

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Irwin K., Sexton C., Daniel T., et.al. Healthy Aging and Dementia: Two Roads Diverging in Midlife? Front Aging Neurosci. 2018; 10:275. doi:10.3389/fnagi.2018.00275.
2. World Health Organization. Dementia. World Health Organization. September 20,2022. February 22,2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Collaborators GBD 2016 Causes of Death. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017; 390(10100):1151-1210. doi:10.1016/s0140-6736(17)32152-9.
4. Lee W., Kang S. H., Kim S. H., et.al. Impact of dementia and drug compliance on patients with acute myocardial infarction. Clin Cardiol. 2023; 46(10):1253-1259. doi:10.1002/clc.24091.
5. Tomioka T., Takahashi R., Ikumi Y., et.al. Influence of cognitive impairment on cardiac mortality after percutaneous coronary intervention in very elderly patients: a retrospective observational study. J Geriatr Cardiol. 2019; 16(10):733-740. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2019.10.005.
6. Dirjayanto V. J., Alkhalil M., Dodson J., et.al. Cognitive impairment and outcomes in older adults with non-ST-elevation acute coronary syndrome. Heart. 2024; 110(6):416-424. doi:10.1136/heartjnl-2023-323224.
7. Gharacholou S. M., Reid K. J., Arnold S. V., et.al. Cognitive impairment and outcomes in older adult survivors of acute myocardial infarction: findings from the translational research investigating underlying disparities in acute myocardial infarction patients' health status registry. Am Heart J. 2011; 162(5):860-869.e1. doi:10.1016/j.ahj.2011.08.005.
8. Gu S. Z., Beska B., Chan D., et.al. Cognitive Decline in Older Patients With Non- ST Elevation Acute Coronary Syndrome. J Am Heart Assoc. 2019; 8(4):e011218. doi:10.1161/jaha.118.011218.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GÂY KÍN MONTEGGIA Ở NGƯỜI LỚN BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG TRỤ BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Mai Đức Thuận¹, Nguyễn Bình Khương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gây kín Monteggia ở người trưởng thành bằng kết hợp xương trụ bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 31 bệnh nhân gãy kín Monteggia ở người trưởng thành được điều trị phẫu thuật bằng kết hợp xương trụ bằng nẹp vít tại

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp từ 01/2020 đến 06/2024. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên tình trạng liền xương trên X quang và chức năng khớp khuỷu theo thang điểm Mayo Elbow Performance Score (MEPS).

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,68 ± 12,68 tuổi, nam chiếm 58,1%. Cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm 71%. Phân loại theo Bado, đa số là loại I chiếm 61,3%. Sau phẫu thuật, tất cả các trường hợp chỏm xương quay được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu, không ghi nhận trường hợp trật lại chỏm quay. Hầu hết bệnh nhân đạt liền xương tốt sau 6 – 12 tháng theo dõi và chức năng khớp khuỷu theo thang điểm MEPS đạt kết quả tốt và rất tốt ở đa số trường hợp.

Kết luận: Phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với gãy kín Monteggia ở người trưởng thành, giúp phục hồi giải phẫu ổ gãy và cải thiện chức năng khớp khuỷu.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận

Email: thuanmd108@gmail.com

Mã bài: N783

Ngày nhận bài: 7/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026

Từ khóa: Gãy Monteggia; kết hợp xương nẹp vít; khớp quay trụ trên; Mayo Elbow Performance Score.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF CLOSED MONTEGGIA FRACTURES IN ADULTS TREATED WITH ULNAR PLATE FIXATION AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical outcomes of closed Monteggia fractures in adults treated with ulnar plate fixation at Viet Tiep Friendship Hospital.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on 31 adult patients with closed Monteggia fractures who underwent surgical treatment with ulnar plate fixation at Viet Tiep Friendship Hospital from January 2020 to June 2024. Treatment outcomes were evaluated based on radiographic bone union and functional recovery of the elbow using the Mayo Elbow Performance Score (MEPS).

Results: The mean age of patients was 36.68 ± 12.68 years, with males accounting for 58.1% of cases. The most common injury mechanism was direct trauma (71%). According to the Bado classification, type I accounted for 61.3%. After surgery, all radial heads were successfully reduced to their anatomical position, and no cases of recurrent radial head dislocation were observed. Most patients achieved good bone union within 6–12 months, and functional evaluation using the MEPS demonstrated good to excellent outcomes in the majority of cases.

Conclusion: Surgical treatment of Monteggia fractures in adults using ulnar plate fixation is a safe and effective method, providing good anatomical restoration and favorable functional recovery of the elbow joint.

Keywords: Monteggia fracture; plate fixation; proximal radioulnar joint; Mayo Elbow Performance Score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Monteggia là tổn thương đặc trưng bởi gãy xương trụ kèm theo trật khớp quay trụ trên, được Giovanni Battista Monteggia mô tả lần đầu vào năm 1814¹. Đây là dạng chấn thương hiếm gặp ở người trưởng thành, chiếm khoảng 1–5% các trường hợp gãy xương cẳng tay nhưng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do tổn thương đồng thời cả xương và khớp². Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh

nhân (BN) có thể gặp các biến chứng như hạn chế vận động khớp khuỷu, giảm biên độ sấp ngửa cẳng tay hoặc mất vững khớp quay trụ trên, ảnh hưởng đáng kể đến chức năng chi trên^{3,4}. Ở người trưởng thành, điều trị gãy Monteggia chủ yếu là phẫu thuật nhằm phục hồi giải phẫu xương trụ và tái lập sự vững chắc của khớp quay trụ trên. Trong đó, kết hợp xương trụ bằng nẹp vít được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn hiện nay^{5–8}.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, phương pháp này đã được áp dụng thường quy trong điều trị gãy Monteggia ở người trưởng thành, ghi nhận kết quả khả quan. Do đó, để tổng kết, đánh giá và góp phần nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín Monteggia ở người lớn bằng kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 31 BN gãy kín Monteggia ở người trưởng thành được điều trị phẫu thuật bằng kết hợp xương nẹp vít tại Khoa Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong giai đoạn từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi từ 16 trở lên, được chẩn đoán gãy kín Monteggia dựa trên thăm khám lâm sàng và hình ảnh X quang, được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít và có hồ sơ bệnh án, phim X quang đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN dưới 16 tuổi, gãy Monteggia hở, gãy xương bệnh lý, có bệnh lý hoặc di chứng ảnh hưởng đến chức năng khớp khuỷu cùng bên trước chấn thương, hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc BN không hợp tác theo dõi đều được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. Thông tin nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện, phim X quang trước và sau phẫu thuật, đồng thời tiến hành khám lại BN theo lịch hẹn. Các dữ liệu được ghi nhận theo mẫu

bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm đặc điểm chung của BN như tuổi, giới, nguyên nhân và cơ chế chấn thương; phân loại gãy Monteggia theo Bado; thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật; phương pháp vô cảm và phương pháp phẫu thuật

2.3. Đánh giá kết quả

Kết quả điều trị được đánh giá thông qua kết quả gần và kết quả xa. Kết quả gần bao gồm tình trạng liền vết mổ, hình ảnh X quang sau phẫu thuật và thời gian nằm viện. Kết quả xa được đánh giá dựa trên sự liền xương trên X quang và mức độ phục hồi chức năng khớp khuỷu theo thang điểm Mayo Elbow Performance Score (MEPS), phân loại thành 4 mức độ: rất tốt (90–100 điểm), tốt (75–89 điểm), trung bình (60–74 điểm) và kém (dưới 60 điểm).

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS, các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm BN là $36,68 \pm 12,68$ tuổi, nhỏ nhất 16 tuổi và lớn nhất 62 tuổi. Nhóm tuổi 16–60 chiếm tỷ lệ chủ yếu với 29/31 BN (93,5%). Về giới tính, chúng tôi ghi nhận 18 BN nam (58,1%) và 13 BN nữ (41,9%), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 3/2. Về cơ chế chấn thương, cơ chế trực tiếp chiếm tỷ lệ cao với 22/31 BN (71%). Phân loại gãy Monteggia theo Bado cho thấy loại I chiếm tỷ lệ cao nhất với 19/31 trường hợp (61,3%), tiếp theo là loại III với 8/31 trường hợp (25,8%) và loại II với 4/31 trường hợp (12,9%). Trong nghiên cứu không ghi nhận trường hợp Bado IV. Tổn thương thần kinh quay đi kèm gặp ở 2/31 BN (6,5%), và cả hai trường hợp này đều thuộc phân loại Bado III.

Các đặc điểm chung của BN được trình bày chi tiết trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 31)

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Tuổi (năm)		
16-60	29	93,55%
> 60	2	6,45%
$\bar{X} \pm SD$	36,68 ± 12,68 (16 – 62)	
Giới		
Nam	18	58,06%
Nữ	13	41,94%
Cơ chế chấn thương		
Trực tiếp	22	71%
Gián tiếp	9	29%
Phân loại Bado		
Type I	19	61,3%
Type II	4	12,9%
Type III	8	25,8%
Type IV	0	0%
Tổn thương thần kinh quay		
Có tổn thương	2	6,5%
Không tổn thương	29	93,5%

3.2. Phương pháp điều trị

Bảng 2. Đặc điểm phương pháp điều trị (n = 31)

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Thời điểm phẫu thuật sau chấn thương		
Trước 24 giờ	9	29,03%
Từ 24h – 72 giờ	21	67,74%
Trên 72 giờ	1	3,23%
$\bar{X} \pm SD$	0,87 $\pm$ 0,8 ngày	
Phương pháp vô cảm		
Tê đám rối cánh tay	29	93,5%
Mê NKQ	2	6,5%

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Phương pháp phẫu thuật		
Mở mở KHX trụ + nắn trật khớp kín	31	100%
Mở mở KHX trụ + nắn trật khớp mở	0	0%
Thời gian nằm viện (ngày)		
0 - 10	19	61,3%
> 10	12	38,7%
$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	9,51 $\pm$ 2,98 (5-17)	

Nhận xét: Có 9/31 BN (29,03%) được phẫu thuật trước 24 giờ, 21/31 BN (67,74%) được phẫu thuật từ 24-72 giờ sau khi bị nạn, 1/31 BN (3,23%) phẫu thuật sau 72 giờ, thời gian trung bình từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật 0,87 $\pm$ 0,8 ngày. Trong 31 BN nghiên cứu có 29 (93,5 %) BN được tê đám rối thần kinh cánh tay, 2 BN (8,93%) được mê nội khí quản. Tất cả BN trong nhóm nghiên cứu với 31/31 BN đều được phẫu thuật theo phương pháp mở KHX trụ và nắn trật khớp kín. Số ngày nằm viện trung bình là 9,5 ngày, trong đó BN nằm ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày.

3.3. Kết quả điều trị

Trong số các BN nghiên cứu thì 30/31 BN liền vết mổ thì đầu (96,77%), chỉ có 1/31 trường hợp nhiễm khuẩn nông vết mổ (3,23%), là 1 trường hợp BN nam, 42 tuổi, tiền sử đái tháo đường tuýp 2. Sau phẫu thuật 6 ngày vết mổ còn nề và chảy dịch, xét nghiệm đường máu cao. BN được cắt chỉ cách, thay băng hàng ngày, phối hợp chuyên khoa Nội tiết kiểm soát đường máu. Những ngày sau diễn biến tốt, sau 14 ngày vết mổ liền tốt chỉ định cắt hết chỉ vết mổ và xuất viện.

Bảng 3. Kết quả liền xương

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Sau 6 tháng		
Liền tốt	22	75,9

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Liền xấu	7	24,1
Chậm liền	0	0
Gãy, bung phượng tiện kết xương	0	0
Tổng số	29	100
Sau 12 tháng		
Liền tốt	23	82,1
Liền xấu	5	17,9
Chậm liền	0	0
Gãy, bung phượng tiện kết xương	0	0
Tổng số	28	100

Nhận xét: Có 29 BN theo dõi lại sau 6 tháng, đạt kết quả liền tốt 22/29 BN (75,9%), liền xấu 7/29 BN (24,1%), không có trường hợp nào gãy, bung phượng tiện kết xương hoặc chậm liền. Sau 12 tháng, có 28 BN theo dõi lại, đạt kết quả liền tốt 23/28 BN (82,1%), liền xấu 5/28 BN (17,9%).

Bảng 4. Kết quả chức năng theo MEPS

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Sau 6 tháng		
Rất tốt	21	72,41
Tốt	7	24,14
Trung bình	1	3,45
Kém	0	0
$\bar{X} \pm SD$ (Min- Max)	90,86 $\pm$ 7.08 (65-100)	
Tổng số	29	100
Sau 12 tháng		
Rất tốt	24	85,7
Tốt	4	14,3
Trung bình	0	0
Kém	0	0
$\bar{X} \pm SD$ (Min- Max)	95,79 $\pm$ 3,93 (87-100)	
Tổng	28	100

Nhận xét: Có 29 BN theo dõi lại sau 6 tháng, điểm MEPS trung bình là $90,76 \pm 7,08$, cao nhất là 100 điểm và thấp nhất là 65 điểm. Trong đó rất tốt 21/29 BN (72,41%), tốt 7/29 BN (24,14%), tiếp theo là trung bình 1/29 BN (3,45%) và không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Sau 12 tháng, 28 BN theo dõi lại có điểm MEPS trung bình là $95,79 \pm 3,93$ tất cả đều đạt kết quả tốt và rất tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của BN là $36,68 \pm 12,68$ tuổi, nhỏ nhất 16 tuổi và lớn nhất 62 tuổi. Nhóm tuổi trẻ chiếm tỷ lệ cao và nam giới nhiều hơn nữ giới (58,1% so với 41,9%). Kết quả này cho thấy gãy Monteggia chủ yếu gặp ở nhóm tuổi lao động, phù hợp với đặc điểm chấn thương năng lượng cao và tương tự với các nghiên cứu trước đây^{5,7,8}.

Hiện nay có nhiều hệ thống phân loại được sử dụng trong nghiên cứu gãy Monteggia, tuy nhiên mục đích chung là xác định độ vững của ổ gãy, khả năng nắn chỉnh và tiên lượng liền xương nhằm lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và hạn chế biến chứng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phân loại Bado⁹, trong đó Bado I chiếm tỷ lệ cao nhất với 19/31 BN (61,3%), tương tự với các nghiên cứu trước đây^{6,10}.

Chúng tôi ghi nhận 2/31 BN (6,5%) có tổn thương thần kinh quay, và cả hai trường hợp đều thuộc Bado III. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phí Mạnh Công (2018)⁷. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho rằng tổn thương thần kinh quay thường gặp ở Bado II⁶. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu hoặc đặc điểm tổn thương của từng nhóm BN. Phần lớn các trường hợp tổn thương thần kinh quay là do kéo căng hoặc chèn ép tạm thời, nên thường tự hồi phục sau vài tháng mà không cần can thiệp phẫu thuật.

4.2. Đặc điểm phương pháp điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật là 0,87

$\pm 0,8$ ngày. Phần lớn BN được phẫu thuật trong 24–72 giờ sau chấn thương với 21/31 trường hợp (67,74%), trong đó 9/31 BN (29,03%) được phẫu thuật trong vòng 24 giờ, và chỉ 1/31 BN (3,23%) sau 72 giờ. Kết quả này cho thấy đa số BN được phẫu thuật sớm sau chấn thương, giúp phục hồi giải phẫu ổ gãy và nắn chỉnh khớp quay trụ trên kịp thời. Phẫu thuật sớm góp phần hạn chế các biến chứng như trật chỏm quay kéo dài, cứng khớp khuỷu hoặc tổn thương thần kinh, phù hợp với nhiều nghiên cứu cho rằng gãy Monteggia nên được điều trị phẫu thuật càng sớm càng tốt để đạt kết quả phục hồi chức năng tối ưu^{2,7}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tê đám rối thần kinh cánh tay là phương pháp vô cảm chủ yếu với 29/31 BN (93,5%), trong khi gây mê nội khí quản chỉ áp dụng ở 2/31 BN (6,5%). Phương pháp này có nhiều ưu điểm như giảm đau tốt trong và sau mổ, hạn chế biến chứng gây mê toàn thân và giúp BN hồi phục sớm, do đó được áp dụng phổ biến trong phẫu thuật chấn thương chi trên, đặc biệt ở vùng khuỷu và cẳng tay¹¹.

100% BN được phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít. Sau khi phục hồi giải phẫu xương trụ, đa số trường hợp chỏm xương quay được nắn chỉnh kín, chỉ 1 trường hợp phải nắn chỉnh mở do kẹt phần mềm sau khi nắn kín thất bại. Kết quả này phù hợp với nguyên tắc điều trị gãy Monteggia ở người trưởng thành, trong đó phục hồi chính xác giải phẫu xương trụ đóng vai trò quyết định trong việc tái lập sự vững chắc của khớp quay trụ trên^{7,10}.

Thời gian nằm viện trung bình là $9,51 \pm 2,98$ ngày. Thời gian nằm viện tương đối ngắn cho thấy phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít giúp BN ổn định sớm sau mổ và có thể bắt đầu phục hồi chức năng sớm. Với sự cải thiện của kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu, thời gian nằm viện của BN gãy Monteggia có xu hướng ngày càng rút ngắn, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN liền vết mổ kỳ đầu, chỉ ghi nhận 1 trường hợp nhiễm khuẩn nông vết mổ ở BN lớn tuổi có đái tháo đường typ 2

và được điều trị ổn định mà không cần phẫu thuật lại. Điều này cho thấy phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít là phương pháp tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn thấp^{5,7}.

Kết quả theo dõi sau phẫu thuật cho thấy đa số BN đạt liền xương tốt trên X quang. Tại thời điểm 6 tháng, phần lớn các trường hợp đã có dấu hiệu liền xương rõ ràng; đến 12 tháng, hầu hết BN đạt liền xương hoàn toàn và có thể xem xét tháo phôi kết hợp xương nếu cần. Kết quả này có thể được giải thích bởi sự cố định vững chắc của nẹp vít giúp phục hồi giải phẫu và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình liền xương sinh học⁸. Ngoài ra, phẫu thuật sớm sau chấn thương và chăm sóc hậu phẫu phù hợp cũng góp phần cải thiện kết quả liền xương. Nhìn chung, kết quả của chúng tôi cho thấy phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít trong điều trị gãy Monteggia ở người trưởng thành cho tỷ lệ liền xương cao, tương tự các nghiên cứu đã công bố^{5,7,10}.

Chức năng khớp khuỷu sau phẫu thuật được đánh giá theo thang điểm Mayo Elbow Performance Score (MEPS). Kết quả cho thấy chức năng khớp khuỷu cải thiện rõ rệt theo thời gian. Tại thời điểm 6 tháng, phần lớn BN đạt kết quả tốt và rất tốt, phản ánh sự phục hồi biên độ vận động và khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Đến 12 tháng, tỷ lệ kết quả rất tốt tăng lên, trong khi số trường hợp trung bình giảm, cho thấy quá trình phục hồi chức năng tiếp tục tiến triển nhờ sự liền xương vững chắc và chương trình phục hồi chức năng sau mổ. Kết quả này tương tự nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít giúp phục hồi tốt chức năng khớp khuỷu và biên độ vận động cẳng tay⁵⁻⁸.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 31 bệnh nhân gãy kín Monteggia ở người trưởng thành được điều trị phẫu thuật bằng kết hợp xương trụ bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp giai đoạn 2020 - 2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Gãy Monteggia trong nghiên cứu chủ yếu gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động, với tuổi trung bình $36,68 \pm 12,68$ tuổi. Cơ chế chấn thương thường gặp

là cơ chế trực tiếp (71%). Phân loại gãy theo Bado I chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), tiếp theo là Bado III (25,8%) và Bado II (12,9%). Tổn thương thần kinh quay đi kèm gặp với tỷ lệ thấp (6,5%).

- Phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít cho thấy kết quả phục hồi giải phẫu tốt, tất cả các trường hợp chỏm xương quay được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu sau phẫu thuật và không ghi nhận trường hợp trật chỏm quay tái phát.

- Kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ liền xương cao, đa số bệnh nhân đạt liền xương tốt trong quá trình theo dõi. Chức năng khớp khuỷu đánh giá theo thang điểm MEPS đạt kết quả tốt và rất tốt ở đa số trường hợp.

Phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với gãy Monteggia ở người trưởng thành, giúp phục hồi giải phẫu ổ gãy và cải thiện chức năng khớp khuỷu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andjelkovic S, Vuckovic C, Milutinovic S, Palibrk T, Kadija M, Bumbasirevic M. Giovanni Battista Monteggia** (1762-1815). Srp Arh Celok Lek. 2015;143(1-2):105-107. doi:10.2298/SARH1502105A
2. **Albarakati MH, Almhadi AH, Baamer MK, et al.** An Overview on Monteggia Fracture Diagnostic and Management Approach. World J Environ Biosci. 2021;10(1):57-60. doi:10.51847/fb4EksSbxI
3. **Jungbluth P, Tanner S, Schnependahl J, et al.** The challenge of Monteggia-like lesions of the elbow: mid-term results of 46 cases. Bone Jt J. 2018;100-B(2):212-218. doi:10.1302/0301-620X.100B2.BJJ-2017-0398.R2
4. **Perron AD, Hersh RE, Brady WJ, Keats TE.** Orthopedic pitfalls in the ED: Galeazzi and Monteggia fracture-dislocation. Am J Emerg Med. 2001;19(3):225-228. doi:10.1053/ajem.2001.22656
5. **Trịnh Thiện Kế.** Nhận Xét Kết Quả Điều Trị Gãy Mới Monteggia ở Người Lớn Bằng Phương Pháp Kết Hợp Xương Bên Trong. Luận văn thạc sỹ y học. Học viện Quân y; 2010.
6. **Nguyễn Văn Thái.** Điều Trị Gãy Cũ Monteggia ở Người Lớn Bằng Kết Hợp Xương Nẹp Ốc và Tái Tạo Dây Chằng Vòng. Luận văn Tiến sĩ Y học. Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2009.

7. **Phí Mạnh Công.** Nhận Xét Kết Quả Điều Trị Bằng Phẫu Thuật Gãy Kín Monteggia ở Người Trưởng Thành Tại Bệnh Viện Việt Đức. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
8. **Konrad GG, Kundel K, Kreuz PC, Oberst M, Sudkamp NP.** Monteggia fractures in adults: Long-term results and prognostic factors. J Bone Joint Surg Br. 2007;89-B(3):354-360. doi:10.1302/0301-620X.89B3.18199
9. **Bado JL.** The Monteggia lesion. Clin Orthop. 1967;50:71-86.
10. **Suarez R, Barquet A, Fresco R.** Epidemiology and treatment of monteggia lesion in adults: series of 44 cases. Acta Ortopédica Bras. 2016;24(1):48-51. doi:10.1590/1413-785220162401152249
11. **Llombart-Blanco R, Benlloch M, Mariscal G, et al.** Brachial Plexus Blockage versus General Anesthesia for Upper Extremity Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Eur Surg Res Eur Chir Forsch Rech Chir Eur. 2026;67(1):66-76. doi:10.1159/000550121

CÁC HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG ÁC TÍNH TÁ TRÀNG, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG ÁC TÍNH TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹, Thái Diệp Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với mục tiêu:

1. Mô tả các hình thái tổn thương ác tính ở tá tràng
2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các hình thái tổn thương tá tràng.

Kết quả: 34 Bệnh nhân (BN), Nam 20 bệnh nhân, Nữ 14 bệnh nhân, Tuổi trung bình 64±8,48. Tiền sử đã mổ 26,5%. Đái tháo đường 44,1%. Lâm sàng: Đau bụng 91,2%, nôn 58,8%, ỉa phân đen 8,8%, nôn máu 5,9%, tắc ruột 5,9%, Hẹp môn vị 44,1%; Lòng ruột 2,9%.

Xét nghiệm: Thiếu máu trung bình và nặng 41,2%. Bạch cầu ≥ 10 G/L 53%. Albumin ≤ 30 g/L 47%. Nội soi dạ dày chẩn đoán 50% số GIST D2, gồ dưới tá tràng, Nội soi dạ dày 100% số ung thư xâm lấn tá tràng gây biến dạng môn vị, hẹp môn vị; 14,3% (2 BN) ung thư

xâm lấn tá tràng. Chụp cắt lớp phát hiện 100% GIST tá tràng. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện 14,3 % ung thư dạ dày xâm lấn tá tràng.

Kết luận:

Các nhóm tổn thương ác tính tá tràng: 6 nhóm, nhóm GIST tá tràng (1); Nhóm ung thư dạ dày (UTDD) xâm lấn tá tràng (2) nhóm ung thư đại tràng phải (UTĐP) xâm lấn tá tràng (3); Nhóm AC tá tràng (4); Nhóm U lympho tá tràng (5); Nhóm Leiomyoma tá tràng (6)

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Nhóm GIST tá tràng (6/34 bệnh nhân, 17,6 %); 100% dưới Vater, đau bụng 100%, xuất huyết tiêu hóa (50%), Nội soi dạ dày xác định 50% GIST D2 và gồ dưới. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán 100% GIST tá tràng.

- Nhóm UT đại tràng phải xâm lấn tá tràng (10/34 bệnh nhân, 29,4%): 100% đau bụng và tắc ruột, bán tắc ruột. Khối UT ≥ 5 cm hay < 5 cm và thâm nhiễm chiếm 90%. Nội soi dạ dày lỗ rò tá tràng 10% (1 bệnh nhân).

- Nhóm UTDD xâm lấn tá tràng (14/34 bệnh nhân, 41,2%): Đau bụng 85,7%, nôn 64,3%, hẹp môn vị 78,6%. Nội soi dạ dày 100% biến dạng môn vị. Hẹp môn vị; 2 bệnh nhân (14,3%) UT dạ dày xâm lấn tá tràng.

¹Bệnh viện K.

²Trường Đại Học Y Hà Nội.

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: N754

Ngày nhận bài: 19/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 18/4/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026