

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN XƯƠNG CÁNҺ TAY Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 5

Mai Đức Thuận¹, Vũ Đăng Khoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương cánh tay ở người trưởng thành bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 43 bệnh nhân gãy kín thân xương cánh tay được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 5, Quân khu 3 trong giai đoạn từ năm 2018 đến năm 2023. Trong đó có 30 BN được theo dõi và đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật dựa trên mức độ liền xương trên X-quang, khả năng phục hồi chức năng khớp vai và khớp khuỷu, kết quả chung theo thang điểm Neer cải biến và ghi nhận các biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,0 ± 2,99 tuổi, tỷ lệ nam và nữ tương đương. Gãy xương thường gặp nhất ở vị trí 1/3 giữa thân xương cánh tay (65,1%) và đa số thuộc nhóm gãy loại A theo phân loại AO (60,4%). Trong số 30 bệnh nhân được theo dõi kết quả xa, thời gian theo dõi trung bình là 34,5 ± 5,4 tháng, dài nhất là 65 tháng. Tỷ lệ liền xương đạt 100%, trong đó 86,7% đạt kết quả rất tốt và 13,3% đạt kết quả tốt. Không ghi nhận trường hợp chậm liền xương hoặc khớp giả. Ngoài ra, không ghi nhận các biến chứng nặng sau phẫu thuật như nhiễm khuẩn sâu, tổn thương thần kinh quay do phẫu thuật hay biến chứng liên quan tới nẹp vít.

Kết luận: Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít là phương pháp điều trị hiệu quả đối với gãy kín thân xương cánh tay ở người trưởng thành, giúp cố định ổ gãy vững chắc, đạt tỷ lệ liền xương cao và phục hồi chức năng tốt.

Từ khóa: Gãy thân xương cánh tay; kết hợp xương nẹp vít; liền xương; phục hồi chức năng.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF PLATE FIXATION FOR CLOSED HUMERAL SHAFT FRACTURES IN ADULTS: A STUDY AT MILITARY HOSPITAL 5

Objective: To evaluate the treatment outcomes of plate fixation for closed humeral shaft fractures in adults.

Material and methods: A descriptive study was conducted on 43 patients with closed humeral shaft fractures treated with plate osteosynthesis at Military Hospital 5, Military Region 3 from 2018 to 2023. Among them, 30 patients were followed up for long-term outcomes after surgery. The outcomes were evaluated based

on radiographic bone union, functional recovery of the shoulder and elbow joints, overall results according to the modified Neer score, and postoperative complications.

Results: The mean age of the study population was 51.0 ± 2.99 years, with a similar distribution between males and females. Fractures most commonly occurred in the middle third of the humeral shaft (65.1%), and the majority were classified as AO type A fractures (60.4%). Among the 30 patients with long-term follow-up, the mean follow-up duration was 34.5 ± 5.4 months, with the longest follow-up of 65 months. The bone union rate was 100%, including 86.7% excellent results and 13.3% good results. No cases of delayed union or nonunion were recorded. In addition, no major postoperative complications such as deep infection, iatrogenic radial nerve injury, or implant-related complications were observed.

Conclusion: Plate fixation is an effective treatment method for closed humeral shaft fractures in adults, providing stable fixation, a high bone union rate, and good functional recovery.

Keywords: Humeral shaft fracture; plate fixation; bone union; functional recovery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương cánh tay là một tổn thương thường gặp trong chấn thương chỉnh hình, chiếm khoảng 1–3% tổng số các gãy xương và 8–19% các gãy thân xương dài, có thể kèm theo các biến chứng như tổn thương thần kinh quay (TKQ), chậm liền xương hoặc khớp giả, ảnh hưởng đáng kể đến chức năng chi trên và khả năng lao động của người bệnh^{1,2}.

Điều trị gãy thân xương cánh tay bao gồm điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh và bó bột thường đòi hỏi thời gian bất động kéo dài, dễ xảy ra di lệch thứ phát và hạn chế vận động khớp vai, khớp khuỷu². Vì vậy, trong những năm gần đây, điều trị phẫu thuật ngày càng được áp dụng nhằm cố định ổ gãy vững chắc và tạo điều kiện cho vận động sớm.

Trong các phương pháp phẫu thuật, kết hợp xương bằng nẹp vít là kỹ thuật được sử dụng phổ biến trong điều trị gãy kín thân xương cánh tay ở người trưởng thành, giúp nắn chỉnh giải phẫu tốt, cố định ổ gãy vững và tạo thuận lợi cho quá trình liền xương cũng như phục hồi chức năng^{2–5}.

Tại Bệnh viện Quân y 5 – Quân khu 3, phương pháp này đã được áp dụng trong điều trị gãy kín thân xương cánh tay và bước đầu cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, việc đánh giá một cách hệ thống kết quả điều trị tại cơ sở còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 5

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận

Email: tuanmd108@gmail.com

Mã bài: N784

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/3/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương cánh tay ở người trưởng thành bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 43 bệnh nhân (BN) gãy kín thân xương cánh tay được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 5, Quân khu 3 trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín thân xương cánh tay và được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít; có đầy đủ hồ sơ bệnh án và phim X-quang trước và sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Gãy xương bệnh lý; tổn thương đám rối thần kinh cánh tay cùng bên; có tổn thương cũ hoặc dị tật ở chi trên cùng bên ảnh hưởng đến đánh giá kết quả phục hồi chức năng; các trường hợp được điều trị bằng phương pháp kết hợp xương khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm chung của bệnh nhân (tuổi, giới), nguyên nhân và cơ chế chấn thương, vị trí gãy xương, phân loại gãy xương theo AO, tình trạng tổn thương thần kinh quay và các tổn thương phối hợp. Tất cả bệnh nhân được chụp X-quang cánh tay tư thế thẳng và nghiêng để xác định vị trí gãy và phân loại tổn thương.

2.3. Kỹ thuật phẫu thuật

Các bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít (nẹp DCP) qua đường mổ trước ngoài cánh tay. Sau khi bộc lộ ổ gãy, tiến hành nắn chỉnh giải phẫu và cố định bằng nẹp vít với tối thiểu 3 vít ở mỗi đầu ổ gãy. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được điều trị kháng sinh, giảm đau và hướng dẫn tập vận động sớm khớp vai và khớp khuỷu.

2.4. Đánh giá kết quả

Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên: mức độ liền xương trên X-quang, phục hồi chức năng khớp vai và khớp khuỷu theo tiêu chuẩn của Stewart và Hundley, kết quả chung theo thang điểm Neer cải biên và ghi nhận các biến chứng.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

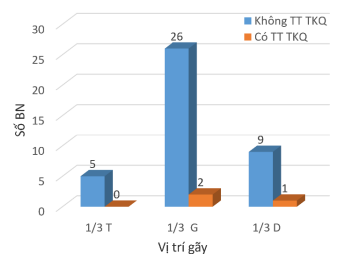
III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ($n = 43$)

Đặc điểm	Bệnh nhân		
	N	%	
Tuổi (năm)			
19 – 40	16	37,2%	
41 – 60	11	25,6%	
> 61	16	37,2%	
$\bar{X} \pm SD$	51,0 $\pm$ 2,99		
Giới			
Nữ	22	51,2%	
Nam	21	48,8%	
Vị trí gãy			
1/3 trên	5	11,6%	
1/3 giữa	28	65,1%	
1/3 dưới	10	23,3%	
Phân loại đường gãy theo AO			
A	A1	7	16,3%
	A2	9	20,9%
	A3	10	23,2%
B	B1	6	14.0%
	B2	8	18.6%
	B3	3	7.0%

Nhận xét: Bệnh nhân gãy thân xương cánh tay gặp ở nhiều nhóm tuổi khác nhau, trong đó nhóm 19–40 tuổi và ≥ 61 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (37,2%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,0 $\pm$ 2,99 tuổi. Tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau. Gãy thân xương cánh tay 1/3 giữa gặp nhiều nhất (65,1%). Phân loại AO cho thấy gãy loại A chiếm tỷ lệ cao hơn (60,4%). Gãy kiểu A3 gặp nhiều nhất chiếm 23,2%, ít nhất là kiểu B3 với 3 BN chiếm 7,0%.



Biểu đồ 1. Tổn thương TKQ liên quan vị trí ổ gãy ($n = 43$)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 3 BN (7,0%) có biểu hiện tổn thương TKQ, trong đó 2 bệnh nhân biểu hiện rõ trên lâm sàng về liệt vận động và rối loạn cảm giác được mổ sớm ngay trong ngày đầu, trong mổ thấy TKQ bị kẹt giữa ổ gãy (đụng dập) xử trí giải phóng TKQ đưa ra trước; 1 bệnh nhân chỉ có tê giảm cảm giác cẳng bàn tay vùng TKQ chi phối và có tổn thương gãy cánh chậu ít di lệch, vỡ thận

trong bao kết hợp nên phẫu thuật sau 7 ngày. Có 2 BN tổn thương TKQ gặp ở vị trí gãy 1/3 giữa và 1 BN gặp ở vị trí gãy 1/3 dưới

3.2. Kết quả điều trị

Trong số 43 bệnh nhân, có 30 bệnh nhân được theo dõi kết quả xa. Thời gian theo dõi trung bình là $34,5 \pm 5,4$ tháng, dài nhất là 65 tháng.

Bảng 2. Liên quan giữa kiểu gãy theo AO và kết quả liền xương ($n = 30$)

Đặc điểm			Phân loại AO		Tổng	p
			A	B		
Kết quả liền xương	Rất tốt	N	17	9	26	0,026
		%	56,7%	30,0%	86,7%	
	Tốt	N	0	4	4	
		%	0,0%	13,3%	13,3%	

Nhận xét: Kết quả rất tốt và tốt đạt 100%. Có 4 BN đạt tốt (13,3%) vì có di lệch mở góc $< 10^\circ$ hoặc di lệch sang bên dưới 1 vỏ xương. Không có BN nhân nào chậm liền xương, khớp giả. Tỷ lệ liền xương rất tốt trong gãy loại A là 56,7%. Gãy loại B có 9 BN liền xương rất tốt, 4 BN liền xương tốt chủ yếu do còn di lệch mở góc $< 10^\circ$ hoặc di lệch sang bên < 1 vỏ xương. Gãy loại B có kết quả liền xương kém hơn gãy loại A, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,026 < 0,05$.

Bảng 3. Kết quả chức năng sau phẫu thuật

Kết quả	Phân loại	N	%
Kết quả chung theo Neer cải biên	Rất tốt	26	86,7%
	Tốt	4	13,3%
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Chức năng vận động khớp vai	Rất tốt	19	63,3%
	Tốt	10	33,4%
	Trung bình	1	3,3%
Chức năng vận động khớp khuỷu	Rất tốt	20	66,7%
	Tốt	9	30,0%
	Trung bình	1	3,3%

Nhận xét: Kết quả chung theo tiêu chuẩn của Neer cải biên tốt và rất tốt là 100%, không có kết quả trung bình, kém. Chức năng khớp vai tốt và rất tốt là 29/30 BN. Chỉ có 01 BN chức năng khớp vai trung bình (do tuổi cao, 83 tuổi, sau mổ tập vận động kém). Vận động khớp khuỷu đạt rất tốt và tốt là 96,7%. Đạt kết quả trung bình có 01 BN (3,3%). Nguyên nhân bệnh nhân có tổn thương gãy mỏm khuỷu phối hợp, được phẫu thuật kết xương néo ép số 8 cùng với KHX cánh tay. BN hạn chế gấp khuỷu 90° .

Kết quả hồi phục TK sau mổ: cả 3 BN đều tổn thương thần kinh độ I. Trong đó, 2 BN được phẫu thuật trong ngày đầu, kiểm tra thấy TKQ kẹt giữa ổ gãy gây đụng dập, xử trí giải phóng TKQ đưa ra trước rồi phẫu thuật KHX cánh tay nẹp vít, cả 2 BN hồi phục sau mổ 6 tháng. 1 BN lâm sàng chỉ tê, mất cảm giác mu ngón I, II tay gãy, trong mổ kiểm tra thấy TKQ chỉ bị căng dẫn, không kẹt, xử trí phẫu thuật KHX nẹp vít, hiện tại tháng thứ 3, BN còn tê, mất cảm giác mu ngón I, II bên bị tổn thương mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,0 \pm 2,99$ tuổi, với sự phân bố tương đối đồng đều giữa nam và nữ; hai nhóm tuổi 19–40 và ≥ 61 chiếm tỷ lệ cao nhất (37,2%). So với các nghiên cứu trước đây, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn³⁻⁷. Điều này cho thấy gãy thân xương cánh tay không chỉ gặp ở người trẻ do chấn thương năng lượng cao mà còn gặp ở người cao tuổi, có thể liên quan đến việc mở rộng chỉ định phẫu thuật nhằm hạn chế các biến chứng của điều trị bảo tồn.

Về vị trí gãy xương, gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay chiếm tỷ lệ cao nhất (65,1%). Đây là vị trí thường gặp do đặc điểm giải phẫu của thân xương cánh tay và sự liên quan gần với thần kinh quay chạy trong rãnh xoắn. Phân loại theo AO cho thấy gãy loại A chiếm ưu thế (60,4%), tiếp đến là loại B (39,6%), không ghi nhận gãy loại C, phù hợp với đặc điểm các dạng gãy đơn giản thường gặp trong thực hành lâm sàng³⁻⁵.

Tổn thương thần kinh quay là một biến chứng thường gặp của gãy thân xương cánh tay, với tỷ lệ khoảng 10% trong y văn⁸⁻¹⁰. Biến chứng này thường gặp nhất trong gãy đoạn 1/3 giữa thân xương cánh tay do mối liên quan giải phẫu chặt chẽ giữa thần kinh quay và xương tại vị trí này³⁻⁷.

Hiện nay có hai trường phái đối lập nhau trước một BN gãy thân XCT có liệt TKQ: điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Một số tác giả đề nghị điều trị bảo tồn, theo dõi và chờ hồi phục sau một thời gian nhất định, do phần lớn các trường hợp tổn thương thần kinh quay chỉ là tình trạng căng dẫn và có khả năng hồi phục tự nhiên cao^{1,8,9}. Tuy nhiên, các tác giả có quan điểm mở sớm, thì cho rằng khoảng 11% trường hợp TKQ không hồi phục là tỷ lệ không nhỏ. Nếu trì hoãn đến sau 6 tháng mới can thiệp khi thần kinh không hồi phục thì kết quả nối hoặc ghép thần kinh thường không khả quan. Hơn nữa có nhiều trường hợp TKQ bị kẹt vào ổ gãy, đứt bán phần hoặc hoàn toàn¹⁰. Vì vậy, phẫu thuật sớm cho phép đánh giá chính xác tình trạng thần kinh quay và có hướng xử trí phù hợp. Quan điểm của chúng tôi cũng tương tự, ưu tiên can thiệp phẫu thuật sớm khi có dấu hiệu tổn thương thần kinh nhằm kiểm tra trực tiếp và giải phóng thần kinh nếu bị chèn ép hoặc mắc kẹt tại ổ gãy.

4.2. Kết quả liền xương

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ liền xương đạt 100%, trong đó 86,7% đạt kết quả rất tốt và 13,3% đạt kết quả tốt theo tiêu chuẩn Stewart và Hundley. Không ghi nhận trường hợp chậm liền xương hoặc

khớp giả. Kết quả của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu khác trong nước^{3,6}, cho thấy phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít có hiệu quả cao trong điều trị gãy kín thân xương cánh tay.

Tỷ lệ liền xương cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố. Thứ nhất, phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít cho phép nắn chỉnh giải phẫu tốt và cố định ổ gãy vững chắc. Thứ hai, kỹ thuật phẫu thuật được thực hiện theo quy trình chuẩn với việc bắt tối thiểu 3 vít ở mỗi đầu ổ gãy, đảm bảo độ vững chắc của hệ thống kết xương. Ngoài ra, việc hướng dẫn bệnh nhân tập vận động sớm sau phẫu thuật cũng góp phần thúc đẩy quá trình phục hồi chức năng và liền xương.

Khi phân tích theo phân loại AO, chúng tôi nhận thấy gãy loại B có tỷ lệ liền xương kém hơn so với gãy loại A, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,026 < 0,05$). Điều này có thể do gãy loại B thường có đường gãy chéo xoắn hoặc có mảnh rời, làm tăng mức độ tổn thương phần mềm và màng xương². Các yếu tố này có thể ảnh hưởng đến quá trình liền xương sau phẫu thuật. Ngoài ra, trong các trường hợp gãy phức tạp, việc nắn chỉnh và cố định ổ gãy cũng gặp nhiều khó khăn hơn. Do đó, hình thái gãy xương là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả liền xương trong điều trị gãy thân xương cánh tay.

4.3. Kết quả phục hồi chức năng

Kết quả đánh giá theo thang điểm Neer cải biên cho thấy 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, trong đó 86,7% đạt mức rất tốt. Bên cạnh đó, chức năng khớp vai và khớp khuỷu phục hồi khả quan với 96,7% trường hợp đạt mức tốt và rất tốt, cho thấy phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít không chỉ đảm bảo sự liền xương vững chắc mà còn góp phần cải thiện chức năng chi trên.

Điều này có thể được giải thích bởi đặc điểm cố định ổ gãy vững của phương pháp nẹp vít, cho phép bệnh nhân tập vận động sớm sau phẫu thuật. Việc vận động sớm giúp hạn chế các biến chứng như cứng khớp vai, cứng khớp khuỷu và teo cơ, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình phục hồi chức năng. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây, trong đó tỷ lệ phục hồi chức năng tốt và rất tốt chiếm đa số^{3,5}.

4.4. Biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận các biến chứng nặng như nhiễm khuẩn sâu, tổn thương thần kinh quay do phẫu thuật, chậm liền xương hoặc khớp giả. Kết quả này cho thấy phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít là phương pháp điều trị an toàn khi được thực hiện đúng chỉ định và tuân

thủ nguyên tắc kỹ thuật. Việc lựa chọn đường mổ trước ngoài cánh tay cùng với thao tác phẫu thuật cẩn thận giúp hạn chế nguy cơ tổn thương thần kinh quay trong quá trình bóc lộ và cố định ổ gãy. Đồng thời, chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp biến chứng liên quan dụng cụ kết xương như gãy nẹp hoặc lỏng vít. Điều này cho thấy việc lựa chọn loại nẹp phù hợp và cố định vững chắc ổ gãy đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Gãy kín thân xương cánh tay trong nghiên cứu gặp ở nhiều nhóm tuổi, với tuổi trung bình $51,0 \pm 2,99$; vị trí gãy thường gặp nhất là 1/3 giữa thân xương cánh tay, đa số thuộc nhóm gãy loại A theo phân loại AO.

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít cho tỷ lệ liền xương cao, phục hồi chức năng tốt và ít biến chứng, đồng thời cho phép bệnh nhân vận động sớm sau mổ. Phẫu thuật sớm cũng giúp đánh giá và xử trí kịp thời tổn thương thần kinh quay khi có chỉ định, góp phần nâng cao kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc. Gãy thân xương cánh tay. In: *Chấn Thương Chính Hình*. Nhà xuất bản Y học; 2013:226-229.
2. Gallusser N, Barimani B, Vauclair F. Humeral shaft fractures. *EFORT Open Rev*. 2021;6(1):24-34. doi:10.1302/2058-5241.6.200033
3. Nguyễn Thế Độ. *Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Phẫu*

Thuật Gãy Kín Thân Xương Cánh Tay ở Người Lớn Bằng Nẹp Vít Tại Bệnh Viện Việt Đức. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2012.

4. Nguyễn Mộc Sơn, Đỗ Văn Minh, Hoàng Minh Thắng, Nguyễn Mạnh Khánh, Ngô Văn Toàn. Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khoá điều trị gãy kín thân xương cánh tay. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2022;510(2). doi:10.51298/vmj.v510i2.1962
5. Phạm Ngọc Thắng, Nguyễn Bá Ngọc, Trần Văn Phương, Nguyễn Thanh Long. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương cánh tay bằng nẹp vít tại bệnh viện quân y 105. *VietNam Mil Med Unisversity*. 2023;48(2):43-49. doi:10.56535/jmpm.v48i2.264
6. Từ Quốc Hiệu. *Đánh Giá Kết Quả Kết Xương Nẹp Vít Gãy Kín Thân Xương Cánh ở Người Lớn Tại Bệnh Viện Việt Đức*. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2002.
7. Su J can, Liu X wei, Yu B qing, Li Z dong, Li M, Zhang C cai. Shape memory Ni-Ti alloy swan-like bone connector for treatment of humeral shaft nonunion. *Int Orthop*. 2010;34(3):369-375. doi:10.1007/s00264-009-0726-0
8. Ekholm R, Ponzer S, Törnkvist H, Adami J, Tidermark J. Primary Radial Nerve Palsy in Patients With Acute Humeral Shaft Fractures. *J Orthop Trauma*. 2008;22(6):408-414. doi:10.1097/BOT.0b013e318177eb06
9. Shao YC, Harwood P, Grotz MRW, Limb D, Giannoudis PV. Radial nerve palsy associated with fractures of the shaft of the humerus: A SYSTEMATIC REVIEW. *J Bone Joint Surg Br*. 2005;87-B(12):1647-1652. doi:10.1302/0301-620X.87B12.16132
10. Chang G, Ilyas AM. Radial Nerve Palsy After Humeral Shaft Fractures. *Hand Clin*. 2018;34(1):105-112. doi:10.1016/j.hcl.2017.09.011

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư dạ dày (UTDD) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 trường hợp UTDD được PTNS cắt dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023.

Kết quả: Tuổi mắc bệnh trung bình là $57,5 \pm 10,5$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,93/1. Kết quả nội soi dạ dày, vị trí khối u gặp nhiều nhất là vùng hang môn vị với 66%. Về đại thể, thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,4%; kích cỡ u từ 3 - 5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,2% trường hợp. Cắt dạ dày bán phần cực dưới là phương pháp phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất với 93,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình $183 \pm 32,8$ (phút). Giai đoạn T4a chiếm đa số với tỷ lệ 50%. Di căn hạch có 52,3% trường hợp, trong đó giai đoạn N2, N3a thường gặp nhất nhất với tỷ lệ lần lượt là 20,5% và 22,7%.

¹Trường Đại học Ngoại ngữ - Tin học TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: canhnt@huflit.edu.vn

Mã bài: N778

Ngày nhận bài: 4/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 3/4/2026

Ngày duyệt bài: 10/5/2026