

sử dụng giảm đau mở nhóm mổ mở lớn hơn nhóm mổ nội soi với  $p < 0,05$ .7 Điều này tương ứng với việc bệnh nhân có thể vận động sớm hơn sau mổ. Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân mổ nội soi có thể ngồi dậy vào  $1,69 \pm 0,68$  ngày sớm hơn so với nhóm mổ mở là  $3,12 \pm 0,97$  ngày.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kết quả sớm về mổ cắt bán phần cực dưới điều trị ung thư biểu mô dạ dày cho thấy có một số sự khác biệt về kết quả sớm giữa 2 phương pháp mổ là thời gian mổ nội soi dài hơn, số lượng hạch nạo vét được qua mổ nội soi và mổ mở là như nhau, tuy nhiên ưu điểm mang lại là thời gian nằm viện của bệnh nhân mổ nội soi ngắn hơn, bệnh nhân trung tiên sớm hơn, lượng máu mất trong mổ ít hơn và bệnh nhân vận động được sớm hơn sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kitano S., Iso Y., Moriyama M. et al (1994). Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. Surg Laparosc Endosc, 4(2), 146–148.
2. Ramos MFKP, Pereira MA, Dias AR, Ribeiro U, Zilberstein B, Nahas SC. Laparoscopic gastrectomy for early and advanced gastric

cancer in a western center: a propensity score-matched analysis. Updates Surg. 2021 Oct;73(5):1867-77.

3. Trịnh Hồng Sơn. Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, [Luận án tiến sĩ Y khoa]: Ngoại khoa, Trường Đại Học Y Hà Nội; 2001.
4. Nguyễn Quang Bộ. Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất [Luận án Tiến sĩ y học], Đại học Y dược Huế; 2017.
5. Association JGC. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. Gastric Cancer. 2011;14(2):101–112.
6. Huang Z. LG, Xu Y. et al Comparison of laparoscope-assisted D2 radical total gastrectomy and open gastrectomy for gastric cancer. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2014;17(8):781–784.
7. Lee WJ, Wang W, Chen TC, Chen JC, Ser KH. Totally laparoscopic radical BII gastrectomy for the treatment of gastric cancer: a comparison with open surgery. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques. 2008;18(4):369-374.
8. Lee SH, Kim IH, Kim IH, Kwak SG, Chae HD. Comparison of short-term outcomes and acute inflammatory response between laparoscopy-assisted and totally laparoscopic distal gastrectomy for early gastric cancer. Annals of surgical treatment and research. 2015;89(4):176-182.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỠ CÓ SỐC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đào Nguyên Hùng<sup>1</sup>, Hoàng Văn Sơn<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung vỡ có sốc tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2020 - 2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung vỡ có sốc điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103 từ năm 2020 - 2023. **Kết quả:** Có 25 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật mở bụng chiếm 25% và 75 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật nội soi chiếm 75%. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là  $52,02 \pm 8,38$  phút, của nhóm phẫu thuật nội soi là  $59,84 \pm 9,84$  phút. Lượng máu mất trong ổ bụng trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là  $1986,16 \pm 377,96$  ml, của nhóm phẫu thuật nội soi là  $926,87 \pm 256,78$  ml. 100% bệnh nhân phẫu thuật mở bụng phải truyền máu, với phẫu thuật nội soi là 78,67%. Lượng máu truyền trung bình

của nhóm phẫu thuật mở bụng là  $821,09 \pm 351,80$  ml, của nhóm phẫu thuật nội soi là  $294,52 \pm 285,01$  ml. Có 4% bệnh nhân nhóm phẫu thuật mở bụng và 17,33% bệnh nhân nhóm phẫu thuật nội soi sử dụng kháng sinh dự phòng, thời gian dùng kháng sinh trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là  $4,27 \pm 1,23$  ngày, của nhóm phẫu thuật nội soi là  $2,84 \pm 1,54$  ngày. Số liều giảm đau sau mổ trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là  $2,34 \pm 0,48$  liều, của nhóm phẫu thuật nội soi là  $1,58 \pm 0,52$  liều. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là  $4,48 \pm 1,14$  ngày, của nhóm phẫu thuật nội soi là  $3,78 \pm 0,95$  ngày. **Kết luận:** Tỷ lệ điều trị chữa ngoài tử cung vỡ có sốc bằng phẫu thuật mở bụng là 25%, phẫu thuật nội soi là 75%. Nhóm phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn nhóm phẫu thuật mở bụng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhóm phẫu thuật nội soi có lượng máu mất trong ổ bụng trung bình và lượng máu truyền trung bình ít hơn so với nhóm phẫu thuật mở mổ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhóm phẫu thuật nội soi có số ngày sử dụng kháng sinh trung bình ngắn hơn, số liều giảm đau trung bình ít hơn và thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Từ khóa:** Chữa ngoài tử cung vỡ có sốc, phẫu thuật mở bụng, phẫu thuật nội soi,...

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyên Hùng

Email: bshung103@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

**SUMMARY****EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT FOR RUPTURED ECTOPIC PREGNANCY WITH SHOCK AT MILITARY HOSPITAL 103**

**Objective:** Evaluating the results of treatment for ruptured ectopic pregnancy with shock at Military Hospital 103 from 2020 - 2023. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on 100 patients diagnosed with rupture of ectopic pregnancy with shock treated at Military Hospital 103 from 2020 - 2023. **Results:** There were 25 patients treated by laparotomy (25%) and 75 patients treated by laparoscopy (75%). The mean surgery time of the laparotomy group was 52.02±8.38 minutes, of the laparoscopy group was 59.84±9.84 minutes. The mean intra-abdominal blood loss of the laparotomy group was 1986.16±377.96 ml and the laparoscopy group was 926.87±256.78 ml. 100% of patients undergoing laparotomy required blood transfusion, with laparoscopy 78.67%. The average amount of blood transfusion in the laparotomy group was 821.09±351.80 ml, and in the laparoscopy group was 294.52±285.01 ml. 4% of patients in the laparotomy group and 17,33% of patients in the laparoscopy group used prophylactic antibiotics, the mean antibiotic time of the laparotomy group was 4.27±1.23 days, 2.84±1.54 days of laparoscopy group. The average number of postoperative analgesic doses of the laparotomy group was 2.34±0.48 doses, and that of the laparoscopy group was 1.58±0.52 doses. The mean hospital stay of the laparotomy group was 4.48±1.14 days, and that of the laparoscopy group was 3.78±0.95 days. **Conclusion:** The rate of treatment of ruptured of ectopic pregnancy with shock by laparotomy is 25% and laparoscopy is 75%. The laparoscopy group had longer mean operative time, mean less intra-abdominal blood loss and mean blood transfusion, shorter mean days of antibiotic use, and fewer mean analgesic doses, and the mean hospital stay was shorter than the laparotomy group. This difference was statistically significant with  $p < 0.05$ .

**Keywords:** Ruptured of ectopic pregnancy with shock, laparotomy, laparoscopy,...

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là hiện tượng noãn được thụ tinh, làm tổ và phát triển ngoài buồng tử cung, là một cấp cứu hay gặp trong sản phụ khoa. Nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (2013) chỉ có 43,49% trường hợp CNTC được chẩn đoán sớm và 56,51% được chẩn đoán muộn [1]. Việc chẩn đoán muộn có thể dẫn đến tình trạng khối CNTC bị vỡ, nếu không được chẩn đoán nhanh chóng và xử trí kịp thời, khối CNTC vỡ gây mất máu nhiều đe dọa tính mạng người bệnh và thậm chí tử vong. Điều trị CNTC vỡ có sốc trước đây bắt buộc phải phẫu thuật mở bụng nhưng hiện nay do sự phát triển của gây mê hồi sức cũng như trang thiết bị phẫu thuật, phẫu thuật nội soi đã được áp dụng giúp người bệnh giảm tai biến, biến chứng, phục hồi

sức khỏe nhanh, rút ngắn thời gian nằm viện. Tại Bộ môn-Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Quân y 103 trong những năm gần đây đã đạt được một số thành công đáng kể trong điều trị mặt bệnh này. Để tổng kết và rút kinh nghiệm điều trị CNTC vỡ có sốc, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị chửa ngoài tử cung vỡ có sốc tại Bệnh viện Quân y 103".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 100 bệnh nhân được chẩn đoán CNTC vỡ có sốc tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2020-2023. Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán CNTC vỡ, có các triệu chứng lâm sàng của sốc mất máu. Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin phục vụ cho nghiên cứu.

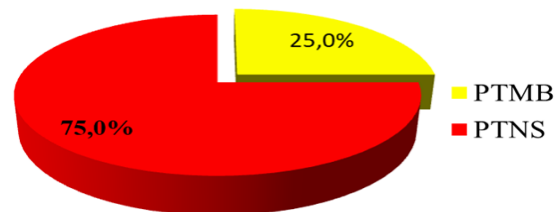
- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân được chẩn đoán CNTC chưa vỡ, rỉ máu hoặc vỡ nhưng không có sốc. Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cho nghiên cứu.

- **Quy trình thu thập số liệu:** Bệnh nhân vào viện, chẩn đoán chửa ngoài tử cung vỡ có sốc do mất máu, được hồi sức tích cực trước, trong và sau mổ kết hợp với điều trị bằng phẫu thuật (nội soi/mổ mở). Đối chiếu tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập số liệu: phương pháp, thời gian mổ, lượng máu mất, kháng sinh, giảm đau, phụ hồi sau mổ.

- Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của Bệnh viện Quân y 103.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

Theo dõi kết quả điều trị trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán CNTC vỡ có sốc trong thời gian từ năm 2020 - 2023 tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi thu được các kết quả sau:

**3.1 Phương pháp mổ**

**Biểu đồ 1: Phương pháp điều trị chửa ngoài tử cung vỡ có sốc**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, PTNS có 75 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 75%, PTMB có 25 bệnh nhân chiếm 25%. CNTC vỡ có sốc là một cấp cứu tối khẩn cấp song song với các biện pháp

hồi sức nội khoa tích cực, nâng huyết áp, cần nhanh chóng phẫu thuật để cứu sống tính mạng người bệnh. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật (PTMB hay PTNS) phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tình trạng sốc của bệnh nhân, điều kiện gây mê hồi sức, phương tiện, dụng cụ phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên... Tại Bệnh viện Quân y 103, đã áp dụng cả PTNS và PTMB điều trị những trường hợp CNTC vỡ có sốc, tuy nhiên tỉ lệ PTNS còn thấp do nhiều yếu tố, trong đó kinh nghiệm của phẫu thuật viên và bác sỹ gây mê rất quan trọng. Những phẫu thuật viên có kinh nghiệm thường chỉ định PTNS.

Tỉ lệ PTMB và PTNS của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả khác: A. Cohen: 80,0% PTNS; 20,0% PTMB [2], D. Ding: 77,55% PTNS; 22,45% PTMB [3].

**3.2 Thời gian phẫu thuật**

**Bảng 1. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật (phút)	PTMB		PTNS		P
	n=25	%	n=75	%	
<45	5	20,0	12	16,0	
45-60	17	68,0	48	64,0	
>60	3	12,0	15	20,0	
Trung bình	52,02±8,38		59,84±9,84		<0,05

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật từ 45-60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất: nhóm PTMB là 68,0%; nhóm PTNS là 64,0%. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTMB là 52,02±8,38 phút, nhóm PTNS là 59,84±9,84 phút, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Cohen A. với thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTMB là 50 phút, của nhóm PTNS là 60 phút [2], ngắn hơn so với tác giả Ding D. C. khi thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTMB là 84,5±34,3 phút, của nhóm PTNS là 73,2±26,8 phút [3].

**3.3 Lượng máu mất trong ổ bụng**

**Bảng 2. Lượng máu mất trong ổ bụng khi phẫu thuật**

Lượng máu mất trong ổ bụng (ml)	PTMB		PTNS		P
	n=25	%	n=75	%	
<1000	0	0,0	41	54,67	<0,05
1000-2000	16	64,0	33	44,0	
>2000	9	36,0	1	1,33	
Trung bình	1986,16±377,96		926,87±256,78		<0,05
Min-Max	1000-2500		600-2200		

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với nhóm PTMB lượng máu mất trong ổ bụng ít nhất

1000ml, nhiều nhất 2500ml và từ 1000ml đến 2000ml chiếm tỉ lệ lớn nhất (64,0%), với nhóm PTNS lượng máu mất trong ổ bụng ít nhất 600ml, nhiều nhất 2000ml và <1000ml chiếm tỉ lệ lớn nhất (54,67%). Lượng máu mất trong ổ bụng trung bình của nhóm PTMB là 1986,16±377,96ml, của nhóm PTNS là 926,87±256,78ml. Sự khác biệt về lượng máu mất trong ổ bụng giữa 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Cohen A. với PTMB là 1500ml, PTNS là 1000ml [2], của Ding D. C. với PTMB là 934,5±1106,8ml, PTNS là 315,4±514,7ml[3] và của Nguyễn Việt Trung với PTNS là 708,06ml[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp lượng máu mất 2200ml nhưng vẫn tiến hành PTNS thành công mà không có tai biến, biến chứng nào. Do vậy, đối với CNTC vỡ có sốc với lượng máu mất lớn nhưng khả năng gây mê hồi sức tốt, tốc độ triển khai dụng cụ, phương tiện phẫu thuật nhanh, phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm thì chúng ta có thể mạnh dạn PTNS cho bệnh nhân.

**3.4 Lượng máu truyền**

**Bảng 3. Lượng máu truyền**

Lượng máu truyền (ml)	PTMB		PTNS		P
	n=25	%	n=75	%	
Không truyền	0	0,0	16	21,33	<0,05
<500	0	0,0	34	45,33	
500-750	14	56,0	17	22,67	
>750	11	44,0	8	10,67	
Trung bình	821,09±351,80		294,52±285,01		<0,05

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân nhóm PTMB phải truyền máu từ 500ml trở lên. Nhóm PTNS có 21,33% bệnh nhân không phải truyền máu và 33,34% bệnh nhân phải truyền máu từ 500ml trở lên. Lượng máu truyền trung bình của nhóm PTMB là 821,09±351,80ml, của nhóm PTNS là 294,52±285,01ml. Sự khác biệt về lượng máu truyền 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Do lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn nên lượng máu truyền trung bình cũng lớn hơn so với nghiên cứu của Cohen A. cả PTMB và PTNS đều có lượng máu truyền trung bình là 500ml[2].

**4.4 Sử dụng kháng sinh**

**Bảng 4. Sử dụng kháng sinh**

Dùng kháng sinh	PTMB		PTNS		P
	n=25	%	n=75	%	
Dự phòng	1	4,0	16	21,33	<0,05
Điều trị	24	96,0	59	78,67	

Số ngày sử dụng trung bình (ngày)	4,27±1,23	2,84±1,54	<0,05
-----------------------------------	-----------	-----------	-------

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 21,33% bệnh nhân nhóm PTNS và 4% bệnh nhân nhóm PTMB sử dụng kháng sinh dự phòng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà với tỉ lệ dùng kháng sinh dự phòng trong PTNS điều trị CNTC là 25,23%[5].

Thời gian dùng kháng sinh trung bình của nhóm PTMB là 4,27±1,23 ngày, của nhóm PTNS là 2,84±1,54 ngày, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Việt Trung với thời gian điều trị kháng sinh trung bình của PTNS điều trị CNTC vỡ có sốc là 2,5±0,9 ngày[4].

#### 4.5 Dùng thuốc giảm đau sau mổ

##### Bảng 5. Số liều giảm đau sau mổ

Số liều giảm đau sau mổ (liều)	PTMB		PTNS		p
	n=22	%	n=31	%	
1	1	4,0	39	52,0	<0,05
2	15	60,0	29	38,67	
≥3	9	36,0	7	9,33	
Trung bình	2,34±0,48		1,58±0,52		<0,05

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dùng giảm đau sau mổ của nhóm PTMB với 2 liều chiếm tỉ lệ lớn nhất 60,0%, trung bình là 2,34±0,48 liều, còn đối với nhóm PTNS có 52,0% bệnh nhân chỉ dùng 1 liều giảm đau chiếm tỉ lệ lớn nhất, trung bình là 1,58±0,52 liều. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Akrong E. số liều giảm đau trung bình của nhóm PTNS là 1,0 liều và của nhóm PTMB là 3,0 liều[6]. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Trung trong PTNS điều trị CNTC vỡ có sốc, số liều giảm đau trung bình sau mổ là 1,8±0,3 liều[4].

Dựa vào các kết quả trên có thể thấy PTNS giúp bệnh nhân đỡ phải chịu sự đau đớn hơn, tạo điều kiện cho việc nhanh chóng hồi phục sức khỏe sau mổ.

#### 4.6 Thời gian nằm viện:

Bảng 6. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện (ngày)	PTMB		PTNS		p
	n=25	%	n=75	%	
≤3	3	12,0	46	61,33	<0,05
4-5	21	84,0	28	37,33	
≥6	1	4,0	1	1,34	
Trung bình	4,48±1,14		3,78±0,95		<0,05

Với nhóm PTMB: thời gian nằm viện từ 4-5 ngày chiếm tỉ lệ lớn nhất với 84,0%, thời gian nằm viện trung bình là 4,48±1,14 ngày. Với

nhóm PTNS: thời gian nằm viện ≤3 chiếm tỉ lệ lớn nhất với 61,33%, thời gian nằm viện trung bình là 3,78±0,95 ngày. Thời gian nằm viện của nhóm PTMB khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm PTNS ( $p < 0,05$ ). Điều này cho thấy trong CNTC vỡ có sốc thì PTNS có thời gian nằm viện ngắn hơn so với PTMB. Nghiên cứu của Cohen A. về CNTC vỡ có sốc thì thời gian nằm viện trung bình giữa nhóm PTMB và PTNS không có sự khác biệt đều 4,0 ngày ( $p > 0,05$ )[2].

#### V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ điều trị phẫu thuật mở bụng 25,0%, phẫu thuật nội soi 75,0%.

- Nhóm phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn nhóm phẫu thuật mở bụng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Nhóm phẫu thuật nội soi có lượng máu mất trong ổ bụng trung bình và lượng máu truyền trung bình ít hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Nhóm phẫu thuật nội soi có số ngày sử dụng kháng sinh trung bình ngắn hơn, số liều giảm đau trung bình ít hơn và thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Phẫu thuật nội soi điều trị an toàn với các trường hợp CNTC vỡ có sốc mức độ nhẹ, trung bình hoặc mức độ nặng sau khi đã được hồi sức tích cực, huyết động ổn định. Các trường hợp sốc mức độ nặng, huyết động không ổn định hoặc sốc mức độ rất nặng thì nên chỉ định phẫu thuật mở bụng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Tiên Hoà, Võ Mạnh Hùng, (2013) Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hoá. Y học thực hành. 11(886): p. 44-49.
2. Cohen A., et al. (2013) Laparoscopy versus laparotomy in the management of ectopic pregnancy with massive hemoperitoneum. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 123: p. 139-141.
3. Ding D. C., et al. (2008) Laparoscopic management of tubal ectopic pregnancy. Scientific Paper. 2008(12): p. 273-276.
4. Nguyễn Việt Trung, Đào Nguyên Hùng (2016) Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị CNTC thể ngập máu ổ bụng tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí y dược học Quân sự. 2: p. 155-158.
5. Phạm Ngọc Hà (2017) Thực trạng phẫu thuật nội soi trong điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 1/2014-6/2015. Tạp chí y học Việt Nam. 451: p. 116-120.
6. Akrong E., et al. (1999) Ectopic pregnancy - Laparoscopic management in a district general hospital. Journal of obstetrics and gynecology. 19(6): p. 636-639.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY MỠM KHUYU BẰNG NẸP VÍT KHÓA

Võ Thành Toàn\*, Phan Ngọc Thi\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy mỏm khuỷu bằng nẹp vít khóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu 65 bệnh nhân (BN) bị gãy mỏm khuỷu tít IIB, IIIA, IIIB theo phân loại Mayo tại Bệnh viện Thống Nhất từ 1/2016 – 1/2023. Thời gian theo dõi ít nhất 1 năm sau mổ. **Kết quả:** Có 36 BN nam và 29 BN nữ. Tuổi trung bình  $43,3 \pm 17,2$  (từ 22 đến 81). Tất cả đều liền xương sau 1 năm theo dõi. Đánh giá kết quả theo thang điểm chức năng khớp Mayo cho thấy tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao 95,3%. BN rất hài lòng và hài lòng với phương pháp điều trị 87,7%. Biến chứng sau mổ có 5 BN (7,7%) nhiễm trùng vết mổ phải liền da thì hai, 1 BN (1,54%) chậm liền xương, 7 BN (10,8%) bị cắn nẹp khi duỗi khuỷu, 1 BN (1,54%) bị thoái hóa khớp. **Kết luận:** phẫu thuật nẹp vít khóa trong gãy mỏm khuỷu cho kết quả lành xương tốt và chức năng khớp khuỷu tốt và BN thỏa mãn với kết quả điều trị.

**Từ khóa:** gãy mỏm khuỷu, nẹp vít khóa.

### SUMMARY

#### OUTCOME ANALYSIS OF LOCKING COMPRESSION PLATE FIXATION FOR OCLERANON FRACTURES

**Objective:** The study was designed to assess the effectiveness of locking compression plate for ocleranon fractures. **Subject and methods:** a prospective research. 65 patients with ocleranon fractures Mayo type IIB, IIIA, IIIB at Thong Nhat Hospital from January 2016 to January 2023. Follow up for 1 year. **Results:** there are 36 males and 29 females. The mean age was  $43.3 \pm 17.2$  (from 22 to 84). All patients had fracture union after 1 year. According to the Mayo Elbow Performance Score – MEPS, 93.5% patients had a good or excellent outcome. 87.7% patients were satisfied after surgery. In post-operative complications, 5 cases of infectious surgery incision (7.7%), 1 patient with delayed union (1.54%), 7 case of impingement during elbow extension (10.8%) and 1 case of elbow osteoarthritis (1.54%). **Conclusions:** locking compression plate fixation for ocleranon fractures provides good results in fracture union, elbow function and good clinical outcomes. **Keywords:** Ocleranon fracture, compression locking plate.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mỏm khuỷu chiếm khoảng 10% trong

gãy xương chi trên, hầu hết là gãy phạm khớp. Nguyên nhân do chấn thương trực tiếp như té ngã từ trên cao xuống, khuỷu đập vào nền cứng. Hoặc chấn thương gián tiếp với té ngã khuỷu gập một phần, mỏm khuỷu bị gãy do lực kéo căng của gân cơ tam đầu [1], [2].

Với mục tiêu phục hồi chức năng của khớp khuỷu mà không bị đau. Điều trị gãy mỏm khuỷu là một thách thức. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cho loại gãy này như nẹp ép chỉ thép, hoặc kim Kirschner, vít nội tủy kết hợp nẹp ép bằng chỉ thép. Tuy nhiên, các kĩ thuật này có tỉ lệ gãy đinh, đứt chỉ thép, làm di lệch ổ gãy, tăng nguy cơ tổn thương cấu trúc mạch máu, thần kinh ở cẳng tay. Hiện nay, phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít dần trở nên phổ biến hơn, mang lại nhiều kết quả khả quan và được báo cáo trong nhiều nghiên cứu, đặc biệt đối với loại gãy nhiều mảnh theo phân độ Mayo IIB, IIIA, IIIB [2], [3], [4].

Tại Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi đã triển khai phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít trong các trường hợp gãy mỏm khuỷu và đạt một số kết quả nhất định. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy mỏm khuỷu bằng nẹp vít khóa.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** 65 bệnh nhân bị gãy mỏm khuỷu được phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2016 – 1/2023

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN gãy mỏm khuỷu phân độ IIB, IIIA, IIIB theo Mayo được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc các BN mất liên lạc trong quá trình nghiên cứu.
- Gãy xương bệnh lý.
- Gãy mỏm khuỷu có kèm tổn thương khác như: gãy đầu dưới xương cánh tay, gãy chỏm quay cùng bên, gãy mỏm vẹt, tổn thương mạch máu thần kinh đi kèm.

#### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu mô tả

**Phương pháp thu thập số liệu:** Tiến cứu mô tả, các BN gãy mỏm khuỷu tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2016 đến tháng 01/2023. Gửi thư mời BN tái khám đối với các BN ở tỉnh; gửi thư mời hoặc đến khám tại nhà đối với BN ở TP. Hồ Chí Minh

BN gãy mỏm khuỷu được phân loại theo

\*Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024