

EVALUATION OF RESULT TREATMENT OF THE DIAPHYSEAL FOREARM FRACTURES BY PLATE AND SCREWS FIXATION

Vo Thanh Toan^{1,2*}, Nguyen Phi Trinh^{1,2}, Nguyen Thien Duc^{1,2}

¹Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City - Hai Thuong Lan Ong Street, Ho Chi Minh City National University Urban Area, Dong Hoa Ward, Di An City, Binh Duong Province, Vietnam

Received: 06/10/2024

Revised: 22/10/2024; Accepted: 29/10/2024

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of treatment of biradial forearm fractures by surgical method combined with bone plate and screw, based on the following criteria: bone healing rate, level of functional recovery, and postoperative complications.

Research subjects and methods: 114 patients aged 16 years and older were diagnosed with biradial forearm fractures, treated with surgical method combined with bone plate and screw at Thong Nhat Hospital from March 2020 to March 2024.

Results: 100% of patients had bone healing with an average bone healing time of 12.00 ± 0.14 months. According to the Anderson scale, 87.72% of patients had very good results; 10.53% had good results, and 1.75% had average results. Near complications: superficial wound infection accounted for 3.51%. Long-term complications: 14.04% of patients felt mild pain when the weather changed and felt the screws and plates under the skin.

Conclusions: Treatment of closed fractures of the two shafts of the forearm by surgery to fix the bone and screws ensures good anatomical recovery, firmly fix the fracture and maintain the correction results, so early exercise is recommended after surgery with very low complication rate.

Keywords: Bone fusion, plate and screw, forearm fracture.

*Corresponding author

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com **Phone:** (+84) 918554748 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65i6.1715**

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT

Võ Thành Toàn^{1,2*}, Nguyễn Phi Trinh^{1,2}, Nguyễn Thiên Đức^{1,2}

¹Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, Khu đô thị Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, P. Đông Hòa, Tp. Dĩ An, Tỉnh Bình Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 06/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 22/10/2024; Ngày duyệt đăng: 29/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít, dựa trên các tiêu chí: tỷ lệ liền xương, mức độ hồi phục chức năng, và các biến chứng sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 114 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng tay, được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2024.

Kết quả: 100% bệnh nhân lành xương với thời gian lành xương trung bình là $12,00 \pm 0,14$ tháng. Đánh giá theo thang điểm Anderson thì có 87,72% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt; 10,53% đạt kết quả tốt và 1,75% đạt kết quả trung bình. Biến chứng gần: nhiễm trùng nông vết mổ chiếm tỷ lệ 3,51%. Biến chứng xa: 14,04% bệnh nhân cảm thấy đau nhức nhẹ khi thay đổi thời tiết và cảm giác cấn nẹp vít dưới da.

Kết luận: Điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít bảo đảm phục hồi tốt về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc và duy trì được kết quả nắn chỉnh nên sau mổ tập vận động sớm với tỷ lệ biến chứng rất thấp.

Từ khóa: Kết hợp xương, nẹp vít, gãy xương cẳng tay.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân hai xương cẳng tay là một loại chấn thương thường gặp ở cả người lớn và trẻ em, với nguyên nhân chủ yếu từ tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động và tai nạn thể thao. Đây là một tổn thương nghiêm trọng vì ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng sấp ngửa của cẳng tay, một trong những yếu tố quan trọng tạo nên sự linh hoạt và khéo léo của cánh tay và bàn tay. Để bảo đảm chức năng này, cần duy trì sự cân bằng về chiều dài hai xương, độ cong sinh lý của xương quay, tính toàn vẹn của khớp quay trụ trên, khớp quay trụ dưới, màng liên cốt cùng với sự tham gia của các cơ và hệ thần kinh chi phối [1].

Trong các trường hợp gãy cả hai xương cẳng tay, do sự co kéo của các nhóm cơ và màng liên cốt, sự di lệch của xương thường phức tạp và khó khăn trong việc nắn chỉnh. Điều trị bảo tồn bằng phương pháp nắn chỉnh và bó bột mặc dù dễ thực hiện, nhưng có nhiều nhược điểm như khả năng nắn chỉnh không hoàn hảo, tỷ lệ di lệch thứ phát cao, thời gian bất động lâu và nguy cơ gặp các

biến chứng liền xương lệch hay hạn chế sấp ngửa cẳng tay [2]. Những năm gần đây, tại nhiều bệnh viện, phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít đã trở thành lựa chọn ưu tiên trong điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay có di lệch. Phương pháp này không chỉ giúp nắn chỉnh chính xác các di lệch, mà còn cung cấp sự cố định vững chắc, cho phép bệnh nhân bắt đầu tập vận động sớm, từ đó mang lại kết quả hồi phục chức năng tốt hơn.

Tại Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít cho các trường hợp gãy kín hai xương cẳng tay có di lệch và đạt được kết quả khả quan. Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu kết quả điều trị gãy kín thân xương hai xương cẳng tay bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít, dựa trên các tiêu chí: Tỷ lệ liền xương, mức độ hồi phục chức năng, và các biến chứng sau phẫu thuật.

*Tác giả liên hệ

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca 114 bệnh nhân.

2.1.1. Dân số đích

Bệnh nhân gãy kín thân xương hai xương cẳng tay được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2024.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán trên lâm sàng và X quang có gãy kín thân hai xương cẳng tay hoặc gãy hở độ I vào viện sớm trước 6 giờ, được phẫu thuật bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít.

- Bệnh nhân không kèm các gãy xương liên quan tại chi tổn thương.

- Bệnh nhân được theo dõi ít nhất 6 tháng.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

- Bệnh nhân có gãy xương bệnh lý.

- Bệnh nhân gãy xương có tổn thương thần kinh, mạch máu chính.

2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu trên lâm sàng

2.2.1. Chuẩn bị trước mổ

- Các bệnh nhân nhập viện được thăm khám, đánh giá tình trạng tổn thương thần kinh, mạch máu.

- Chuẩn bị trước mổ, khám tiền mê đánh giá tình trạng bệnh đầy đủ trước phẫu thuật.

2.2.2. Quá trình phẫu thuật

- Bệnh nhân được phẫu thuật đặt nẹp vít xương quay bằng đường mổ Henry hoặc đường Thompson, đặt nẹp mặt ngoài hoặc trước ngoài xương quay.

- Bệnh nhân được đặt nẹp vít xương trụ bằng đường mổ sau trong, đặt nẹp vít mặt trong xương trụ.

2.2.3. Theo dõi và đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật bệnh nhân được đánh giá tình trạng vết mổ, khả năng tập phục hồi chức năng, đánh giá kết quả phẫu thuật gần dựa vào thang điểm Larson - Bostman.

Sau ra viện, bệnh nhân được theo dõi theo các mốc thời gian 6 tuần, 12 tuần, 6 tháng, 1 năm và hằng năm sau phẫu thuật. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động theo thang điểm Anderson.

Bảng 1. Đánh giá kết quả kết hợp xương và tiêu chuẩn liền vết mổ (theo Larson - Bostman) [4]

Rất tốt	Ổ gãy hết di lệch, xương thẳng trục, liền vết mổ kỳ đầu.
Tốt	Trục xương mở góc ra ngoài hoặc ra trước < 5 độ.
Trung bình	Trục xương mở góc ra ngoài hoặc ra trước vượt quá mức trên, nhiễm khuẩn nông và liền kỳ 2.
Kém	Giống tiêu chuẩn trung bình, có di lệch xoay, nhiễm khuẩn viêm xương, chày mũ kéo dài.

Thang điểm Anderson cho các tiêu chuẩn đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động gồm sấp ngửa cẳng tay và gấp duỗi khuỷu, thang điểm được nhiều tác giả trong và ngoài nước sử dụng [4].

Bảng 2. Thang điểm Anderson đánh giá kết quả điều trị gãy xương cẳng tay

Kết quả	Tiêu chuẩn
Rất tốt	Liên xương; Mất gấp duỗi khớp khuỷu < 10 độ; Mất sấp ngửa cẳng tay < 25%.
Tốt	Liên xương; Mất gấp duỗi khớp khuỷu < 20 độ; Mất sấp ngửa cẳng tay < 50%.
Trung bình	Liên xương; Mất gấp duỗi khớp khuỷu > 20 độ; Mất sấp ngửa cẳng tay > 50%.
Kém	Không liền xương hoặc mất hoàn toàn chức năng.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Khám trực tiếp bệnh nhân và thu thập thông tin đặc điểm chung của bệnh nhân và đặc điểm gãy xương: Độ tuổi, giới tính, tay tổn thương, cơ chế chấn thương, vị trí gãy xương, thời gian từ lúc nhập viện tới lúc được phẫu thuật.

Theo dõi và khám sau phẫu thuật để đánh giá kết quả điều trị, biến chứng gần, biến chứng xa, tái khám sau phẫu thuật 6 tuần, 12 tuần, 6 tháng, sau 6 tháng.

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích dữ liệu được tiến hành bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Đối với các biến số định lượng:

+ Nếu tuân theo luật phân phối chuẩn: Số liệu sẽ được trình bày với số trung bình và độ lệch chuẩn.

+ Nếu không tuân theo luật phân phối chuẩn: Số liệu sẽ được trình bày với số trung vị và các bách phân vị 25% và 75%.

- Đối với các biến số định tính: Số liệu sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

Kết quả được trình bày bằng các bảng và biểu đồ thông qua chương trình Word 2019, Excel 2019.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3. Độ tuổi của bệnh nhân nghiên cứu (n = 114)

Độ tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Từ 31-45 tuổi	56	49,12
Từ 16-30 tuổi	32	28,07
Từ 46-60 tuổi	20	17,54
Trên 60 tuổi	6	5,27
Tuổi trung bình	38,45 ± 12,70	

Bảng 4. Giới tính, nguyên nhân chấn thương, tay bị chấn thương (n = 114)

Chỉ số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	74	64,91
	Nữ	40	35,09
	Tỷ lệ nam/nữ	1,85/1	
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	56	49,12
	Tai nạn sinh hoạt	40	35,08
	Tai nạn lao động	10	8,77
	Tai nạn thể thao	8	7,03
Tay bị chấn thương	Tay trái	68	59,60
	Tay phải	46	40,40

Bảng 5. Phân bố vị trí gãy xương của xương trụ và xương quay (n = 114)

Vị trí xương gãy	Vị trí xương trụ gãy				Tổng
	1/3 trên	1/3 giữa	1/3 dưới		
1/3 trên	6	2	4	12	
1/3 giữa	4	50	8	62	
1/3 dưới	0	8	32	40	
Tổng	10	60	44	114	

Nhận xét: Có 88 bệnh nhân (77,19%) gãy xương quay hoặc xương trụ cùng tầng, bao gồm: 6 bệnh nhân gãy 1/3 trên, 50 bệnh nhân gãy 1/3 giữa và 32 bệnh nhân gãy 1/3 dưới. 26 bệnh nhân (22,81%) còn lại là các trường hợp gãy khác tầng.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 6. Thời điểm phẫu thuật, thời gian ra viện sau điều trị (n = 114)

Chỉ số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thời điểm phẫu thuật	Ngày thứ 2-7 sau khi vào viện	104	91,23
	Ngày thứ 1 khi vào viện	10	8,77
Thời gian ra viện	Sau mổ 3-6 ngày	106	92,98
	Sau mổ 7 ngày	8	7,02

Bảng 7. Kết quả nắn chỉnh xương sau phẫu thuật trên X quang (n = 114)

Kết quả nắn chỉnh		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đạt (cả hai xương)		100	87,72
Ồ gãy còn di lệch tối thiểu	Xương quay	8	7,02
	Xương trụ	6	5,26

Bảng 8. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Larson - Bostman (n = 114)

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	88	77,19
Tốt	20	15,54
Trung bình	6	5,26

Bảng 9. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Biến chứng gần (nhiễm trùng nông vết mổ)	4	3,51
Biến chứng xa (đau nhức nhẹ khi thay đổi thời tiết và cảm giác cần nẹp vít dưới da)	16	14,04

Bảng 10. Phục hồi khả năng vận động theo thang điểm Anderson

Kết quả điều trị		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kết quả liền xương		114	100
Kết quả theo thang điểm Anderson	Rất tốt	100	87,72
	Tốt	12	10,53
	Trung bình	2	1,75

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của bệnh nhân

114 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $38,45 \pm 12,70$, bệnh nhân trẻ nhất 16 tuổi và già nhất 70 tuổi.

Chia độ tuổi thành các nhóm 15 năm: Nhóm 31-45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (49,12%), theo sau là nhóm 16-30 (28,07%), nhóm 46-60 (17,54%) và nhóm trên 60 tuổi (5,27%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Lâm Minh Tân [4], trong đó nhóm 31-45 tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (40,47%). So sánh với các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Toàn và Lê Ngọc Thường cũng thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân gãy hai xương cẳng tay đều nằm trong tuổi lao động [5], [6]. Điều này cho thấy gãy hai xương cẳng tay thường gặp ở những người trong độ tuổi lao động.

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1,85/1, tương đồng với các nghiên cứu trước đây, như nghiên cứu của Nguyễn Lâm Minh Tân với tỷ lệ 2/1 [4]. Phần lớn nam giới là lao động chính, thường tham gia các công việc nguy hiểm và sử dụng rượu bia nhiều hơn, dẫn đến nguy cơ tai nạn giao thông cao hơn.

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là tai nạn giao thông (49,12%), theo sau là tai nạn sinh hoạt (35,08%), tai nạn lao động (8,77%) và tai nạn thể thao (7,03%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Ngọc Thường và Nguyễn Ngọc Toàn, cho thấy tai nạn giao thông là nguyên nhân chính dẫn đến gãy xương [5], [6].

Phần lớn bệnh nhân bị chấn thương ở tay trái (59,60%), tương tự như kết quả của Phạm Ngọc Thắng [7] và Trần Trung Dũng [8]. Điều này có thể do tay phải là tay thuận, thường có phản xạ nhanh hơn, giúp tránh được chấn thương.

Trong nghiên cứu, có 88 bệnh nhân (77,19%) gãy xương cẳng tay cùng tầng (cùng 1/3 trên, 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới), trong đó nhiều nhất là gãy cùng tầng 1/3 giữa với 50 bệnh nhân (43,85%), tiếp theo là gãy cùng tầng 1/3 dưới với 32 bệnh nhân (28,07%). 26 trường hợp còn lại (22,81%) gãy khác tầng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Trần Trung Dũng [8] và Nguyễn Lâm Minh Tân [4], cũng cho thấy tỷ lệ gãy xương cẳng tay tập trung nhiều ở đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới. Điều này khẳng định rằng gãy hai xương cẳng tay thường xảy ra cùng mức, đặc biệt là ở 1/3 giữa và 1/3 dưới.

4.2. Về kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 104 bệnh nhân (91,23%) được phẫu thuật từ ngày thứ 2-6 sau khi nhập viện, chỉ có 10 bệnh nhân (8,77%) được mổ ngay trong ngày nhập viện. Bệnh nhân mổ trong ngày nhập viện chủ yếu là những trường hợp có tình trạng gãy hở độ I vào bệnh viện trong giai đoạn sớm và những bệnh nhân đăng ký mổ yêu cầu được mổ sớm trong ngày.

Có 106 bệnh nhân (92,98%) ra viện sau phẫu thuật 3-6 ngày, chỉ có 8 bệnh nhân (7,02%) ra viện sau phẫu thuật

7 ngày. Sau phẫu thuật, hầu như tất bệnh nhân đều ổn định, các tình trạng đau và vết mổ ổn định được ra viện sớm. Trong số 8 trường hợp ra viện sau mổ 7 ngày, có 4 bệnh nhân xảy ra tình trạng nhiễm trùng vết mổ nông và 4 bệnh nhân có tình trạng đau nhiều sau phẫu thuật nên được theo dõi và điều trị thêm.

Kết quả nắn chỉnh xương trụ và xương quay được đánh giá bằng X quang sau mổ. Trong loạt nghiên cứu 114 ca của chúng tôi, 100 bệnh nhân được nắn chỉnh lại theo trục giải phẫu ở cả xương trụ và xương quay gãy (87,72%). Có 14 ca sau phẫu thuật còn di lệch tối thiểu (nắn chỉnh chưa hoàn hảo với di lệch nhỏ hơn bề dày một vỏ xương chiếm 12,28%, trong đó 8 ca ở xương quay và 6 ca ở xương trụ, không có ca nào ở gãy còn di lệch nhiều.

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Toàn và cộng sự năm 2020, với 41 bệnh nhân gãy hai xương cẳng tay, kết quả nắn chỉnh kết xương hết di lệch cả hai ở gãy là 36 bệnh nhân (87,8%), còn di lệch tối thiểu 5 bệnh nhân (12,19%), không có ca nào còn di lệch lớn [5]. Năm 2017, Trần Trung Dũng báo cáo trên 66 bệnh nhân, kết quả nắn chỉnh tốt đạt 89,39%, còn di lệch tối thiểu chiếm 10,61%, không có ca nào di lệch đáng kể [8].

Sau khi so sánh giữa các nghiên cứu thực hiện ở các bệnh viện khác nhau, kết quả nắn chỉnh ở gãy bằng phương pháp mổ mở kết hợp xương nẹp vít bên trong cho gãy hai xương cẳng tay đạt tỷ lệ cao và tương đồng nhau. Điều này chứng tỏ, việc điều trị gãy thân hai xương cẳng tay đã được thực hiện nhiều ở các khu vực và phương pháp mổ mở kết hợp xương nẹp vít bên trong là hiệu quả để nắn chỉnh lại giải phẫu chi tiết cho hai xương cẳng tay.

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được theo dõi tái khám, thời gian theo dõi trung bình là $12,45 \pm 3,65$ tháng. Bệnh nhân theo dõi ngắn nhất là 10 tháng, và dài nhất là 24 tháng. Quá trình theo dõi chúng tôi thấy 100% bệnh nhân lành xương với thời gian trung bình là $12 \pm 0,14$ tháng, tiêu chí lành xương thể hiện trên phim X quang và tất cả bệnh nhân đều có thể vận động bình thường sau lành xương.

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Larson - Bostman thấy có 108 bệnh nhân (94,74%) đạt kết quả từ tốt đến rất tốt, chỉ có 5,26% bệnh nhân có kết quả trung bình và không có kết quả kém. 6 trường hợp có kết quả trung bình là do tình trạng nhiễm trùng vết mổ được điều trị nội khoa, không cần đến can thiệp phẫu thuật và tình trạng gãy phức tạp nhiều mảnh.

Về biến chứng sau phẫu thuật: Biến chứng gân có 4 bệnh nhân bị nhiễm trùng nông vết mổ chiếm tỷ lệ 3,51%. Hầu hết bệnh nhân chỉ có sẹo nhỏ sau phẫu thuật. Chèn ép khoang có thể gặp trong trường hợp gãy thân hai xương cẳng tay, tuy nhiên chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng này trong mẫu nghiên cứu. Ngoài ra chưa gặp các biến chứng khác như: Tắc mạch phổi, chèn ép khoang...

Chúng tôi ghi nhận 16 bệnh nhân (14,04%) có biến chứng xa với cảm nhận đau nhức nhẹ khi thay đổi thời tiết và cảm giác cần nẹp vít dưới da. Chưa ghi nhận trường hợp nào viêm xương, gãy nẹp, khớp giả, cứng khớp... hay cần điều trị phẫu thuật lần hai.

Phục hồi khả năng vận động theo thang điểm Anderson: 100% bệnh nhân liền xương với 87,72% đạt kết quả rất tốt, 10,53% đạt kết quả tốt và 1,75% đạt kết quả trung bình. Các trường hợp đạt kết quả trung bình nguyên nhân chủ yếu do bệnh nhân bị tai nạn giao thông, gãy phức tạp, nhiều mảnh rời cả xương quay và xương trụ kèm mô mềm xung quanh bị tổn thương nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Muralidhar B.M và cộng sự (2017), kết quả phục hồi chức năng vận động theo thang điểm Anderson là 81% rất tốt chiếm, 19% tốt, không có bệnh nhân nào được đánh giá là trung bình hay kém [9]. Ngoài ra, theo nghiên cứu của Trần Trung Dũng (2017), tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá rất tốt, tốt, trung bình, kém lần lượt là 75,76%; 18,18%; 6,06% và 0% [8].

5. KẾT LUẬN

Điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít mang lại hiệu quả cao, giúp cố định vững chắc ổ gãy, bảo đảm liền xương và cho phép bệnh nhân tập vận động sớm, từ đó phục hồi chức năng nhanh chóng với tỷ lệ biến chứng rất thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Tiến Bình, Phạm Đăng Ninh, Gãy xương cẳng tay, Bệnh học chấn thương chỉnh hình (tái bản), Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, 2020, tr.

- 67-78.
- [2] Droll K.P, Perna P, Potter J et al, Outcomes following plate fixation of fractures of both bones of the forearm in adults, JBJS, 2007, 89(12): 2619-2624.
- [3] Muralidhar B.M, Ravi K.B, Madhusudan H, Surgical management of fracture both bone forearm in adult using limited contact dynamic compression plate, International Journal of Orthopaedics Sciences, 2017, 3(2), pp. 852-856.
- [4] Nguyễn Lâm Minh Tâm, 2022, Kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 49/2022, tr. 112-119.
- [5] Nguyễn Ngọc Toàn, Lê Văn Hiệu, Nguyễn Thị Lý, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 175, Tạp chí Y Dược học Quân sự, số 9/2020, tr. 56-62.
- [6] Lê Ngọc Thường, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Bưu điện, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, 2010.
- [7] Phạm Ngọc Thắng, Kết quả điều trị gãy kín thân xương cẳng tay bằng nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 103, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 529, tháng 8, số 1B, 2023, tr. 301-305.
- [8] Dung Tran Trung, Khanh Trinh Le, Tuyen Nguyen Trung, The Surgical Outcomes of Diaphyseal Fractures of Radius and Ulna treated by Plate and Screws Fixation in Vietnam, Open Journal of Trauma, 2017, 1(3), pp. 066-068.
- [9] Muralidhar B.M, Ravi K.B, Madhusudan H, Surgical management of fracture both bone forearm in adult using limited contact dynamic compression plate, International Journal of Orthopaedics Sciences, 2017, 3(2), pp. 852-856.