

Thời gian thực hiện da kề da trên 20 giờ/ngày đem lại kết quả KMC tốt (97.9%) cao hơn so với nhóm thực hiện da kề da dưới 20 giờ/ngày (75%). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa số giờ trẻ tiếp xúc da kề da với tỷ lệ bà mẹ thực hiện đạt các bước chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC. Những bà mẹ có thời gian thực hiện phương pháp KMC nhiều hơn, thì tỷ lệ thực hành đạt tiêu chuẩn cũng cao hơn. Bên cạnh đó, một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả của liệu pháp KMC như trình độ chuyên môn, kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế, và sự nhận thức của người mẹ. Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Mathias (2021) [8]. Rõ ràng khi chuyên môn và giao tiếp của nhân viên y tế tốt sẽ giúp bố/mẹ trẻ có những kiến thức, kỹ năng cần thiết, giúp họ khỏi ngỡ ngàng, và tự tin hơn trong khi thực hành KMC.

V. KẾT LUẬN

KMC là phương pháp mang lại nhiều lợi ích, đặc biệt cho trẻ đẻ non. Cần nâng cao tỷ lệ nuôi dưỡng bằng sữa mẹ hoàn toàn, tối ưu thời gian da kề da ≥ 20 giờ/ngày, thực hiện kỹ năng KMC đúng quy trình, và nâng cao vai trò của mẹ trong quá trình chăm sóc trẻ. Điều này giúp cải thiện kết quả của liệu pháp KMC. Một phần quan trọng là trình độ chuyên môn của điều dưỡng, kỹ năng giao tiếp và sự phối hợp chặt chẽ giữa nhân viên y tế với bố/mẹ trẻ trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdulghani, N., Edvardsson, K, Amir, L. H.** (2018). Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A

systematic review. *PLoS one*, 13(10), e0205696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205696>.

2. **Nguyễn Thị Lam Hồng** (2019). Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo mang lại nhiều lợi ích. Tài liệu tập huấn, giáo dục sức khỏe của Khoa Hồi sức cấp cứu sơ sinh. Bệnh viện Nhi Trung ương. Hà Nội, 5/2019.

3. **Ayele, E., Tasew, H., Mariye, T, et al.** (2023). Magnitude of kangaroo mother care practice and its associated factors in Tigray region, northern Ethiopia, 2019: cross-sectional study design. *The Pan African medical journal*, 44, 5. <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.44.5.29894>.

4. **Đặng Thị Mỹ Tánh, Lương Thị Ánh Thùy** (2015). "Đánh giá hiệu quả chăm sóc trẻ sinh non nhẹ cân bằng phương pháp Càng - Gu - Ru tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Nhi Đồng 2. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam. 8, tr. 9-16, năm 2015.

5. **Nguyễn Hồng Như Phương** (2018). Đánh giá kết quả chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ non tháng, nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại khoa Sơ sinh bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 1/2017 - 10/2017. Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2017.

6. **Dawar R, Nangia S, Thukral A, et al.** Factors Impacting Practice of Home Kangaroo Mother Care with Low Birth Weight Infants Following Hospital Discharge. *J Trop Pediatr*. 2019;65(6): 561-568. doi:10.1093/tropej/fmz007.

7. **Linnér A, Lode Kolz K, Klemming S, et al.** Immediate skin-to-skin contact may have beneficial effects on the cardiorespiratory stabilisation in very preterm infants. *Acta Paediatr*. 2022;111(8):1507-1514. doi:10.1111/apa.16371.

8. **Mathias CT, Mianda S, Ohdihambo JN, et al.** Facilitating factors and barriers to kangaroo mother care utilisation in low- and middle-income countries: A scoping review. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021 Aug 23;13(1):e1-e15. doi: 10.4102/phcfm.v13i1.2856.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG KÉO NẰN, BÓ BỘT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Văn Khoa¹, Nguyễn Dương Nhật Thi¹

ngoại trú - Bệnh viện Việt Đức năm 2021-2022. **Kết quả:** 74% số ca là do tai nạn giao thông, 65,5% ở tay phải, gãy loại A là chủ yếu (78,5%), được đến khám trung bình trong vòng $8,75 \pm 5,5$ giờ, 13,5% gặp biến chứng trong quá trình điều trị, bao gồm dị ứng do vật liệu bột, chèn ép do bột. Kết quả nắn xương bó bột trên đánh giá các góc độ theo thang điểm Lidstrom, 59,0% có kết quả nắn xương rất tốt, 27,0% tốt; có 4,0% có kết quả nắn khá. Sau tháo bột 4 tuần, tỉ lệ điểm RUSS <2 điểm là 25,0%, 2-4 điểm là 57,5%, trên 4 điểm là 22,5%. Điểm RUSS cải thiện theo thời gian, sau 24 tuần 100% đối tượng có điểm RUSS 7-8 điểm. Điểm Green và O'Brien có Cooney cải tiến sau tháo bột 12 tháng đạt mức rất tốt, $95,9 \pm 19,1$ điểm. Thời gian bất động trung bình là $5,4 \pm 0,7$ tuần. 69,5% người bệnh có kết quả phục hồi chức năng vận

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kín đầu dưới xương quay bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú - Bệnh viện Việt Đức năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 200 người bệnh được chẩn đoán gãy đầu dưới xương quay và điều trị bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: bskhoavd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

động khớp cổ tay là tốt và rất tốt. **Kết luận:** Kết quả điều trị kín đầu dưới xương quay bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú - Bệnh viện Việt Đức năm 2021-2022 đạt được là khá tích cực. **Từ khóa:** gãy đầu dưới xương quay, thang điểm RUSS, thang điểm Green và O'Brien.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOMES FOR CLOSED FRACTURES OF THE LOWER HEAD OF THE RADIUS USING SURGICAL TRACTION AND CASTING AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Object: Assess the outcomes of non-surgical management of distal radius fractures using traction and casting at the Orthopaedic and Outpatient Clinic - Viet Duc Hospital during the period of 2021-2022. **Subject and method:** A comprehensive analysis was conducted on a cohort of more than 200 patients who were diagnosed with lower radius fractures and underwent rotational treatment involving traction and casting at the Orthopaedic and Outpatient Clinic at Viet Duc Hospital between 2021 and 2022. **Results:** 74% of cases were due to traffic accidents, 65.5% were in the right hand, mainly type A fractures (78.5%). Patients were examined within an average of 8.75 ± 5.5 hours, 13.5% encountered complications during treatment, including allergies and compression due to the casting material. During treatment, 13.5% experienced complications, including allergies to the powder material and compression caused by the powder. Outcomes were evaluated based on the Lidstrom scale, 59.0% of the cases showed very good results, 27.0% showed good results, and 4.0% showed moderate results. 4 weeks after the removal of the cast, the percentage of individuals with an RUSS score of less than 2 is 25.0%, those with a score of 2-4 points is 57.5%, and those with a score beyond 4 points is 22.5%. Over the course of 24 weeks, the RUSS scores of all individuals showed consistent improvement, with 100% of them achieving scores ranging from 7 to 8 points. The Green and O'Brien modified by Cooney showed significant improvement, reaching a commendable level of 95.9 ± 19.1 points, 12 months after the removal of the cast. The mean length of immobilisation was 5.4 ± 0.7 weeks. A significant proportion of patients, specifically 69.5%, achieved favourable outcomes in terms of regaining mobility in the wrist joint. **Conclusion:** Treatment outcomes for closed fractures of the lower head of the radius using surgical traction and casting at the Orthopaedic and Outpatient Clinic - Viet Duc Hospital in 2021-2022 are quite positive.

Keywords: lower radius fracture, RUSS score, Green and O'Brien score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín đầu dưới xương quay là loại gãy xương quay chi trên thường gặp nhất trong chấn thương chỉnh hình, chiếm khoảng 25% số ca gãy xương ở trẻ em và tới 18% tổng số ca gãy xương ở nhóm người cao tuổi [1]. Tỷ lệ mắc

chung là 228/100.000/năm, tỷ lệ gãy đầu kín xương quay chi trên tăng 31% trong khoảng thời gian 22 năm từ năm 1997 tới năm 2018 [2]. Tỷ lệ mắc bệnh gia tăng đặc biệt đáng chú ý ở phụ nữ và những người độ tuổi 50-69. Từ thời cổ đại, khoảng 400 năm trước Công nguyên, Hippocrates đã áp dụng phương pháp điều trị bảo tồn cho các trường hợp gãy xương với kết quả tích cực. Trong thời kỳ hiện đại, đặc biệt là vào những năm 50 của thế kỷ 20, sự phát triển của khoa học kỹ thuật và tiến bộ trong phẫu thuật chỉnh hình đã thay đổi quan niệm về điều trị gãy kín xương quay chi trên. Xuất hiện nhiều quan điểm và hướng điều trị phẫu thuật. Tuy nhiên, với trường hợp gãy xương ở trẻ em, đặc biệt là những trường hợp gãy kín không đi kèm với biến chứng, hướng điều trị bảo tồn vẫn giữ vai trò chủ đạo. Khoa Khám xương, Bệnh viện Việt Đức hàng năm thực hiện điều trị bảo tồn cho khoảng 4.000 đến 6.000 trường hợp gãy xương, trong đó có khoảng 10% trường hợp gãy đầu dưới xương quay. Đối với gãy kín xương quay, phương pháp điều trị bảo tồn được thực hiện theo quy trình chặt chẽ, mang lại kết quả tích cực. Tuy nhiên, những năm gần đây, chưa có một tổng kết, đánh giá cụ thể về vấn đề này. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kín đầu dưới xương quay bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 200 người bệnh được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay, điều trị tại khoa Khám xương & điều trị ngoại trú, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 06/2021 đến 12/2022. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay, điều trị bằng phương pháp kéo nắn, bó bột; tuổi ≥ 18 ; Có đủ hồ sơ, phim XQ, khám định kỳ sau khi bó bột; Tự nguyện tham gia nghiên cứu. Loại trừ: Các gãy đầu dưới xương quay có biến chứng: Gãy hở, tổn thương mạch máu, thần kinh, rối loạn dinh dưỡng nặng (có nhiều nốt phỏng nước, sưng nề nhiều, hội chứng khoang bàn tay); Các gãy xương muộn, can lệch sau 4 tuần; Gãy xương bệnh lý; xương thủy tinh, các bệnh lý u xương.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 5/2023 đến tháng 12/2023, tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên

cứ mô tả, lấy số liệu hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện, lựa chọn những bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay theo những tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, được điều trị trong thời gian từ tháng 06/2021 đến tháng 12/2022.

Cỡ mẫu: lấy toàn bộ người bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử bệnh (nội khoa, ngoại khoa), nguyên nhân tai nạn, vị trí tay gãy, phân loại gãy xương theo AO/OTA 2018 [3].

Kết quả điều trị: Loạn dưỡng mềm/Dị ứng do vật liệu bột/Chèn ép do bột. Đánh giá liền xương trên X quang theo thang điểm RUSS tại các thời điểm 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần, 24 tuần. Điểm RUSS đánh giá liền xương theo 4 mặt của xương, có tổng điểm từ 0 đến 8, được đánh giá như sau: 0-2 điểm: chưa liền xương; 3-4 điểm có dấu hiệu liền xương; 5-6 điểm liền xương tốt; 7-8 điểm: liền xương hoàn toàn. Đánh giá chức năng vận động bàn tay sau 6 tháng Thang điểm đánh giá mức độ vận động khớp cổ tay theo Green và O'Brien do Cooney cải tiến [4], [5]. Tổng điểm: Xuất sắc: 90-100; Tốt: 80-90; Khá: 65-79; Kém: <65 điểm. Tình trạng liền xương dựa trên hệ thống tính điểm RUSS; điểm RUSS ≥ 6 được xem là liền xương tốt

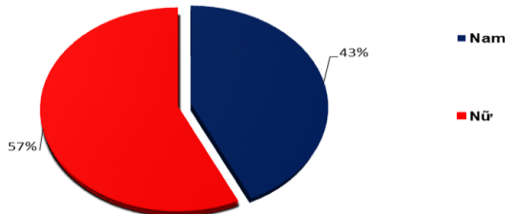
2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Phân tích số liệu sẽ được thực hiện bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

Thông kê mô tả: Sử dụng tần số, tỷ lệ % cho số liệu định tính; sử dụng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho số liệu định lượng. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ được sử dụng trong nghiên cứu này.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Khi thực hiện đề tài này, chúng tôi tuân thủ đầy đủ các yêu cầu về đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố giới tính đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu là nữ giới

nhều hơn nam giới (57% so với 43%).

Bảng 1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	18 - 59	118	59,0
	≥ 60	82	41,0
Tiền sử bản thân	Có	31	15,5
	Không	169	84,5

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 18 đến 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (54%). 15,5% người bệnh có tiền sử bệnh.

Bảng 1. Nguyên nhân tổn thương

Nguyên nhân tai nạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	148	74
Tai nạn lao động	38	19
Tai nạn sinh hoạt	13	6,5
Tai nạn thể thao	1	0,5

Nhận xét: Nguyên nhân tổn thương gây đầu dưới xương quay đều là do tai nạn, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là tai nạn giao thông (74).

Bảng 2. Vị trí tay bị gãy

Tay bị gãy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tay phải	131	65,5
Tay trái	69	34,5

Nhận xét: 131 trường hợp (65,5%) bị gãy tay phải, gấp 1,9 lần so với tay trái.

Thời gian xử trí tổn thương trung bình là $8,75 \pm 5,5$ giờ. Thời gian xử trí tổn thương sớm nhất là 1 giờ và thời gian xử trí tổn thương muộn nhất là 24 giờ.

Bảng 4. Phân loại kiểu gãy theo phân loại AO/OTA 2018

Phân loại theo giải phẫu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
A	157	78,5
B	33	16,5
C	10	5

Nhận xét: Theo phân loại giải phẫu, 78,5% đối tượng gãy ngoài khớp (loại A); 16,5% đối tượng gãy phạm khớp một phần (loại B) và 5% gãy phạm khớp hoàn toàn đầu dưới xương quay (loại C).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5. Theo dõi biến chứng trong bó bột (n=200)

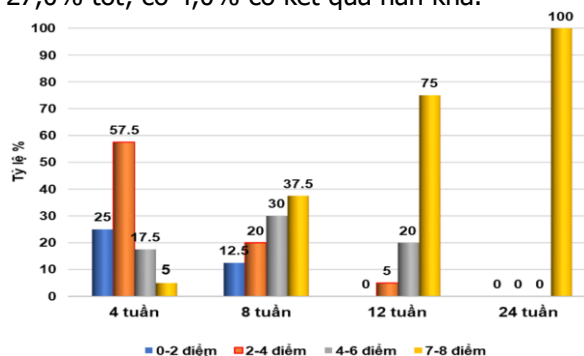
Theo dõi trong bột	Số lượng (n=63)	Tỷ lệ (%)
Dị ứng do vật liệu bột (ngứa, nổi mẩn)	12	6,0
Có dấu hèn ép do bột (căng tức, phù nề đầu ngón tay, đau nhiều)	15	7,5
Không có biến chứng	173	86,5

Nhận xét: Có 27 người bệnh đã gặp biến chứng trong thời gian bó bột ban đầu (13,5%). Trong đó, có dấu hiệu chèn ép bột chiếm tỷ lệ 7,5%, dị ứng do vật liệu bột là 6,0%.

Bảng 6. Kết quả nắn xương trên phim x quang theo điểm Lidstrom

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	118	59,0
Tốt	74	37,0
Khá	8	4,0
Tổng	200	100

Nhận xét: Kết quả nắn xương bó bột dựa trên đánh giá các góc độ theo thang điểm Lidstrom, 59,0% có kết quả nắn xương rất tốt, 27,0% tốt; có 4,0% có kết quả nắn khá.



Biểu đồ 2. Diễn biến của thang điểm RUSS theo thời gian

Nhận xét: Sau tháo bột 4 tuần, điểm RUSS <2 điểm là 25,0%; 57,5% (2-4 điểm); Sau 8 tuần nhóm <4 điểm còn 32,5%, nhóm trên 4 điểm tăng lên 67,5%. Sau 12 tuần 2-4 điểm còn 5,0%; 20,0% 4-6 điểm; Sau 24 tuần 100% đối tượng có điểm RUSS 7-8 điểm.

Điểm phục hồi chức năng trung bình sau tháo bột 6 tháng đạt $82,1 \pm 23,2$ điểm, sau tháo bột 12 tháng đạt $95,9 \pm 19,1$ điểm. Thời gian bất động là từ 4 đến 6 tuần, trung bình $5,4 \pm 0,7$ tuần.

Bảng 7. Chức năng vận động khớp cổ tay thời điểm 6 tháng

Chức năng vận động khớp cổ tay	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	79	39,5
Tốt	60	30
Trung bình	33	16,5
Kém	28	14

Nhận xét: 69,5% người bệnh có kết quả phục hồi chức năng vận động khớp cổ tay là tốt và rất tốt, 14% người bệnh có kết quả phục hồi kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 200 người bệnh gãy

kinh đầu dưới xương quay điều trị bằng nắn chỉnh, bó bột, số lượng nữ giới nhiều hơn nam giới (114 người - 57% so với 86 người), lứa tuổi chủ yếu là từ 18 đến 59 tuổi (59%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm và cộng sự tại bệnh viện Thống Nhất với tỷ lệ nam/nữ là 1/2,6 và 46,8% người bệnh từ 60 tuổi trở lên, tương đương với người bệnh từ 40 – 59 tuổi (43,8%) [6]. Theo đó, phân tích trên 22.962 người bệnh gãy đầu dưới xương quay tại Thụy Điển cho độ tuổi trung bình chung là $62,7 \pm 17,6$ tuổi ($65,4 \pm 16,0$ đối với nữ và $53,6 \pm 20,0$ đối với nam), có tới 78% số ca bệnh là nữ [7]. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Điệp và Phạm Thanh Nam với 75% đối tượng tham gia nghiên cứu là nam, 63,9% nằm trong độ tuổi từ 30 đến 60 [8]. Có sự khác biệt về cơ cấu giới và tuổi của người bệnh này có thể do khác biệt về cơ cấu dân cư và phân bố giới ở các nhóm tuổi khác nhau. Nguyên nhân tổn thương gây kín đầu dưới xương quay đều là do tai nạn, giảm dần từ tai nạn giao thông (74%) đến tai nạn lao động (19%), tai nạn sinh hoạt (6,5%) và tai nạn thể thao (0,5%). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu tại bệnh viện Thống Nhất, do tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ cao nhất (54,7%), sau đó là tai nạn giao thông (37,5%), rồi đến tai nạn lao động (6,2%), cuối cùng là tai thể thao (1,6%) [6]. Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ người bị gãy tay phải cao hơn tay trái (65,5%), có khác biệt so với nghiên cứu của Rundgen và cộng sự (2020) với tay trái thường bị gãy nhiều hơn (56%) [7]. Tay phải thường là tay thuận, hay có phản ứng chống đỡ cơ thể khi bị ngã. Do đó, dễ bị chịu lực tác động mạnh dẫn đến gãy hơn so với tay trái. Tất cả người bệnh gãy đầu dưới xương quay nhập viện điều trị đều được xử trí tổn thương trong vòng 24 giờ, thời gian trung bình là $8,75 \pm 5,5$ giờ. Điều này cho thấy vết thương gãy đầu dưới xương quay thường được phát hiện và xử trí sớm. Tổn thương gãy ngoài khớp là chủ yếu (loại A - 78,5%), chỉ có 16,5% gãy phạm khớp một phần (loại B) và 5% gãy phạm khớp hoàn toàn (loại C); phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm và cộng sự (2021) với gãy ngoài khớp chiếm 73,4% và gãy phạm khớp loại B chiếm 26,6%, loại C 0% [6]. Tỷ lệ gãy ngoài khớp trong nghiên cứu này cũng cao hơn nghiên cứu của Rundgen và cộng sự (2020) với số ca gãy là ngoài khớp chiếm 65% [7]. Gãy ngoài khớp loại A không gây tổn thương tới các diện khớp cổ tay, di lệch chủ yếu theo một chiều, thường được chỉ định điều trị bảo tồn và có tiên lượng

tốt hơn các dạng gãy phạm khớp. 13,5% số biến chứng với chèn ép bột chiếm tỷ lệ cao nhất (7,5%), và dị ứng do vật liệu bột là 6%, thấp hơn các nghiên cứu khác như: tại bệnh viện Thống Nhất với 18,75% trường hợp có biến chứng sau bó gồm có can lệch 10 ca, trật hoặc lỏng khớp quay trụ dưới 2 ca [6], tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình với 13,64% có biến chứng thoái hóa khớp và 2,27% có biến chứng viêm khớp [8].

4.2. Kết quả điều trị. Tỷ lệ biến chứng khá thấp nhưng chủ yếu là biến chứng tại phần mềm bên ngoài, không liên quan đến xương nên ít nguy cơ phải phẫu thuật điều trị thứ cấp. So với điều trị bằng phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng thay đổi rất nhiều, lớn hơn, bằng hoặc thấp hơn tùy từng đợt điều trị [9]. Ngay sau tháo bột, 56,0% đối tượng có mức độ liền xương trung bình, 44,0% mức độ liền xương kém; sau 12 tháng không còn đối tượng nào liền xương mức độ kém; phần lớn liền xương mức độ rất tốt 67,5%; sau 24 tháng hầu hết đối tượng có mức độ liền xương rất tốt 93,0%; 4,0% tốt. Mức độ liền xương được đánh giá bằng cách sử dụng hệ thống tính điểm RUSS bằng cách quan sát sự hình thành mô trên Xquang. RUSS là một phương pháp đáng tin cậy để đánh giá tiêu chuẩn về sự liền xương trên X quang [4]. Bằng cách đánh giá hình ảnh X-quang sau phẫu thuật (ngay sau bó bột và sau 6 tháng), các nghiên cứu xác định tình trạng liền xương dựa trên hệ thống tính điểm RUSS; điểm RUSS 6 được xem là liền xương tốt [5]. Sau tháo bột 4 tuần, tỉ lệ đối tượng có điểm RUSS <2 điểm (25,0%); 57,5% (2-4 điểm); có 22,5% trên 4 điểm. Sau 8 tuần tỉ lệ đối tượng cải thiện nhóm <4 điểm giảm xuống còn 32,5%, nhóm trên 4 điểm tăng lên 67,5% (trong đó 30,0% 5-6 điểm, 37,5% 7-8 điểm). Sau 12 tuần không còn bệnh có điểm RUSS <2 điểm, tỷ lệ 2-4 điểm còn 5,0%; 20,0% 4-6 điểm; tỷ lệ nhóm 7-8 điểm tăng lên 75,0%. Sau 24 tuần 100% đối tượng có điểm RUSS 7-8 điểm. Kết quả điều trị theo thang điểm đánh giá mức độ phục hồi chức năng theo Green và O'Brien cải tiến thấy sau 6 tháng sau 6 tháng, điểm phục hồi chức năng đánh giá theo thang điểm Green và O'Brien do Cooney cải tiến trung bình là 82,1±23,2 điểm, đạt mức tốt, sau 12 tháng cho thấy sự cải thiện dần dần về chức năng ở cẳng tay bị chấn thương. Điểm phục hồi chức năng trung bình sau 12 tháng là rất tốt. Kết quả này cho thấy phương pháp điều trị kéo nắn

và bó bột là hiệu quả trong điều trị gãy kín đầu dưới xương quay. Thời gian bất động trung bình là 5,4 ± 0,7 tuần. Thời gian bất động này tương đương thống kê chung với người bệnh gãy đầu dưới xương quay của Bruyere và cộng sự (2018) là 6 tuần, tương tự nghiên cứu của Lee Sang Ki và cộng sự với thời gian bất động trong điều trị bảo tồn là 6,6 tuần [8].

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị kín đầu dưới xương quay bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú - Bệnh viện Việt Đức năm 2021-2022 đạt được là khá tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nellans K.W., Kowalski E., và Chung K.C.** (2012). The Epidemiology of Distal Radius Fractures. *Hand Clin*, 28(2), 113-125.
2. **Viberg B., Tofte S., Rønnegaard A.B. và cộng sự.** (2023). Changes in the incidence and treatment of distal radius fractures in adults - a 22-year nationwide register study of 276,145 fractures. *Injury*, 54(7), 110802.
3. **AO Trauma.** AO/OTA Fracture and Dislocation Classification 2018, p.9-10.
4. **Green D.P. và O'Brien E.T.** (1978). Open reduction of carpal dislocations: indications and operative techniques. *J Hand Surg Am*, 3(3), 250-265.
5. **Vishal Prakash, Neelu Singh, Vinay Prabhat** (2023). Outcome of treatment of intra-articular distal end radius fractures by volar locking plate versus bridging external fixator augmented by single K-wire through radial styloid. *Original Research Articles*, 9 (3), 1-10.
6. **Nguyễn Thị Thảo, Nguyễn Bảo Lục, và Võ Thành Toàn.** (2021). Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng nắn bó bột tại Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 498, tháng 1 số 2, năm 2021.
7. **Rundgren J., Bojan A., Mellstrand Navarro C. và cộng sự.** (2020). Epidemiology, classification, treatment and mortality of distal radius fractures in adults: an observational study of 23,394 fractures from the national Swedish fracture register. *BMC Musculoskelet Disord*, 21, 88.
8. **Nguyễn Thế Điệp và Phan Thanh Nam** (2023). Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng găm đinh Kirschner trên màn tăng sáng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. *VMJ*, 529(2).
9. **Bruyere A., Vernet P., Botero S.S. và cộng sự.** (2018). Conservative treatment of distal fractures after the age of 65: a review of literature. *Eur J Orthop Surg Traumatol*, 28(8), 1469-1475.
10. **Lee S.K., Kim K.J., Cha Y.H. và cộng sự.** (2016). Conservative Treatment Is Sufficient for Acute Distal Radioulnar Joint Instability With Distal Radius Fracture. *Ann Plast Surg*, 77(3), 297-304.