhóm phân loại này tổn thương gãy nội khớp hoàn toàn và gãy nhiều mảnh phức tạp. Trong nghiên cứu của Rozental và cộng sự⁷ đã chỉ ra rằng những tổn thương phức tạp vỡ nát diện khớp đầu dưới xương quay làm khả năng phục hồi kém sau phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá. Đánh giá sự nắn chỉnh bằng chụp C-arm trong khi phẫu thuật có thể sẽ đem lại kết quả nắn chỉnh ổ gãy tốt hơn. Một số tác giả khuyến nghị nội soi khớp hoặc cắt bỏ xương để xử lý những tổn thương này. Cấu trúc nẹp khoá mặt trước có ý nghĩa cố định các mảnh trong và ngoài khớp sau khi nắn chỉnh về vị trí giải phẫu. Điều này phụ thuộc vào việc nắn chỉnh đưa các mảnh gãy về vị trí giải phẫu của phẫu thuật viên trong khi phẫu thuật.

Rogachefsky và cộng sự¹⁰ đã báo cáo về 12 bệnh nhân bị gãy đầu dưới xương quay phân loại C2 và C3 được điều trị bằng phương pháp mở ổ gãy nắn chỉnh và kết hợp xương bằng cố định bên trong hoặc bên ngoài. Ngoài ra những bệnh nhân này còn được ghép xương bằng xương tricorticocancellous. Không có bệnh nhân nào di lệch. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào trải qua việc ghép xương. Việc sử dụng xương ghép có thể giúp quá trình liền xương tốt hơn đặc biệt đối với những ổ gãy vỡ vụn, đặc biệt có thể ghép xương dưới hộ nguyệt nhằm cung cấp một nền vững chắc nhằm tránh việc lún khi nắn chỉnh. Rozental và cộng sự⁷ đã

báo cáo rằng 2/4 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được điều trị bằng nẹp khoá mặt trước mặt khả năng phục hồi liên quan đến tổn thương phức tạp hố nguyệt. Các mảnh vỡ hố nguyệt di lệch nhiều sẽ gây khó khăn việc cố định thất bại và khó khăn trong việc nắn chỉnh, điều này thường được dự đoán và xem xét trong kế hoạch trước phẫu thuật. Các tác giả đã nêu lên tầm quan trọng của việc nắn chỉnh các mảnh vỡ mặt lòng, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ những mảnh vỡ ở mặt lòng đều được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu sau đó được cố định bằng nẹp khoá.

Trong 03 bệnh nhân có kết quả chức năng khá sau khi chụp Xquang lại kiểm tra sau mổ thấy nguyên nhân do việc đặt nẹp quá hướng ra ngoài, dẫn đến cố định vít không đủ các mảnh xương vùng hố nguyệt. Một trường hợp trong đó nẹp được đặt quá cao khiến xương thuyền bị lún do không đủ hỗ trợ dưới sụn vùng hố nguyệt. Một trường hợp trong đó mảnh vỡ vùng mỏm trâm quay không được nắn chỉnh đầy đủ và một trường hợp trong đó mảnh vỡ hố nguyệt nhỏ không cố định được chắc chắn.

Toàn bộ 12 (100%) bệnh nhân nhóm B1 theo phân loại của AO đều có kết quả phục hồi chức năng ở mức rất tốt. Đối với loại gãy này chỉ có một đường gãy và mảnh gãy lớn, do đó việc nắn chỉnh ổ gãy cũng đơn giản hơn so với những loại khác. Điều này giải thích khả năng phục hồi với loại gãy này rất tốt.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 39 bệnh nhân kết quả phục hồi chức năng bàn tay tốt trở lên là 89,7%. Phương pháp điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật mở ổ

gãy nắn chỉnh và kết hợp xương bằng nẹp khoá đã cho thấy kết quả phục hồi khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chung, K. C. & Spilson, S. V.** The frequency and epidemiology of hand and forearm fractures in the United States. The Journal of hand surgery 26, 908-915, doi:10.1053/jhsu.2001.26322 (2001).
2. **Thompson, P. W., Taylor, J. & Dawson, A. J. I.** The annual incidence and seasonal variation of fractures of the distal radius in men and women over 25 years in Dorset, UK. 35, 462-466 (2004).
3. **Kannus, P. et al.** Nationwide decline in incidence of hip fracture. Journal of bone and mineral research : the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research 21, 1836-1838, doi:10.1359/jbmr.060815 (2006).
4. **Brogren, E., Petranek, M. & Atroshi, I.** Incidence and characteristics of distal radius fractures in a southern Swedish region. BMC musculoskeletal disorders 8, 48, doi:10.1186/1471-2474-8-48 (2007).
5. **O'Neill, T. W. et al.** Incidence of distal forearm fracture in British men and women. Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA 12, 555-558, doi:10.1007/s001980170076 (2001).
6. **Rein, S., Schikore, H., Schneiders, W., Amlang, M. & Zwipp, H.** Results of dorsal or volar plate fixation of AO type C3 distal radius fractures: a retrospective study. J Hand Surg Am 32, 954-961, doi:10.1016/j.jhsa.2007.05.008 (2007).
7. **Rozental, T. D. & Blazar, P. E.** Functional outcome and complications after volar plating for dorsally displaced, unstable fractures of the distal radius. J Hand Surg Am 31, 359-365, doi:10.1016/j.jhsa.2005.10.010 (2006).
8. **Earp, B. E., Foster, B. & Blazar, P. E.** The use of a single volar locking plate for AO C3-type distal radius fractures. Hand (N Y) 10, 649-653, doi:10.1007/s11552-015-9757-8 (2015).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN GIƯỜNG THẦN KINH TRONG ĐIỀU TRỊ CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ ĐOẠN KHUYU TAY

Nguyễn Thế May¹, Vũ Đồng Hoàng Hạnh¹

Hữu nghị Việt Tiệp. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 36 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định mắc hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu và được phẫu thuật chuyển giường thần kinh trụ điều trị chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 1/2022-6/2025. **Kết quả:** 36 bệnh nhân trong nghiên cứu có 21 bệnh nhân là nữ (58,3%), tuổi trung bình $47,2 \pm 12,5$ tuổi (19-72). Các triệu chứng trên thang điểm Quick DASH, BMRC và test phân biệt 2 điểm đều cho kết quả cải thiện đáng kể sau phẫu thuật >6 tháng ($p < 0,05$) so với kết quả trước phẫu

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển giường thần kinh trong điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu tại Bệnh viện

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025