

- infarction patients treated with early coronary intervention. *Am J Cardiol.* Apr 15 2006;97(8): 1137-41. doi:10.1016/j.amjcard.2005.11.027
5. **Ibanez B, James S, Agewall S, et al.** 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* Jan 7 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
 6. **Gaspardone C, Romagnolo D, Fasolino A, et al.** A comprehensive and easy-to-use ECG algorithm to predict the coronary occlusion site in ST-segment elevation myocardial infarction. *Am Heart J.* Jan 2023;255:94-105. doi:10.1016/j.ahj.2022.10.077
 7. **Taglieri N, Saia F, Alessi L, et al.** Diagnostic performance of standard electrocardiogram for prediction of infarct related artery and site of coronary occlusion in unselected STEMI patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* Dec 2014; 3(4): 326-39. doi:10.1177/2048872614530665
 8. **Fayaz Ali NA, Qamar Zamaan Qaimkhani et al.** Comparison of the clinical characteristics and in hospital outcomes of proximal versus non-proximal lesions in dominant right coronary artery ST-elevation myocardial Infarction. *Pakistan journal of Cardiovascular Intervention.* 2024;4(2). doi:10.58889/PJCVI.7.01.07

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp¹, Phan Thanh Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nẹp vít khóa trong điều trị gãy kín đầu dưới xương chày ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 47 bệnh nhân điều trị tại Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, thời gian theo dõi sau mổ 6 tháng. Đánh giá kết quả dựa vào mức độ đau, chỉnh trục ổ gãy, liền xương, kết quả phục hồi chức năng và hài lòng điều trị. **Kết quả:** 89,8% liền xương không di lệch, 93,6% liền vết mổ kỳ đầu. Sau 6 tháng, 69,3% bệnh nhân đau nhẹ (0-3 điểm), chỉ 5,1% đau nặng. Khả năng vận động cải thiện rõ, 94,9% hài lòng với kết quả điều trị. **Kết luận:** Nẹp vít khóa là phương pháp hiệu quả, ít xâm lấn, giúp phục hồi tốt chức năng và giảm đau sau mổ.

Từ khóa: gãy kín đầu dưới xương chày, nẹp vít khóa, đau sau mổ, liền xương, chất lượng sống.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF CLOSED DISTAL TIBIAL FRACTURES TREATED WITH LOCKING PLATE FIXATION AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of locked plating in the treatment of closed distal tibial fractures in adults. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 47 patients treated at the Department of Trauma-Orthopedics and Burns, Thai Binh General Hospital.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

Follow-up duration was 6 months postoperatively. Outcomes were assessed based on pain level, fracture alignment, bone healing, functional recovery, and patient satisfaction. **Results:** 89.8% achieved bone union without malalignment; 93.6% had primary wound healing. At 6 months, 69.3% of patients reported mild pain (0–3 points), while only 5.1% had severe pain. Functional mobility significantly improved, and 94.9% of patients were satisfied with the surgical outcomes. **Conclusion:** Locked plating is an effective and minimally invasive method that promotes good functional recovery and pain reduction after surgery.

Keywords: closed distal tibial fracture, locked plate, postoperative pain, bone healing, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín đầu dưới xương chày là một loại tổn thương thường gặp, do đặc điểm giải phẫu vị trí này nhiều gân, ít cơ, nuôi dưỡng kém có thể dẫn đến biến chứng như chậm liền xương, khớp giả, khớp cứng và đau kéo dài nếu không điều trị đúng phương pháp. Do đó, việc lựa chọn kỹ thuật cố định là rất quan trọng để đạt kết quả điều trị tốt.

Phẫu thuật kết xương ít xâm lấn bằng nẹp vít khóa (MIPO) đang ngày càng được ưu tiên sử dụng trong gãy đầu dưới xương chày, kết xương vững chắc, ổ gãy được giữ vững tư thế giải phẫu, bảo tồn mạch máu nuôi ổ gãy, giảm tổn thương mô mềm và nguy cơ nhiễm khuẩn [1]. Một nghiên cứu so sánh giữa phương pháp MIPO và khoan đinh nội tủy (IMN) cho thấy kết quả chung cao hơn ở nhóm IMN, tuy nhiên MIPO lại có ít ca phẫu thuật tháo phương tiện kết xương hơn [2].

Tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, ứng dụng

nẹp vít khóa ít xâm lấn dưới hướng dẫn của màn tăng sáng đã được triển khai, nhưng chưa có đánh giá toàn diện về hiệu quả điều trị, mức độ đau, phục hồi chức năng và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật. Do đó, nghiên cứu này nhằm mục tiêu khắc phục những khoảng trống nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương chày được điều trị phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2023.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Kiểu gãy A1, A2, A3; C1, C2 theo phân loại AO/ASIF.

- Gãy kín đầu dưới xương chày đơn thuần hoặc gãy kín đầu dưới xương chày kèm theo gãy xương mác.

- Có đủ phim chụp X quang quy ước cẳng chân ở hai tư thế thẳng và nghiêng.

- Điều trị bằng phẫu thuật nẹp vít khóa ít xâm lấn.

- Bệnh nhân không có chống chỉ định phẫu thuật do nguyên nhân toàn thân, hoặc tại chỗ.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy kín đầu dưới xương chày do bệnh lý về xương: u xương, nang xương...

- Gãy kín đầu dưới xương chày kiểu B và C3 theo phân loại AO/ASIF.

- Gãy đầu dưới xương chày kèm theo chèn ép khoang, có tổn thương mạch máu, thần kinh...

- Gãy hở xương gót, xương sên kèm theo.
- Các bệnh nhân có bệnh nội khoa mạn tính như: Đái tháo đường, tim mạch... mà không có chỉ định phẫu thuật.

- Gãy xương ở các trường hợp chi bị di chứng bại liệt, tật ở khớp cổ chân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích kết hợp theo dõi dọc các trường hợp bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Bảng 3. Kết quả chỉnh trục ổ gãy xương chày (n=47)

Hình thái đường gãy	Loại gãy A1	Loại gãy A2	Loại gãy A3	Loại gãy C1	Loại gãy C2	Cộng	Tỷ lệ %
KQ nắn chỉnh							
Hết di lệch	10	12	7	9	6	42	89,4
Di lệch ít	0	0	1	2	2	5	10,6
Cộng	10	12	8	11	8	47	100
p	p = 0.26						

- Tất cả các biến và chỉ số nghiên cứu của từng bệnh nhân được ghi chép vào bệnh án mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất, sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương chày điều trị phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn từ 6/2022 đến tháng 12/2023.

Nội dung nghiên cứu:

- Thu thập thông tin về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và hình ảnh học.

- Đánh giá kết quả điều trị theo:

- + Liên vết mổ (liền kỳ đầu, nhiễm trùng).

- + Kết quả chỉnh trục ổ gãy (trên Xquang).

- + Kết quả liền xương (theo dõi ≥ 6 tháng).

- + Mức độ đau sau mổ (thang điểm 10).

- + Mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Phương pháp xử lý số liệu:

- Nhập và xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Sử dụng thống kê mô tả: tỷ lệ %, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

- Mức ý nghĩa thống kê chọn $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nguyên nhân gãy xương (n=47)

Nguyên nhân	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	27	57,4
Tai nạn lao động	12	25,5
Tai nạn sinh hoạt	8	17,1

Nhận xét: Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây gãy xương đầu dưới xương chày, chiếm 57,4% các trường hợp.

Bảng 2. Diễn biến tại vết mổ (n=47)

Diễn biến tại vết mổ	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liền vết mổ kỳ đầu	44	93,6
Nhiễm khuẩn nông	3	6,4
Tổng cộng	47	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (93,6%) có vết mổ liền kỳ đầu, cắt chỉ sau 7 - 10 ngày, sẹo mổ mềm mại, quá trình chăm sóc hậu phẫu tốt. Có 6,4% liền vết mổ liền thì 2 do nhiễm khuẩn nông. Tỷ lệ nhiễm khuẩn nông thấp cho thấy kiểm soát nhiễm khuẩn tương đối hiệu quả.

Nhận xét: Chúng tôi đánh giá kết quả chỉnh trục xương dựa trên hình ảnh C-arm trong mổ và phim chụp XQ sau mổ ở 2 tư thế thẳng, nghiêng. Các loại gãy đơn giản (A1, A2) có tỷ lệ nắn chỉnh hết di lệch cao, còn loại phức tạp như C2 chỉ đạt 75%. Không có sự khác biệt về kết quả nắn chỉnh giữa các loại gãy với $p > 0.05$.

Bảng 4. Kết quả liền xương theo loại gãy (n=39)

Hình thái đường gãy	Loại gãy A1	Loại gãy A2	Loại gãy A3	Loại gãy C1	Loại gãy C2	Cộng	Tỷ lệ %
KQ liền xương							
LX Hết di lệch	8	10	6	7	4	35	89,8
LX Di lệch ít	0	0	0	1	1	2	5,1
Khớp giả	0	0	1	0	1	2	5,1
Cộng	8	10	7	8	6	39	100
p	p = 0,4						

Nhận xét: Có 35 bệnh nhân (89,8%) đạt kết quả liền xương hoàn toàn không còn di lệch. Loại gãy A1 và A2 có kết quả liền xương tốt. Loại gãy C1 và C2 có 2 trường hợp liền xương còn di lệch ít; 2 trường hợp khớp giả thuộc nhóm A3 và C2. Không có sự khác biệt về kết quả liền xương giữa các loại gãy với $p > 0,05$.

Bảng 5. Vận động khớp cổ chân (n=39)

Mức độ vận động	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	36	92,3
Gấp mu = 0	3	7,7
Cộng	39	100

Nhận xét: Tỷ lệ phục hồi chức năng khớp cổ chân đạt tốt và rất tốt là 36 BN chiếm tỷ lệ 92,3%, trung bình đạt 7,7%.

IV. BÀN LUẬN

Gãy kín đầu dưới xương chày là tổn thương phổ biến, có nguy cơ cao gây biến chứng, di chứng như khớp giả, lệch trục, hoặc cứng khớp nếu không được xử trí đúng phương pháp. Việc ứng dụng phẫu thuật nẹp vít khóa ít xâm lấn (MIPO) tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình đã cho thấy hiệu quả ở nhiều mặt: như liền xương, phục hồi chức năng, giảm đau của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ liền xương đạt 89,8% và chỉnh trục sau mổ chính xác ở 89,4% bệnh nhân. Điều này khẳng định ưu thế của MIPO trong việc nắn chỉnh, kết xương vững chắc dưới C-arm, hạn chế tổn thương mô mềm, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế. Theo Collinge và cộng sự (2010) [3] cũng báo cáo tỉ lệ liền xương tương đương và kết quả lâu dài ổn định sau MIPO. Về diễn biến vết mổ, 93,6% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, không có trường hợp nhiễm khuẩn sâu, cho thấy khả năng kiểm soát nhiễm khuẩn tốt, đồng thời phản ánh kỹ thuật mổ ít xâm lấn, ít làm tổn thương phần mềm do đó đã

Thời gian nằm viện trung bình: Là 5,5 ngày (ít nhất 2 ngày, nhiều nhất 9 ngày).

Thời gian kiểm tra trung bình sau phẫu thuật là khoảng 7,31 tháng.

Đánh giá kết quả xa theo tiêu chuẩn của Larson - Bostman và Ter-schiport

làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Bahari et al. (2007), nhóm MIPO cũng có tỷ lệ biến chứng thấp hơn mổ mở (ORIF) đáng kể [4].

Nghiên cứu này là đánh giá mức độ đau sau mổ tại thời điểm 6 tháng cho thấy có 69,3% bệnh nhân báo cáo chỉ còn đau nhẹ (0–3 điểm) và chỉ 5,1% còn đau nặng (8–10 điểm). So với kết quả của Magadum et al. (2025) tại Ấn Độ, với thang VAS giảm từ 6,3 xuống 1,6 sau 6 tháng, kết quả tại đây hoàn toàn tương đương, khẳng định tính hiệu quả của phương pháp MIPO [5].

Hiệu quả của phương pháp MIPO còn được thể hiện qua tỷ lệ bệnh nhân đi lại bình thường (51,3%) và hài lòng cao (94,9%). Những chỉ số này cho thấy người bệnh không chỉ liền xương tốt mà còn sớm phục hồi chức năng, quay lại lao động, sinh hoạt bình thường. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế, thiết kế cắt ngang không có nhóm chứng, thời gian theo dõi ngắn. Dù vậy, với kết quả thu được khá quan về lâm sàng và Xquang, nghiên cứu đã góp phần khẳng định vai trò của MIPO trong điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kết xương nẹp vít khóa ít xâm lấn đặc biệt trong điều kiện bệnh viện tuyến tỉnh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn là một phương pháp điều trị hiệu quả trong gãy kín đầu dưới xương chày. Kỹ thuật này giúp liền xương vững chắc, phục hồi chức năng tốt, giảm tai biến và biến chứng. Phương pháp là sự lựa chọn an toàn và phù hợp đối với loại tổn thương này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali, Mohamed Y. (2020), "Treatment of distal tibial fractures using locked plates low contact dynamic compression plate", The Egyptian Orthopaedic Journal 55(3).

2. **Eric Barcak 1, Cory A Collinge** (2016), "Metaphyseal Distal Tibia Fractures: A Cohort, Single-Surgeon Study Comparing Outcomes of Patients Treated With Minimally Invasive Plating Versus Intramedullary Nailing", *Orthop Trauma*. 30(5), pp. e169-74.
3. **Cory Collinge 1, Robert Protzman** (2010), "Outcomes of minimally invasive plate osteosynthesis for metaphyseal distal tibia fractures", *Orthop Trauma*. 24(1).
4. **Syah Bahari, Brian Lenehan, Hamad Khan, John P. Mcelwain** (2007), "Minimally invasive percutaneous plate fixation of distal tibia fractures", *Acta Orthop. Belg.* 73, pp. 635-640.
5. **Mahantesh Magadum, Deepak D. Chitrakar, Shreyas Zalariya, Manjunath K. L.** (2025), "Clinical and radiological outcome of minimally invasive plate osteosynthesis in distal tibial fractures: a retrospective analysis", *Original Research Article*. 11(3), pp. 550-55

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẮC MẬT DO UNG THƯ GAN, MẬT, TỤY TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2025

Nguyễn Thị Thùy Trang¹, Nguyễn Thu Hà¹,
Nguyễn Thị Vân Anh², Nguyễn Thị Như Mai¹, Đỗ Quang Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh tắc mật do ung thư gan, mật, tụy tại Bệnh viện K năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 70 người bệnh bị tắc mật do ung thư gan, mật, tụy điều trị nội trú tại Bệnh viện K từ tháng 2 năm 2025 đến tháng 7 năm 2025. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ được thiết kế sẵn, thông qua phỏng vấn và quan sát, thăm khám lâm sàng để điền vào phiếu hỏi tại 3 thời điểm: ngày đầu tiên vào viện, ngày thứ 3 và ngày ra viện. **Kết quả:** triệu chứng thường gặp ở đối tượng nghiên cứu vào ngày đầu nhập viện là vàng da (98,6%), phân bạc màu, buồn nôn, nôn (82,9%), nước tiểu sẫm màu (77,1%), các triệu chứng này đều thuyên giảm khi người bệnh ra viện với tỷ lệ lần lượt là (31,4%; 17,1%; 14,3%; 18,6%). **Kết luận:** vàng da là triệu chứng phổ biến nhất và xuất hiện ở hầu hết các trường hợp tắc mật.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, tắc mật, ung thư

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BILIARY OBSTRUCTION DUE TO HEPATOBIILIARY AND PANCREATIC CANCERS AT K HOSPITAL IN 2025

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with biliary obstruction caused by hepatobiliary and pancreatic cancers at K Hospital in 2025. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 70 inpatients diagnosed with malignant biliary obstruction due to liver, biliary tract, or pancreatic cancers at K Hospital from February 2025 to July 2025. The study used a pre-designed data collection tool through interviews, observations, and

clinical examinations, carried out at three time points: the first day of hospitalization, the third day, and the day of discharge. **Results:** The most common symptoms on the first day of admission were jaundice (98.6%), pale stools, nausea and vomiting (82.9%), and dark urine (77.1%). These symptoms significantly improved by the time of discharge, with respective prevalence rates of 31.4%, 17.1%, 14.3%, and 18.6%. **Conclusion:** Jaundice was the most frequent symptom and occurred in the majority of patients with malignant biliary obstruction. **Keywords:** clinical characteristics, biliary obstruction, cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan, đường mật và tụy là nhóm bệnh lý ác tính thuộc hệ tiêu hóa có tiến triển nhanh, tiên lượng dè dặt và gánh nặng tử vong đáng kể tại Việt Nam. Trong đó, ung thư gan được ghi nhận là loại ung thư phổ biến nhất ở nước ta, với hơn 26.000 ca mắc mới mỗi năm và tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu theo thống kê GLOBOCAN 2022. Mặc dù ít gặp hơn, ung thư tụy và đường mật lại thường chẩn đoán muộn và khó tiếp cận các phương pháp điều trị triệt để, làm tăng nguy cơ biến chứng và giảm thời gian sống thêm [4], [8].

Một trong những biểu hiện nặng nề thường gặp ở nhóm bệnh này là tình trạng tắc mật do khối u xâm lấn đường dẫn mật. Biến chứng này không chỉ gây suy giảm chức năng gan, nhiễm trùng đường mật mà còn khiến người bệnh suy kiệt nhanh chóng, khó đáp ứng với các phác đồ điều trị tiếp theo. Đây là yếu tố quan trọng làm ảnh hưởng đến tiên lượng sống và chất lượng cuộc sống người bệnh.

Trong thực hành lâm sàng, chăm sóc người bệnh tắc mật do ung thư gan – mật – tụy đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ, liên tục và toàn diện từ đội ngũ y tế, trong đó điều dưỡng đóng vai trò chủ lực. Điều dưỡng không chỉ theo dõi diễn biến lâm

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Trang

Email: trang.ntt@thanglong.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025