

đoán hình ảnh và nội soi tiêu hóa can thiệp. Biến chứng phổ biến nhất là nang giả tuy nhiên có thể xử lý qua nội soi can thiệp. Phẫu thuật đặt ra cho trường hợp bệnh nhân có huyết động không ổn định.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Søreide K, Weiser TG, Parks RW. Clinical update on management of pancreatic trauma. HPB (Oxford). 2018;20(12):1099-1108. doi:10.1016/j.hpb.2018.05.009
2. Cigdem MK, Senturk S, Onen A, Siga M, Akay H, Otcu S. Nonoperative management of pancreatic injuries in pediatric patients. Surg Today. 2011;41(5):655-659. doi:10.1007/s00595-010-4339-4
3. Trịnh Văn Tuấn, Trần Bình Giang. Điều trị chấn thương tụy tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2013;tập 83(số 3):108-115.
4. Trịnh Hồng Sơn, Trần Công Hoan, Bùi Văn Lệnh. Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương tụy (nhân hai trường hợp). Y học thực hành. 2002;6(424):61-63.
5. de Blaauw I, Winkelhorst JT, Rieu PN, et al. Pancreatic injury in children: good outcome of nonoperative treatment. J Pediatr Surg. 2008;43(9):1640-1643. doi:10.1016/j.jpedsurg.2008.03.061
6. Krige JEJ, Kotze UK, Setshedi M, Nicol AJ, Navsaria PH. Prognostic factors, morbidity and mortality in pancreatic trauma: a critical appraisal of 432 consecutive patients treated at a Level 1 Trauma Centre. Injury. 2015;46(5):830-836. doi:10.1016/j.injury.2015.01.032
7. Beres AL, Wales PW, Christison-Lagay ER, McClure ME, Fallat ME, Brindle ME. Non-operative management of high-grade pancreatic trauma: is it worth the wait? J Pediatr Surg. 2013;48(5):1060-1064. doi:10.1016/j.jpedsurg.2013.02.027
8. Garg RK, Mahajan JK. Blunt Trauma Pancreas in Children: Is Non-Operative Management Appropriate for All Grades? Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2017;20(4):252-258. doi:10.5223/pghn.2017.20.4.252
9. Thái Nguyên Hưng. Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chấn thương thân dưới tụy. Tạp chí y học Việt Nam. 2022;521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4033

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN BA MẮT CÁ CHÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương (KHX) điều trị gãy kín ba mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang theo dõi dọc 34 bệnh nhân (BN) gãy ba mắt cá chân, được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2022- 06/2024. **Kết quả:** Trong 34 BN, độ tuổi trung bình  $53,5 \pm 13,2$ . Tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Một nửa số vào viện do tai nạn giao thông. Cơ chế sấp - xoay ngoài và sấp - khép (theo Lauge - Hansen) chiếm tỷ lệ lần lượt là 38,2% và 35,3%. Kiểu B theo phân loại AO hay gặp nhất (52,9%). Khoảng di lệch mắt cá sau (MCS) trước mổ trung bình  $5,21 \pm 4,31$  mm. 67,7% trường hợp có tổn thương di lệch mộng chày mác (MCM). Chỉ số TFCS trước mổ trung bình  $8,01 \pm 3,06$  mm. Tỷ lệ nhiễm khuẩn nông vết mổ là 5,9% (2 BN). Khoảng di lệch MCS sau mổ trung bình  $0,650 \pm 1,11$  mm. Sau mổ 95,7% hết toác MCM. Chỉ số TFCS sau mổ trung bình  $4,65 \pm 0,75$  mm. Đánh giá sau mổ 3 tháng trên 30 BN tái khám, điểm AOFAS trung bình  $92,6 \pm 5,78$ . **Kết**

**Đình Xuân Chương<sup>1</sup>, Dương Đình Toàn<sup>2,3</sup>**

**luận:** Phẫu thuật KHX điều trị gãy kín ba mắt cá chân là phương pháp hiệu quả, phục hồi tốt chức năng khớp cổ chân cho BN. **Từ khóa:** Gãy kín mắt cá chân, ba mắt cá chân, phẫu thuật kết hợp xương

**Viết tắt:** TFCS: Tibiofibular Clear Space - Khoảng trống chày mác; AOFAS: American Orthopaedic Foot and Ankle Society - Hội chính hình bàn chân và mắt cá Hoa Kỳ

#### SUMMARY

#### OUTCOMES OF OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION (ORIF) FOR CLOSED TRIMALLEOLAR FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of open reduction and internal fixation surgery for closed trimalleolar fractures at Viet Duc University Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional retrospective study of 34 patients with trimalleolar fractures at Viet Duc University Hospital from 01/2022 to 06/2024. **Results:** The mean age of the patients was  $53.5 \pm 13.2$  years. The female-to-male ratio was 2:1. Half of the patients were admitted due to traffic accidents. The most common injury mechanisms were supination-external rotation and supination-adduction. The majority of fractures were classified as type B according to the AO classification. The mean pre-operative posterior malleolar displacement was  $5.21 \pm 4.31$  mm. In 67.7% of cases, there was a tibiofibular syndesmosis injury. The mean pre-operative tibiofibular clear space was  $8.01 \pm 3.06$  mm. The

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đình Xuân Chương

Email: bong.hong.tang.em.xch@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

superficial wound infection rate was 5,9% (2 patients). The mean post-operative posterior malleolar displacement was  $0,650 \pm 1,11$  mm. 95.7% of patients had complete healing of the tibiofibular syndesmosis. The mean post-operative tibiofibular clear space was  $4,65 \pm 0,75$  mm. At the 3-month follow-up, the mean (AOFAS) score was  $92,6 \pm 5,78$

**Conclusions:** Open reduction and internal fixation is an effective treatment for closed trimalleolar fractures, achieving good ankle function for patients.

**Keywords:** Closed ankle fracture, trimalleolar fracture, open reduction and internal fixation.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, số lượng BN gãy ba mắt cá chân cần phẫu thuật ngày càng tăng. Tuy nhiên, vẫn chưa có NC nào đánh giá về kết quả điều trị của phương pháp này. NC này nhằm cung cấp những bằng chứng khoa học về hiệu quả của phẫu thuật KHX trong điều trị gãy kín ba mắt cá chân, từ đó giúp các bác sĩ đưa ra quyết định điều trị phù hợp cho từng BN, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các BN gãy kín ba mắt cá chân được phẫu thuật KHX tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2022 đến 06/2024.

**2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả những BN được chẩn đoán gãy kín ba mắt cá chân được phẫu thuật KHX. BN đồng ý tham gia NC và trên 18 tuổi. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, có kết quả Xquang trước và sau mổ đầy đủ

**2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp gãy xương bệnh lý, gãy xương trên chi có dị tật, không đầy đủ thông tin bệnh án.

**2.4. Phương pháp nghiên cứu.** NC mô tả, có phân tích kết quả.

**Địa điểm và thời gian NC:** Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 đến 06/2024.

Cỡ mẫu NC: Cỡ mẫu thuận tiện.

**Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Tất cả các BN được thu thập đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án

+ Liên hệ hẹn BN khám lại, đánh giá kết quả chức năng theo thang điểm AOFAS

**Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0 sử dụng test so sánh.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** NC được thực hiện dưới sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các BN được thông báo về lợi ích và biến cố không mong đợi của phẫu thuật và tự nguyện tham gia NC. Các thông tin liên quan tới đối tượng NC đều được giữ kín.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm chung của nhóm BN**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm BN**

	Biến số	n	Tỉ lệ
Nhóm tuổi	≤20	0	0%
	> 20 - 30	1	2,9%
	>30 - 40	7	20,6%
	>40 - 50	6	17,6%
	50 - 60	9	26,5%
	> 60	11	32,4%
Giới	Nam	12	35,3%
	Nữ	22	64,7%
Nguyên nhân vào viện	Tai nạn giao thông	17	50%
	Tai nạn sinh hoạt	13	38,2%
	Tai nạn lao động	2	5,9%
	Tai nạn thể thao	2	5,9%
Xử lý trước vào viện	Không xử trí gì	10	29,4%
	Cố định nẹp tạm	14	41,2%
	Nắn chỉnh bó bột	7	20,6%
	Bó thuốc đông y	3	8,8%

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình  $53,5 \pm 13,2$  tuổi, thấp nhất là 26 tuổi, cao nhất là 75 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là: 20 – 50 tuổi chiếm 41,2%. Tỉ lệ Nữ/Nam là 2/1. Nguyên nhân vào viện gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông (50%). Tiếp đến là tai nạn sinh hoạt (38,2%). Tỉ lệ chưa được xử lý gì trước vào viện là 29,4%. Đã được xử lý 70,6%, trong đó nắn chỉnh bó bột có 07 BN, cố định tạm thời bằng bột có 14 BN, và có 03 trường hợp bó thuốc đông y, bó lá.

**Đặc điểm tổn thương trước mổ**

**Bảng 2. Đặc điểm tổn thương trước mổ**

	Biến số	n	Tỉ lệ
Phân loại Lauge-Hansen	Sấp khớp	12	35,3%
	Sấp – xoay ngoài	13	38,2%
	Ngửa – xoay ngoài	9	26,5%
	Ngửa - khớp	0	0
Phân loại AO	44-A	6	17,6%
	44-B	18	52,9%
	44-C	10	29,4%
Khoảng di lệch MCS	< 1mm	3	8,8%
	1-2 mm	4	11,8%
	> 2 mm	27	79,4%
	Trung bình: $5,21 \pm 4,31$ mm		
Tổn thương MCM	Không toác MCM	8	23,5%
	Có toác MCM	26	76,5%
TFCS	Trung bình: $8,01 \pm 3,06$ mm		

**Nhận xét:** Theo phân loại Lauge – Hansen thì Sấp – Xoay ngoài và Sấp – Khép chiếm tỉ lệ lần lượt là 38,2% và 35,3%, không có Ngửa – Khép. Phần lớn là nhóm B theo phân loại AO (52,9%).

Khoảng di lệch mảnh vỡ MCS trung bình là  $5,21 \pm 4,31$  mm. Chủ yếu là di lệch >2mm với tỉ

lệ 79,4%. Tổn thương toác MCM chiếm 76,5%. Chỉ số TFCS trung bình là  $8,01 \pm 3,06$ mm.

### Phương pháp điều trị

**Bảng 3. Phương pháp KHX**

Phương pháp kết xương	Mắt cá trong	Mắt cá ngoài	MCS
Vít xốp	17(50%)	0	17(58,8%)
Nẹp vít	0	33(97,1%)	2(5,9%)
Đinh Kirschner	17(50%)	1(2,9%)	1(2,9%)
Không KHX	0	0	14(41,2%)
Tổng	34	34	34

**Nhận xét:** Trong NC của chúng tôi hầu hết BN đều được KHX mắt cá ngoài/xương mác bằng nẹp vít (97,1%), chỉ có 2,9% BN dùng đinh kirschner. 50% BN được KHX mắt cá trong bằng vít xốp và 50% sử dụng đinh kirschner. MCS đa phần đều được KHX (58,8%) trong đó phần lớn KHX bằng vít xốp(17/20 BN), 41,2% trường hợp không KHX MCS.

### Kết quả điều trị

#### Kết quả gần

**Bảng 3. Kết quả gần phẫu thuật**

Biến số		n	Tỉ lệ
Diễn biến kỳ đầu	Liên kỳ đầu	32	94,1%
	Nhiễm trùng nông vết mổ	2	5,9%
	Nhiễm trùng sâu vết mổ	0	0%
Di lệch MCS sau mổ	$\leq 1$ mm	23	67,6%
	$> 1$ mm	11	32,4%
		trung bình: $0,65 \pm 1,112$ mm	
TFCS sau mổ	$\geq 5$ mm	2	5,9%
	$< 5$ mm	32	94,1%
		trung bình: $4,60 \pm 0,750$ mm	

**Nhận xét:** Trong NC của chúng tôi hầu hết BN đều liền vết mổ kỳ đầu (94,1%). Có 2 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ chiếm 5,9%, trong đó có 01 BN viêm nông dưới da và 01 BN viêm chân chỉ. Trong NC không có trường hợp nào nhiễm trùng sâu hay viêm xương.

Hầu hết TFCS sau mổ  $< 5$ mm (94,1%). Chỉ số TFCS sau mổ trung bình là  $4,6 \pm 0,75$  mm, nhỏ nhất 3,4 mm, lớn nhất 7,2 mm. Đa số có khoảng di lệch MCS sau mổ  $\leq 1$  mm (67,6%). Khoảng di lệch MCS sau mổ trung bình là  $0,65 \pm 1,112$  mm.

**Kết quả xa:** Trong thời gian NC có 30 BN tái khám. Thời gian theo dõi trung bình là  $12,7 \pm 5,27$  tháng. Kết quả về liền xương và mức độ di lệch theo Wilson F.C đa số đạt kết quả tốt (56,7%). Không có trường hợp nào có kết quả xấu. Theo thang điểm chức năng bàn chân trung bình là  $92,6 \pm 5,78$ , hầu hết có kết quả tốt (80%). Trong NC không có trường hợp nào có kết quả kém.

**Bảng 4. Kết quả xa phẫu thuật**

Biến số	n	Tỉ lệ	
Đánh giá về liền xương và mức độ di lệch thứ phát theo Wilson (1966)	Tốt	17	56,7%
	Khá	13	43,3%
	Trung bình	0	0%
	Xấu	0	0%
Đánh giá kết quả xa theo AOFAS	Tốt	24	80%
	Khá	5	16,7%
	Trung bình	1	3,3%
	Kém	0	0%
Điểm AOFAS	trung bình: $92,6 \pm 5,78$		

## IV. BÀN LUẬN

### Đặc điểm nhóm NC

**Tuổi và giới.** Chúng tôi nhận thấy số BN nữ chiếm ưu thế với tỉ lệ Nữ/Nam là 2/1 với độ tuổi trung bình là 53,5. Kết quả này tương đương với NC của Verhage (2019) là ưu thế ở nữ và độ tuổi trung bình là 52,3.<sup>1</sup> Số BN trong độ tuổi từ 20-50 chiếm 41,2%, đây là độ tuổi lao động và tham gia giao thông nhiều nhất. Các số liệu về độ tuổi có sự tương đồng với NC trong nước gần đây của Vũ Trường Thịnh 2022.<sup>2</sup> Kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp với điều tra dịch tễ học gãy mắt cá chân của Elsoe (2019) với độ tuổi trung bình là 41,4, tỉ lệ nữ/nam là 1,15/1, và độ tuổi càng tăng thì tỉ lệ nữ giới mắc phải càng tăng.<sup>3</sup>

**Nguyên nhân chấn thương.** Nguyên nhân gây ba mắt cá do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất (50%). Điều này cho thấy tình trạng tai nạn giao thông tăng cao. Tỉ lệ này cũng phù hợp với các NC trước đây của các tác giả trong nước.

Một nguyên nhân cũng hay gặp là tai nạn sinh hoạt, BN trượt chân ngã, vấp ngã. Trong NC của chúng tôi có 02 trường hợp tai nạn lao động ngã cao. Có 02 trường hợp tai nạn thể thao do tiếp đất sai tư thế. Nguyên nhân này ở các NC trong nước cũng hiếm gặp với tần suất 3% đến 8%. Trong NC của tác giả Li (Trung Quốc – 2023) nguyên nhân do tai nạn giao thông tần suất thấp hơn, tai nạn thể thao có tỉ suất cao hơn thường gặp trong các môn như bóng rổ, bóng đá, tennis, bóng bầu dục.<sup>4</sup>

### Đặc điểm thương tổn

#### Phân loại theo cơ chế chấn thương.

Trong NC của chúng tôi phần lớn các BN gãy theo cơ chế xoay ngoài bàn chân (64,7%), tư thế bàn chân sấp gặp chủ yếu (73,5%). Trong NC của chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương với cơ chế Ngửa – Khép tương tự với NC của Verhage SM 2019 phù hợp với tổn thương do các cơ chế gây ra.<sup>1</sup>

**Phân loại theo phân loại AO.** Chúng tôi thấy kiểu B có 18 trường hợp (52,9%) là kiểu ưu thế, tiếp theo là kiểu C chiếm 29,4%. Kết quả của chúng tôi tương đồng NC của Verhage SM

2019, Comadoll S 2024<sup>1,5</sup> kiểu B chiếm ưu thế, tuy nhiên trong NC của chúng tôi có kiểu A mà các tác giả nước ngoài không có. Tuy nhiên đặc điểm này lại tương đồng với NC của tác giả trong nước như Vũ Trường Thịnh 2019.<sup>2</sup>

**Đặc điểm thương tổn MCM trên Xquang.** Có 23 trường hợp TMCM chiếm tỉ lệ 67,6%. Và chỉ số TFCS trung bình  $7,350 \pm 3,061$  mm nhỏ nhất là 4,1 mm, và lớn nhất là 17 mm đặc điểm này trong NC của chúng tôi khác với kết quả của tác giả Nguyễn Bá Ngọc 2021<sup>6</sup> nguyên nhân tác giả này NC các BN gãy Dupuytren nên tỉ lệ tổn thương MCM là 100%. Tuy nhiên ở NC của Burwell H. N. và cộng sự (1965)<sup>7</sup> cho thấy tỉ lệ tổn thương MCM ở các BN tương đồng với kết quả của chúng tôi. NC của Ostrum R. F. (1995) cho thấy chỉ số TFCS cũng tương đồng ở những BN nhóm C theo phân loại AO.<sup>8</sup>

#### Phương pháp điều trị

**Thời điểm phẫu thuật.** Trước đây các tác giả cho rằng phẫu thuật nên được trì hoãn, khi phần mềm ổn định.<sup>9</sup> Nhưng hiện nay quan điểm đề nghị nếu như tổn thương phần mềm nhẹ, sưng nề ít thì nên phẫu thuật sớm sau chấn thương như tác giả Tranfton (1992).<sup>10</sup> Nếu tổn thương phần mềm tại chỗ phức tạp, nhiều nốt phỏng nước thì nên trì hoãn đến khi phần mềm ổn định. Tác giả trong nước Ma Ngọc Thành (2010) các BN đều được mổ sớm trong 7 ngày đầu đều đạt kết quả tốt.

Trong NC của chúng tôi đa số BN đều được phẫu thuật sớm trong 7 ngày đầu (chiếm 91,2%). Không có sự khác biệt giữa các nhóm thời điểm phẫu thuật với kết quả điều trị ( $\chi^2 = 0,901$ ,  $p > 0,05$ ) kết quả này có sự khác biệt với các NC của tác giả trong nước và nước ngoài có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, một phần trong đa số ca phẫu thuật có sử dụng Carm để nắn chỉnh nên kết quả nắn chỉnh tốt hơn.

#### Phương pháp phẫu thuật

**Tổn thương mắt cá sau.** Đa số các trường hợp có di lệch MCS > 2 mm (85,3%), trong các trường hợp gãy MCS thì có 20/34 trường hợp được KHX. Trong NC của chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm KHX MCS bằng nẹp vít, bằng vít xoắn, đinh Kirschner, không KHX với kết quả điều trị ( $\chi^2 = 1,18$ ,  $p > 0,05$ ). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả Teimouri (2024) cho thấy kết quả điều trị giữa các nhóm không có khác biệt giữa KHX và bảo tồn, không có khác biệt giữa sử dụng vít xoắn và nẹp vít trợ đỡ.

**Toác mộng chày mác.** Trong 34 trường hợp trong NC có 23 trường hợp tổn thương MCM theo kết quả NC của chúng tôi không có sự khác

biệt giữa cá nhóm phương pháp cố định MCM ( $\chi^2 = 1,13$ ,  $p > 0,05$ ). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Bá Ngọc (2021).<sup>6</sup> Theo Testa và cộng sự (2019) cố định khớp chày mác dưới là cần thiết trong trường hợp gãy cả 3 mắt cá cùng với bán sai khớp xương sên.<sup>15</sup> Qua NC của chúng tôi thấy rằng trong mổ cần phải đánh giá khớp chày mác dưới trong mổ từ đó quyết định cố định khớp chày mác dưới.

#### Kết quả sớm sau mổ

**Biến chứng sau mổ.** Chúng tôi gặp 2 trường hợp nhiễm khuẩn nông (5,9%). Không có ca nào nhiễm khuẩn sâu, viêm xương. Chúng tôi cũng không gặp các biến chứng khác. Kết quả này trong NC của chúng tôi tương đương với các NC của tác giả Ma Ngọc Thành (2010) gặp 02 trường hợp nhiễm khuẩn nông.<sup>11</sup> Tác giả SooHoo (2009) gặp tỉ lệ nhiễm trùng nông là 1,4%.<sup>13</sup> Như vậy NC của chúng tôi có kết quả về tỉ lệ nhiễm trùng tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến chứng sớm khác như tổn thương mạch máu, thần kinh. Cần cẩn thận trong đánh giá tình trạng phần mềm, chọn đường mổ để tránh tai biến.

**Kết quả nắn chỉnh sau mổ.** Kết quả nắn chỉnh ổ gãy MCS: Phần lớn khoảng di lệch MCS sau mổ  $\leq 1$  mm (23/34 trường hợp), trung bình  $0,65 \pm 1,11$  mm, nhỏ nhất là 0,1 mm và lớn nhất là 3,3 mm. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa hai nhóm khoảng di lệch MCS sau mổ ( $\chi^2 = 0,590$ ,  $p > 0,05$ ) kết quả này tương đồng với các NC của Verhage (2018).<sup>1</sup>

Kết quả nắn chỉnh MCM: Có 94,1% trường hợp không còn tổn thương MCM. Chỉ số TFCS trung bình  $4,65 \pm 0,75$  mm, nhỏ nhất là 3,4 mm, lớn nhất là 7,2 mm. Phân loại MCM sau mổ giữa hai nhóm tổn thương MCM với kết quả điều trị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $\chi^2 = 1,68$ ,  $p > 0,05$ ).

**Kết quả xa sau mổ.** Trong thời gian NC có 30 BN tái khám. Thời gian theo dõi trung bình là  $12,7 \pm 5,27$  tháng.

**Đánh giá liên xương và phục hồi giải phẫu theo Wilson (1966).** Có 17 trường hợp phân loại tốt (56,7%). Có 13 trường hợp phân loại khá (43,3%). Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Bá Ngọc 2021.<sup>6</sup>

**Đánh giá chức năng khớp cổ chân theo AOFAS.** Kết quả tốt có 24/30 trường hợp chiếm 80%, không có trường hợp nào có kết quả kém. Điểm AOFAS trung bình  $92,6 \pm 5,775$ . Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Verhage (2018) báo cáo 169 trường hợp gãy 3 mắt cá được phẫu thuật điều trị phẫu thuật, trong đó

điểm AOFAS trung bình là 93.<sup>1</sup>

Sự khác biệt về kết quả chung giữa các nhóm liền xương và phục hồi giải phẫu khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $\chi^2 = 4,86$ ,  $p < 0,01$ ).

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật KHX gãy kín ba mắt cá là phương pháp hiệu quả. 94,1% BN lành vết mổ kỳ đầu, kết quả chức năng của khớp cổ chân có 80% trường hợp đạt kết quả tốt, không có trường hợp nào có kết quả kém. Điểm AOFAS trung bình là  $92,6 \pm 5,775$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Verhage SM, Krijnen P, Schipper IB, Hoogendoorn JM.** Persistent postoperative step-off of the posterior malleolus leads to higher incidence of post-traumatic osteoarthritis in trimalleolar fractures. Arch Orthop Trauma Surg. 2019; 139(3): 323-329. doi:10.1007/s00402-018-3056-0
- Thịnh VT, Mai DNL, Triều TMLT, Sơn NT, Thủy NX.** Kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, năm 2019. TCNCYH. 2022;149(1): 67-77. doi:10.52852/tcncyh.v149i1.388
- Elsoe R, Ostgaard SE, Larsen P.** Population-based epidemiology of 9767 ankle fractures. Foot

and Ankle Surgery. 2018;24(1):34-39. doi:10.1016/j.fas.2016.11.002

- Li Y, Luo R, Li B, et al.** Analysis of the epidemiological characteristics of posterior malleolus fracture in adults. J Orthop Surg Res. 2023;18(1): 507. doi:10.1186/s13018-023-04007-w
- Comadoll S, Paull TZ, Boike SC, Vang S, Moua GY, Nguyen MP.** Preoperative CT Scan is not Associated with Shorter Surgical Time or Improved Patient Outcomes for Trimalleolar Ankle Fractures. Iowa Orthop J. 2024;44(1):173-177.
- Nguyễn Bá Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm X quang khớp cổ chân ở người Việt Nam trưởng thành và kết quả điều trị gãy kín Dupuytren bằng phương pháp kết xương bên trong. Published online 2021.
- Burwell HN, Charnley AD.** The treatment of displaced fractures at the ankle by rigid internal fixation and early joint movement. J Bone Joint Surg Br. 1965;47(4):634-660.
- Ostrum RF, De Meo P, Subramanian R.** A critical analysis of the anterior-posterior radiographic anatomy of the ankle syndesmosis. Foot Ankle Int. 1995;16(3):128-131. doi:10.1177/107110079501600304
- Injuries about the ankle.** Accessed July 23, 2024. <https://hutaif-orthopedic.com/2513-en>
- Fraktur Dan Dislokasi Ankle | PDF.** Scribd. Accessed July 23, 2024. <https://id.scribd.com/doc/174479467/fraktur-dan-dislokasi-ankle>

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC CẮT THẬN TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Huy Bình<sup>1,2</sup>, Đỗ Trường Thành<sup>1,2,3</sup>,  
Đặng Trần Thanh Liêm<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Diệu<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phức mạc cắt thận triệt căn điều trị RCC tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 107 BN ung thư biểu mô tế bào thận được phẫu thuật nội soi sau phức mạc cắt thận triệt căn từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2024 tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $55,9 \pm 13,2$  tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Các triệu chứng khi vào viện: đau thắt lưng 55 BN (51,4%), đái máu đại thể 19 BN (17,76%), sờ thấy khối u 3 BN (2,85), xuất hiện đủ cả 3 triệu chứng có 2

BN (1,87%), phát hiện tình cơ u thận có 51 BN (47,7%). Triệu chứng toàn thân sốt, sụt cân, thiếu máu gặp ở 2 BN (1,9%), 11 BN (10,3%), 11 BN (10,3%). Khối u ở thận bên phải và trái tương ứng 49,5% và 50,5%. Trên cắt lớp vi tính (CLVT): kích thước trung bình  $52,1 \pm 16,7$ mm, có 11,2% khối u có vôi hóa, 12,1% có hạch nghi ngờ di căn. Phân loại giai đoạn: cT1bN0M0 chiếm 56,1%, cT1aN0M0 chiếm 23,4%. Phân loại kết quả sau mổ: 88,8 tốt, 9,3% trung bình, 1,9% xấu. Giải phẫu bệnh: tế bào sáng 69 BN (64,5%), tế bào kỵ màu 31 BN (28,9%), tế bào ống nhú 5 BN (4,7%), Sarcoma thận 2 BN (1,9%). Theo dõi xa: 3 BN (2,9%) tử vong do ung thư, 3 BN (2,9%) tái phát tại chỗ, 1 BN (0,97%) di căn não và phổi. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào thận có thể không biểu hiện lâm sàng rõ rệt. Phẫu thuật nội soi sau phức mạc cắt thận triệt căn trong bệnh có thể thực hiện an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** Ung thư thận, Ung thư biểu mô tế bào thận, Phẫu thuật nội soi sau phức mạc, Phẫu thuật triệt căn.

## SUMMARY

### SURGICAL OUTCOMES OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Bình

Email: drtranhuybinhdkhb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024