

- controlled trial. BMC Anesthesiol. 22(Nov 5): p. 338.
- Đỗ Đức Chiến**, (2025) Kết quả phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn dưới hướng dẫn siêu âm ở bệnh nhân phẫu thuật chi trên tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. Tạp chí Khoa học sức khỏe. 3(2): p. 158-164.
 - Kim, H.J.**, (2021) Comparison of the onset time between 0.375% ropivacaine and 0.25% levobupivacaine for ultrasound-guided infraclavicular brachial plexus block: a randomized- controlled trial. Scientific Reports 11: p. 4703.
 - Bùi Minh Hồng**, (2023) Đánh giá hiệu quả vô cảm cho phẫu thuật chi trên của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn siêu âm. Tạp chí Y học Việt Nam. 525: p. 44-48.
 - Vũ Hoàng Phương**, (2022) Hiệu quả giảm đau sau mổ phương pháp gây tê chọn lọc thần trên của đám rối thần kinh cánh tay một liều duy nhất dưới hướng dẫn của siêu âm ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai. tạp chí Y học Việt Nam. 514(2): p. 193-196.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN GỠ HỞ ĐỘ III THÂN XƯƠNG CẰNG CHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Thế Ngân¹, Trương Hải Đăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-Quang của những BN phẫu thuật gãy hở độ III thân xương cẳng chân bằng phương pháp đặt khung cố định ngoài tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là hồi cứu mô tả, trên 31 bệnh nhân gãy hở độ IIIA, IIIB thân xương cẳng chân và được điều trị phương pháp đặt khung cố định ngoài tại Khoa Ngoại Chấn Thương Chính Hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2024. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 137,4 ± 39,6 phút và thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày. Tất cả bệnh nhân đều bị chấn thương trực tiếp. Gãy xương độ IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất (77,4%), đa số gãy ở vị trí 1/3 dưới xương chày (64,5%). Tổn thương phối hợp gặp ở 45,2% bệnh nhân, góp phần làm tiên lượng nặng hơn. Loại hình gãy xương đơn giản và có mảnh rời chiếm ưu thế (45,2% và 29%), trong đó A1 phổ biến nhất (22,6%). Về xử trí, 17 bệnh nhân được đặt khung cố định ngoài Muller và 14 bệnh nhân đặt khung chữ T, khung giữ cổ chân ở tư thế trung tính, giúp phòng co rút gân gót. **Từ khóa:** gãy hở, thân xương cẳng chân, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH GUSTILO-ANDERSON TYPE III OPEN FRACTURES OF THE TIBIAL SHAFT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics and X-ray findings of patients undergoing surgery for Gustilo-Anderson type III open fractures of the tibial shaft using external fixation at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** This was a descriptive

retrospective study of 31 patients with type IIIA and IIIB open fractures of the tibial shaft who were treated with external fixation at the Department of Trauma and Orthopedic Surgery, Can Tho Central General Hospital, from January 2022 to January 2024. **Result:** The mean operative time was 137.4 ± 39.6 minutes, and the mean hospital stay was 8 days. All patients sustained direct trauma. Type IIIA fractures were the most common (77.4%), with the majority located at the distal third of the tibia (64.5%). Combined injuries were present in 45.2% of patients, contributing to a more severe prognosis. Simple fractures and fractures with separate fragments were predominant (45.2% and 29%, respectively), with A1 being the most common subtype (22.6%). Regarding management, 17 patients underwent Muller external fixation and 14 patients received T-shaped external fixation; the fixation maintained the ankle in a neutral position, helping to prevent Achilles tendon contracture.

Keywords: open fracture, tibial shaft, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương hở là tổn thương ít gặp, chiếm khoảng 2,6% tổng số các trường hợp gãy xương [5]. Trong đó, gãy hở thân hai xương cẳng chân là một dạng thường gặp của gãy xương dài, chiếm khoảng 25% các trường hợp gãy hở, chủ yếu do chấn thương năng lượng cao như tai nạn giao thông gây ra, làm cho quá trình xử trí trở nên khó khăn và phức tạp [7]. Mức độ tổn thương mô mềm quanh ổ gãy đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị cũng như tiên lượng kết quả. Mục tiêu điều trị gãy xương hở bao gồm phòng ngừa nhiễm trùng, bảo đảm sự liền xương vững chắc và phục hồi chức năng vận động tối ưu [6]. Hệ thống phân loại của Gustilo và Anderson, được áp dụng trong quá trình phẫu thuật cắt lọc, có giá trị định hướng chiến lược điều trị và dự đoán tiên lượng lâm sàng. Từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm*

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Ngân

Email: 6312384028@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026

lâm sàng và hình ảnh X-quang của bệnh nhân gãy hở độ III thân hai xương cẳng chân được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân bị gãy hở độ IIIA và IIIB thân hai xương cẳng chân được điều trị bằng phương pháp khung cố định ngoài tại Khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 01 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên; được chẩn đoán gãy hở xương cẳng chân độ IIIA, IIIB theo phân loại của Gustilo-Anderson (1984) và được phẫu thuật bằng khung cố định ngoài tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ dữ liệu, thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy hở độ IIIA, IIIB mất đoạn xương, gãy hở bệnh lý thân hai xương cẳng chân.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 01 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,05$.

- $p = 0,984$ là tỉ lệ bệnh được điều trị gãy hở thân xương cẳng chân độ IIIA, IIIB bằng phương pháp đặt khung cố định ngoài thành công. Theo Lê Uy Phương (2021), dựa trên kết quả nắn chỉnh giải phẫu đạt hết di lệch, còn ít di lệch là 98,4% [3]. Thay vào công thức, ta được $n \approx 30$. Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 31 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Chọn các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, cơ chế chấn thương.

Đặc điểm lâm sàng và X-quang: Phân loại gãy xương hở của Gustilo – Anderson, vị trí gãy xương, tổn thương phối hợp, khung cố định

ngoài được sử dụng trong phẫu thuật, hình thái gãy xương.

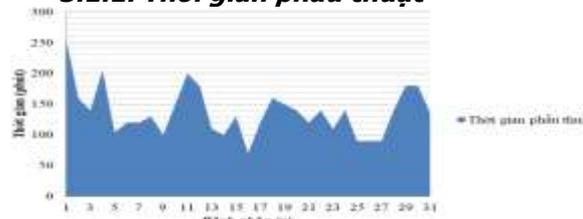
Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Hồ sơ cứu hộ sơ bệnh án. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm, kiểm định mối quan hệ giữa các yếu tố bằng Chi-square test.

2.3. Y đức: Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học và Đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản và sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Nội dung nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý của những người tham gia. Chúng tôi đảm bảo số liệu trong nghiên cứu là trung thực, minh bạch và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Thời gian phẫu thuật



Biểu đồ 3.1. Thời gian phẫu thuật của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình dao động từ 100–150 phút, ngắn nhất 70 phút và dài nhất 225 phút, được tính từ khi rạch da đến khi kết thúc mổ và chuyển bệnh nhân đến khu hậu phẫu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

3.1.2. Thời gian nằm viện

Bảng 3.1. Thời gian nhập viện

Thời gian	BN (n)	Tỷ lệ (%)
≤7 ngày	15	48.4
>7 ngày	16	51.6
Tổng	31	100

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là 8 ngày, phổ biến nhất từ 6–8 ngày; ngắn nhất 2 ngày và dài nhất 15 ngày.

3.1.3. Cơ chế chấn thương

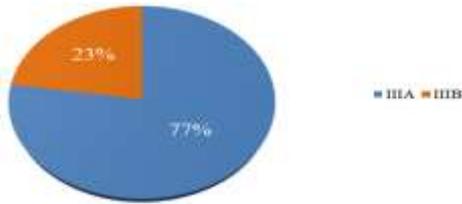
Bảng 3.2. Cơ chế chấn thương

Cơ chế chấn thương	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Trực tiếp	31	100
Gián tiếp	0	0
Tổng	31	100

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân đều có cơ chế chấn thương trực tiếp.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và X-quang

3.2.1. Phân loại gãy xương hở của Gustilo – Anderson



Biểu đồ 3.2. Phân loại gãy hở theo Gustilo - Anderson

Nhận xét: Kết quả cho thấy gãy xương độ IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 24/31 bệnh nhân (77,4%), cao gấp 3,4 lần so với gãy xương độ IIIB (22,6%).

3.2.2. Vị trí gãy xương

Bảng 3.3. Vị trí gãy của thân xương

Vị trí gãy	BN (n)	Tỷ lệ (%)
1/3 trên	4	12.9
1/3 giữa	7	22.6
1/3 dưới	20	64.5
Tổng	31	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, đa số bệnh nhân gãy xương tại vị trí 1/3 dưới (64,5%),

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 17 bệnh nhân (54,8%) được đặt khung cố định ngoài Muller và 14 bệnh nhân đặt khung cố định ngoài chữ "T" cho gãy 1/3 dưới xương chày gần cổ chân. Sau nắn chỉnh và cố định bằng kim Kirschner, khung giữ cổ chân ở tư thế trung tính, phòng co rút gân gót.

3.2.5. Hình thái gãy xương

Bảng 3.6. Phân loại hình thái gãy

Hình thái gãy xương	A			B			C			Tổng
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	
BN (n)	7	3	4	5	3	1	2	6	0	31
Tỷ lệ (%)	22.6	9.7	12.9	16.1	9.7	3.2	6.5	19.3	0	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, loại hình tổn thương theo phân loại A và B chiếm tỷ lệ cao, lần lượt 45,2% và 29%, trong đó A1 phổ biến nhất với 22,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Thời gian phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 137,4 ± 39,6 phút, nhanh nhất 70 phút và dài nhất 225 phút. Thời gian phẫu thuật này dài hơn so với các nghiên cứu trước đây, ví dụ Nguyễn Văn Nhiệm ghi nhận trung bình 75,7 ± 27,8 phút [12], Lê Uy Phương 80 ± 31,9 phút [3]. Nguyên nhân chủ yếu là do nhóm bệnh nhân nghiên cứu là gãy hở độ ba A và độ ba B, với tổn thương phần mềm rộng, cần cắt lọc kỹ các mô chết hoặc dập nát, rửa liên tục bằng nước muối sinh lý và dung dịch povidone để giảm nguy cơ nhiễm trùng sau mổ. Bên cạnh đó, việc đặt khung cố định ngoài cũng kéo dài thời gian phẫu thuật so với các ca gãy hở đơn thuần.

Nguyên nhân chấn thương: Tai nạn giao thông chiếm 90,3% các trường hợp, tương tự các

cao gấp 5 lần so với vị trí 1/3 trên (12,9%) và 2,9 lần so với vị trí 1/3 giữa (22,6%).

3.2.3. Tổn thương phối hợp

Bảng 3.4. Tổn thương phối hợp của bệnh nhân nghiên cứu

Tổn thương phối hợp	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Có	14	45.2
Không	17	54.8
Tổng	31	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, 45,2% bệnh nhân có tổn thương phối hợp, đây là yếu tố góp phần làm tiên lượng bệnh nặng hơn.

3.2.4. Khung cố định ngoài được sử dụng trong phẫu thuật

Bảng 3.5. Khung cố định ngoài được sử dụng trong phẫu thuật

Khung cố định ngoài	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Khung Muller	17	54.8
Khung chữ "T"	14	45.2
Tổng	31	100

nghiên cứu trước (Hồ Văn Bình 89,2% [1]; Phạm Việt Triều 86,7% [4]; Lê Uy Phương 85% [3]). Tỷ lệ cao này phản ánh thực tế lưu thông phương tiện chủ yếu là xe gắn máy, mật độ giao thông lớn và ý thức tham gia giao thông còn hạn chế.

Cơ chế chấn thương: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều bị chấn thương trực tiếp, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đoàn Trường Giang, cho thấy các gãy hở thân xương chày thường liên quan đến lực tác động trực tiếp mạnh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và X-quang.

Phân loại gãy hở theo Gustilo-Anderson: Gãy độ ba A chiếm 77,4%, cao gấp 3,4 lần gãy độ ba B (22,6%), tương tự Phạm Việt Triều (83,3% độ ba A) [9] và Lê Uy Phương (60% độ ba A) [3]. Kết quả này phản ánh lực chấn thương lớn ở các bệnh nhân gãy hở độ III, đồng thời phù hợp với xu hướng tăng tỷ lệ gãy độ IIIA trong các nghiên cứu gần đây.

Vị trí gãy xương: Đa số bệnh nhân gãy 1/3 dưới xương chày (64,5%), cao gấp 5 lần gãy 1/3 trên (12,9%) và 2,9 lần 1/3 giữa (22,6%), gần với kết quả của Lê Uy Phương (1/3 dưới-giữa 53,3%) [3]. Các vị trí gãy này thường chịu lực

tác động trực tiếp mạnh và gần các khớp, làm tăng nguy cơ tổn thương phần mềm.

Hình thái gãy xương: Gãy đơn giản chiếm 45,2%, gãy có mảnh rời 29% và gãy phức tạp 25,8%, trong đó gãy chéo xoắn phổ biến nhất với 22,6%. Nguyên nhân chính là lực chấn thương trực tiếp mạnh tác động vào xương chày sát da [4]. Các mảnh rời nhỏ được loại bỏ, trong khi mảnh lớn hoặc còn dính màng xương được giữ lại, nắn chỉnh giải phẫu trước khi đặt khung cố định ngoài, giúp duy trì hình thể xương gãy và thuận lợi cho các bước cố định tiếp theo.

Khung cố định ngoài: Trong nghiên cứu, 17 bệnh nhân được đặt khung cố định ngoài Muller (54,8%) và 14 bệnh nhân được đặt khung cố định ngoài chữ T cho gãy 1/3 dưới gần khớp cổ chân. Sau khi cắt lọc và nắn chỉnh, các mảnh rời được cố định bằng kim Kirschner. Khung được lắp sao cho cổ chân luôn giữ ở tư thế trung tính, giúp tránh co rút gân gót trong suốt thời gian bất động và bảo đảm ổ gãy được cố định chắc chắn.

V. KẾT LUẬN

Thời gian phẫu thuật trung bình là 137,4 ± 39,6 phút, nhanh nhất 70 phút và dài nhất 225 phút, trong khi thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày, phổ biến nhất từ 6–8 ngày. Tất cả bệnh nhân đều bị chấn thương trực tiếp. Phân loại gãy hở theo Gustilo–Anderson cho thấy gãy độ IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất (77,4%), cao gấp 3,4 lần so với gãy độ IIIB (22,6%). Vị trí gãy chủ yếu ở 1/3 dưới xương chày (64,5%), cao gấp 5 lần vị trí 1/3 trên (12,9%) và 2,9 lần vị trí 1/3 giữa (22,6%). Tổn thương phối hợp gặp ở 45,2% bệnh nhân, là yếu tố góp phần làm tiên lượng

bệnh nặng hơn.

Về hình thái gãy xương, loại gãy đơn giản chiếm ưu thế (45,2%), gãy có mảnh rời 29% và gãy phức tạp 25,8%, trong đó A1 phổ biến nhất với 22,6%. Trong xử trí, 17 bệnh nhân được đặt khung cố định ngoài Muller và 14 bệnh nhân đặt khung chữ T cho gãy 1/3 dưới gần khớp cổ chân. Sau khi nắn chỉnh và cố định bằng kim Kirschner, khung giữ cổ chân ở tư thế trung tính, giúp phòng ngừa co rút gân gót trong quá trình bất động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Văn Bình (2005)**, Đánh giá tác dụng khung cố định ngoài Fessa trong điều trị gãy hở xương cẳng chân tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn BSCK II, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trương Trí Hữu, Nguyễn Văn Nhiệm**, "Đánh giá kết quả điều trị gãy hở 1/3 dưới hai xương cẳng chân bằng khung cố định ngoài kiểu Ilizarov", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20(1).
3. **Lê Uy Phương (2021)**, Đánh giá kết quả điều trị gãy hở thân xương cẳng chân độ III bằng bất động ngoài kiểu Orthofix, Luận văn bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. **Phạm Việt Triều (2011)**, Đánh giá kết quả cố định ngoài trong điều trị gãy hở thân xương cẳng chân độ IIIa IIIb theo Gustilo, Luận văn bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Court-Brown C. M., Caesar B. (2006)**, "Epidemiology of adult fractures: A review", *Injury*, 37(8), 691-7.
6. **Cross W. W., 3rd, Swiontkowski M. F. (2008)**, "Treatment principles in the management of open fractures", *Indian J Orthop*, 42(4), 377-86.
7. **Michelle Cesarano, Sandness Brea, Perry Karen L (2021)**, "Emergency management of open fractures", *Companion Animal*, 10.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THỂ BỆNH, THỂ CHẤT THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐẾN NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ NỘI NĂM 2024

Hoàng Vũ Long¹, Chu Thị Khánh Chi¹, Phạm Minh Ngọc,
Luu Thị Hùng, Nguyễn Việt Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát thể bệnh, thể chất theo Y học cổ truyền và các

¹Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Vũ Long

Email: hoangvulong84@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026

yếu tố liên quan của người bệnh đến nội soi đại tràng tại Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2024. **Đối tượng:** Các bệnh nhân >18 tuổi đến khám nội soi đại tràng tại Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, được phát hiện CRP qua nội soi đại tràng tại Chẩn đoán hình ảnh thăm dò chức năng bệnh viện đa khoa y học cổ truyền Hà Nội từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 186 người bệnh đến nội soi đại tràng có độ tuổi trung bình (50,76 ± 16,38), nữ giới chiếm đa số (63%), nghề nghiệp lao