

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN MÂM CHÀY BẰNG PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Văn Chuẩn<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Khoa<sup>1</sup>, Hà Đăng Định<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật kết hợp xương ít xâm lấn (MIS) là một phương pháp hiệu quả để điều trị gãy kín mâm chày với nhiều ưu điểm (cải thiện chức năng và giảm tỷ lệ biến chứng so) với phẫu thuật mở mổ kinh điển. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện 54 bệnh nhân được phẫu thuật MIS từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024. **Kết quả và bàn luận:** Đặc điểm người bệnh có gãy kín mâm chày: Độ tuổi  $46,39 \pm 10,71$ ; Lý do chấn thương thường gặp do tai nạn giao thông: 26/54 BN (48,15%); Phân loại gãy thường gặp: Loại IV với tỷ lệ 35,19%. Kết quả sau mổ: Liên vết mổ kỳ đầu: 50/54 BN (92,59%); Trục xương tốt trên Xquang là 83,34%. Kết quả xa: Tốt và khá: 49/54 BN (90,74%); Trung bình: 5/54 BN (9,26%); Không có trường hợp nào cho kết quả kém. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn là phương pháp mang lại hiệu quả điều trị tốt cho bệnh nhân gãy kín mâm chày. **Từ khóa:** Gãy kín mâm chày; phẫu thuật ít xâm lấn.

## SUMMARY

### EVALUATE THE RESULT OF TREATMENT FOR CLOSED TIBIAL PLATEAU FRACTURES BY MINIMALLY INVASIVE SURGERY AT BAC GIANG GENERAL HOSPITAL

**Introduction:** Minimally invasive surgery (MIS) is an effective method for treating closed tibial plateau fractures, offering several advantages over conventional surgery, including improved functional outcomes and a reduced complication rate. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 54 patients who underwent MIS surgery from January 2022 to January 2024. **Results and Discussion:** Characteristics of patients with closed tibial plateau fractures: The average age was  $46.39 \pm 10.71$  years. The most common cause of injury was traffic accidents, accounting for 26 out of 54 patients (48.15%). The most frequently observed fracture classification was Type IV, with an incidence of 35.19%. **Postoperative results:** Initial wound healing was achieved in 50 out of 54 patients (92.59%). A good bone axis on X-ray was observed in 83.34% of cases. **Long-term results:** A good or fair outcome was recorded in 49 out of 54 patients (90.74%), while 5 out of 54 patients (9.26%) had an average outcome. No cases showed poor results. **Conclusion:** Minimally invasive surgery is an effective

treatment method for patients with closed tibial plateau fractures. **Keywords:** closed tibial plateau fractures; minimally invasive surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là loại gãy xương phạm khớp, thường có tổn thương phức tạp, có thể có nhiều biến chứng, di chứng nên việc điều trị đòi hỏi vừa phải nắn chỉnh hết các di lệch khôi phục lại hình thể giải phẫu đặc biệt là diện khớp, xử lý được các tổn thương phối hợp<sup>1</sup>. Đây là bệnh lý thường gặp, chiếm từ 5-7% tình trạng gãy xương cẳng chân và chiếm 1% tình trạng gãy xương nói chung<sup>2</sup>.

Phẫu thuật ít xâm lấn có ưu thế vượt trội hơn về kết quả điều trị so với việc mổ mở thông thường do tôn trọng tối đa nguồn máu nuôi dưỡng tại ổ gãy, hạn chế mất máu, giúp giảm sang chấn, giảm đau sau mổ, khả năng liền xương cao hơn và bệnh nhân tập phục hồi chức năng được sớm hơn. Hiện nay phẫu thuật ít xâm lấn đang là xu thế và là vấn đề thời sự được nhiều phẫu thuật viên trên thế giới và ở Việt Nam quan tâm, nghiên cứu và ứng dụng. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang, chưa có dữ liệu cung cấp thông tin về phẫu thuật ít xâm lấn điều trị gãy kín mâm chày, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 1/2022- tháng 1/2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên 54 bệnh nhân gãy kín mâm chày được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít ít xâm lấn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024 với tiêu chuẩn chọn:

- Bệnh nhân được gãy kín mâm chày được phân loại Schatzker I đến VI được phẫu thuật kết hợp xương ít xâm lấn
- Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, cả hai giới.
- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân lưu trữ đầy đủ phù hợp với các biến số, chỉ số nghiên cứu theo bệnh án nghiên cứu.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:**
  - + Bệnh nhân gãy mâm chày có hội chứng chèn ép khoang, tổn thương mạch khoeo.
  - + Bệnh nhân có đa chấn thương

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chuẩn

Email: drchuanbg77@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, thu thập dữ liệu hồi cứu kết hợp tiến cứu. Tiến hành lập danh sách bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, truy cứu trên hồ sơ bệnh án, viết thư mời, gọi điện thoại mời bệnh nhân đến viện, đánh giá kết quả gần, kết quả xa.

### Quy trình nghiên cứu:

- \* Tiến hành kỹ thuật
  - Phương pháp vô cảm: Tê tuỷ sống hoặc gây mê nội khí quản.
  - Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa
  - Sát trùng rộng vùng phẫu thuật.
  - Ga rô gốc chi
  - Kỹ thuật mổ phụ thuộc vào mức độ tổn thương mâm chày:

Đối với tổn thương mâm chày Schartzker I và II: Xác định vị trí: đặt 1 kim kirschner lên mặt da bệnh nhân vùng mâm chày theo hướng song song và trùng với khe khớp gối, kiểm tra trên màn tăng sáng tư thế thẳng đánh dấu vị trí mâm chày và mảnh vỡ. Kiểm soát mặt khớp, trong trường hợp cần thiết có thể vẹo trong hoặc vẹo ngoài để mặt khớp mâm chày hoàn hảo trước khi khoan mũi dẫn đường. Kiểm tra lại bằng C-arm xem mũi khoan và hướng khoan ở vị trí hoàn hảo chưa sau đó bắt vít xỏ hoặc nẹp vít cố định ổ gãy (Trong trường hợp cần thiết có thể sử dụng thêm đinh Kirschner)



Với tổn thương mức độ Schartzker III đến VI: Rạch da mặt trong hoặc ngoài mâm chày tùy theo hình thái ổ gãy kích thước 2,5 - 5cm, dùng lóc màng xương hoặc đục thẳng bóc tách kín da và tổ chức dưới da bám vào mặt xương tương ứng tạo đường hầm thuận lợi để đặt nẹp vít. Qua đường mổ nhỏ nắn chỉnh ổ gãy dưới hướng dẫn của C-arm, sao cho mặt khớp phần mâm chày được phục hồi về giải phẫu tốt nhất, có thể kết hợp thêm đinh Kirschner qua da để giữ mặt khớp hoàn hảo nhất. Luồn nẹp vít vừa tạo qua đường rạch da nhỏ và bắt 2 vít vào mâm chày song song với khe khớp trước (dưới hướng dẫn của C-arm). Tiếp đó bắt các vít xương còn lại tương ứng với các lỗ nẹp trên thân xương chày đã được định vị dưới màn hình tăng sáng bằng các đường rạch da nhỏ trên cẳng chân khoảng 1 - 1,5cm.



Dùng C-arm kiểm tra, khâu phục hồi vết mổ chỗ mâm chày 2 lớp, chỗ các lỗ vít ở thân nẹp khâu 1 lớp.

Sau mổ, bệnh nhân được dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau, tập phục hồi chức năng



## 2.3. Phương pháp đánh giá kết quả

**Kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau mổ):** Đánh giá dựa trên diễn biến của vết mổ và kết quả chỉnh trục xương sau mổ kết xương, vị trí của nẹp vít so với mặt khớp mâm chày, biên độ vận động của khớp gối, các biến chứng sớm sau mổ và bảng tiêu chuẩn đánh giá kết quả của Larson- Bostman<sup>3</sup>

### Kết quả xa (sau mổ trên 6 tháng).

Nghiên cứu đánh giá: Tình trạng sẹo vết mổ và phần mềm quanh gối; Tình trạng phục hồi hình thể giải phẫu ổ gãy; Tình trạng liền xương ổ gãy; Mức độ di lệch của ổ gãy; Độ vững của khớp gối; Kết quả phục hồi chức năng theo tiêu chuẩn Roy Sanders (Tốt: 36 - 40 điểm; Khá: 26 - 35 điểm; Trung bình: 16 - 25 điểm; Kém: 0 - 15 điểm)<sup>4</sup>

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung.** Kết quả nghiên cứu cho biết, gãy mâm chày chủ yếu gặp ở nhóm bệnh nhân trong độ tuổi lao động, chiếm 87,04% (47/54 trường hợp). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 46,39 ± 10,71, với người trẻ nhất 23 tuổi và lớn nhất 84 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu tương đối cân bằng, trong đó nam giới chiếm 53,70% (29/54 trường hợp) và nữ giới chiếm 46,30% (25/54 trường hợp).

Tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến nhất gây chấn thương, chiếm 48,15% (26/54 trường hợp), đứng thứ 2 là do tai nạn lao động chiếm 35,18%. Về phân loại gãy theo Schatzker, loại IV là dạng hay gặp nhất với 35,19% (19/54 trường hợp), trong khi gãy loại I và loại VI có tỷ lệ thấp nhất, cùng chiếm 3,7% (2/54 trường

hợp). Thời gian trung bình từ khi bị thương đến khi phẫu thuật là 4,2 ngày. Đa số bệnh nhân được cố định bằng nẹp vít mặt trong, chiếm 81,48% (44/54 trường hợp).

**3.2. Kết quả gần**

**3.2.1. Diễn biến tại vết mổ:** Tỷ lệ bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu đạt mức cao, chiếm 92,59% (50/54 trường hợp). Đặc biệt, không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm khuẩn sâu, cho thấy hiệu quả của quy trình phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu.

**3.2.2. Kết quả X quang**

**Bảng 1. Kết quả Xquang sau mổ (n=54)**

Kết quả Xquang sau mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	25	46,30%
Khá	20	37,04%
Trung bình	9	16,66%
Kém	0	0%
<b>Tổng số</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Đánh giá kết quả Xquang sau mổ (Bảng 1) cho thấy đa số bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá, chiếm 83,34% (45/54 trường hợp). Không có trường hợp nào cho kết quả kém.

**Bảng 2: Kết quả điều trị gần theo thang điểm Larson–bostman (n=54)**

Kết quả theo Larson–bostman	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	25	46,30%
Khá	23	42,59%
Trung bình	6	11,11%
Kém	0	0%
<b>Tổng số</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Bảng 2 mô tả kết quả điều trị gần (trong vòng 3 tháng đầu) theo thang điểm Larson–bostman cho biết, đa số bệnh nhân có kết quả Tốt và Khá với tỷ lệ lần lượt là 46,3% và 42,59%. Kết quả đạt ở mức trung bình thấp dưới 15% và không có trường hợp nào có kết quả điều trị kém. Không có trường hợp nào bị tai biến hoặc biến chứng sớm

**3.3. Kết quả xa**

**Bảng 3: Kết quả xa sau điều trị gãy kín mâm chày bằng phẫu thuật ít xâm lấn (n=54)**

Kết quả xa		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Sẹo mổ và phần mềm quanh gối</b>	Sẹo nhỏ, mềm mại, di động tốt	52	96,30
	Sẹo lồi	2	3,70
<b>Liên xương</b>	Liên xương sau mổ	54	100
<b>Biến chứng muộn</b>	Gãy nẹp	0	0
	Di lệch thứ phát	0	0

<b>Đánh giá chức năng theo Roy-Sanders</b>	Khớp giả	0	0
	Tốt	29	53,70
	Khá	20	37,04
	Trung bình	5	9,26
Xấu	0	0	
<b>Tổng số</b>		<b>54</b>	<b>100</b>

Bảng 3 mô tả kết quả xa (trên 6 tháng) sau điều trị gãy mâm chày bằng phẫu thuật ít xâm lấn cho thấy tỷ lệ có sẹo mổ nhỏ, mềm mại, di động tốt chiếm tỷ lệ cao (96,30%), chỉ có 2 bệnh nhân có sẹo lồi ít do cơ địa chiếm 3,70%. Tỷ lệ liền xương sau mổ là 100%. Không có bất kỳ biến chứng muộn nào xảy ra với người bệnh. Đánh giá kết quả theo Roy.Sanders cho kết quả tốt chiếm hơn 50%, đứng thứ 2 là kết quả khá với 37,04%. Không có bệnh nhân có kết quả xấu.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung**

**4.1.1. Tuổi, giới.** Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ít tuổi nhất là 23 tuổi, bệnh nhân có độ tuổi cao nhất là 84 tuổi, độ tuổi trung bình là 46,39 tuổi. Bệnh nhân trong độ tuổi lao động chiếm 87,04%. Như vậy tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 46,39 tuổi cao hơn độ tuổi trung bình của Nguyễn Đình Trực: 36,6 tuổi<sup>5</sup>; Phạm Đăng Ninh: 37,69 tuổi<sup>5</sup>. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trên bởi vì trước đây những bệnh nhân cao tuổi thường được chỉ định điều trị bảo tồn.

Theo kết quả nghiên cứu tỷ lệ nam cao hơn nữ. Cụ thể, Nam: 29/54 BN (53,70%); Nữ: 20/41 BN, chiếm 46,30%. Đa số các nghiên cứu cùng chủ đề cũng cho kết quả tương tự<sup>5,6</sup>.

**4.1.2. Nguyên nhân.** Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy, mặc dù các nguyên nhân do loãng xương hay chơi thể thao cũng thường gặp, nhưng va chạm xe máy hay xe cơ giới là phổ biến nhất<sup>7</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, nguyên nhân hay gặp là do tai nạn giao thông (48,15%).

**4.1.3. Hình thái gãy.** Theo phân loại Schatzker, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc loại IV, với 19/44 bệnh nhân, chiếm 35,19% và loại II 16 /54 bệnh nhân, chiếm 29,63. Tỷ lệ có gãy mâm chày loại I, III, V vào loại VI lần lượt là 3,70%; 18,52%, 9,26% và 3,70% số đối tượng nghiên cứu. Kết quả tương tự cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Phạm Đăng Ninh và cộng sự 2014 với phân bố bệnh nhân theo loại gãy Schatzker: có 19 trường hợp loại IV, 14 trường hợp loại II và 2 trường hợp loại I trong tổng số 54 bệnh nhân<sup>6</sup>.

**4.2. Kết quả điều trị**

**4.2.1. Kết quả gần**

\* Về các tai biến và biến chứng trong mổ, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng trong mổ. Kết quả này phù hợp tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hoà<sup>7</sup>.

\* Về vấn đề nhiễm trùng: Đây là một trong những biến chứng nặng nề nhất của phẫu thuật kết hợp xương, có thể gây ra tình trạng viêm xương dẫn đến kết quả thất bại. Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy không có bệnh nhân nhiễm khuẩn sâu.

\* Về lựa chọn đường mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân được đặt nẹp vít mặt trong, chiếm tới 81,48%; bệnh nhân được đặt nẹp vít mặt ngoài chỉ chiếm 18,52%, Chúng tôi nhận thấy trong phẫu thuật ít xâm lấn đặt nẹp vít mặt trong thuận lợi hơn khi thực hiện kỹ thuật do mặt trong không có cơ che phủ nên dễ kiểm soát hơn, đường mổ cũng nhỏ thẩm mỹ hơn. Một số tác giả lo ngại vấn đề nhiễm trùng vết mổ khi đặt nẹp mặt trong nhưng thực tế theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn sâu phải tháo nẹp, kết quả này theo chúng tôi là hợp lý bởi vì mổ kỹ thuật ít xâm lấn sẽ bảo tồn được phần mềm tối đa nên khả năng liền thương sẽ tốt hơn.

\* Đánh giá kết quả điều trị gần chúng tôi dựa vào thang điểm của Larson – Bostman: căn cứ vào kết quả X-quang sau mổ phục hồi giải phẫu mâm chày và kết quả liền vết mổ. Kết quả gần bệnh nhân tốt và khá có 48/54 bệnh nhân chiếm 88,89%, bệnh nhân có kết quả trung bình và kém có 6/54 bệnh nhân chiếm 11,11%. Kết quả này của chúng tôi tốt hơn so với các kết quả của các tác giả mổ theo phương pháp mổ mở truyền thống<sup>7</sup>. Phù hợp với các tác giả phẫu thuật ít xâm lấn<sup>8</sup>.

**4.2.2. Kết quả xa**

*Kết quả điều trị.* Kết quả đánh giá theo thang điểm Roy Sanders dựa trên các yếu tố như triệu chứng đau khớp gối, chức năng khớp, mức độ biến dạng chi thể và khả năng đi lại sau mổ cho thấy hiệu quả điều trị tích cực. Cụ thể, phần lớn bệnh nhân đạt kết quả tốt (53,70%) hoặc khá (37,04%), chiếm tổng cộng 90,74% số trường hợp. Chỉ có 9,26% bệnh nhân ở mức trung bình, và không có trường hợp nào cho kết quả kém.

So sánh với các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ hồi phục chức năng khớp gối trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tốt hơn phương pháp mổ mở kinh điển<sup>7</sup>, kết quả này phù hợp với các báo cáo kết quả của các tác giả sử dụng cùng phương pháp<sup>8</sup>. Điều này cho thấy phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít ít xâm

lấn (MIPO) không chỉ giúp bảo tồn cấu trúc mô mềm mà còn hỗ trợ phục hồi chức năng sau mổ hiệu quả.

Ngoài ra, sự không xuất hiện trường hợp nào có kết quả kém cũng phản ánh quy trình phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu được thực hiện tốt, giúp bệnh nhân phục hồi tương đối hoàn chỉnh. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân (9,26%) đạt kết quả trung bình, có thể liên quan đến các yếu tố như mức độ tổn thương ban đầu, tuân thủ tập phục hồi chức năng sau mổ hoặc các bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đến quá trình lành xương và vận động khớp gối.

**V. KẾT LUẬN**

\* **Kết quả gần:** Không ghi nhận trường hợp nào gặp tai biến hoặc biến chứng trong phẫu thuật. Hình ảnh X-quang sau mổ cho thấy phục hồi giải phẫu mâm chày tốt và khá ở 83,34% bệnh nhân (45/54 trường hợp). Tỷ lệ liền vết mổ kỳ đầu cao, đạt 92,59% (50/54 trường hợp), và không có bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn sâu. Đánh giá kết quả điều trị gần theo thang điểm Larson – Bostman cho thấy 88,89% bệnh nhân (48/54 trường hợp) đạt mức tốt và khá, 11,11% (6/54 trường hợp) ở mức trung bình, và không có trường hợp nào thuộc nhóm kém.

\* **Kết quả xa** theo tiêu chuẩn của Roy Sanders, 53,70% bệnh nhân (29/54 trường hợp) đạt kết quả tốt, 37,04% (20/54 trường hợp) có kết quả khá, trong khi 9,26% (5/54 trường hợp) ở mức trung bình. Không có trường hợp nào cho kết quả kém.

Kết quả trên cho thấy, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít ít xâm lấn (MIPO) trong điều trị gãy kín mâm chày được đánh giá là một phương pháp hiệu quả, với nhiều ưu điểm vượt trội. Kỹ thuật này giúp bảo tồn tối đa màng xương, mạch máu nuôi, khối máu tụ quanh ổ gãy cũng như các cấu trúc gân cơ và dây chằng, từ đó hỗ trợ quá trình phục hồi sau mổ nhanh chóng. Bệnh nhân ít đau hơn, vết mổ có tính thẩm mỹ cao, đặc biệt là khả năng liền xương tốt hơn và thuận lợi hơn trong quá trình tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Nguyễn Đức Phúc.** Gãy Mâm Chày. Kỹ Thuật Mổ Chấn Thương Chính Hình. Nhà xuất bản Y học; 2007.
2. **Court-Brown CM, Caesar B.** Epidemiology of adult fractures: A review. *Injury.* 2006;37(8):691-697. doi:10.1016/j.injury.2006.04.130
3. **Carlson DA.** Posterior bicondylar tibial plateau fractures. *J Orthop Trauma.* 2005;19(2):73-78. doi:10.1097/00005131-200502000-00001
4. **Sanders R, Swionkowski M, Rosen H,**

- Helfet D.** Double-plating of comminuted, unstable fractures of the distal part of the femur. *J Bone Joint Surg Am.* 1991;73(3):341-346.
5. **Phạm Đăng Ninh, Nguyễn Quang Trung, Lê Tuấn Dũng, Đào Thiện Tiên, Nguyễn Đăng Long.** Nhận xét kết quả điều trị gãy kín phức tạp mâm chày loại Schatzker V,VI bằng nẹp khóa tại bệnh viện 103. Published online 2014.
6. **Nguyễn Đình Trực.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Gãy Kín Mâm Chày Người Lớn Bằng Phương Pháp

- Kết Hợp Xương Nẹp Vít Tại Bệnh Viện 103. Luận văn Cao học. Học viện Quân y; 2004.
7. **Nguyễn Văn Hoà.** Đánh Giá Kết Quả Niều Trị Gãy Kín Mâm Chày Bằng Kết Hợp Xương Nẹp Vít Tại Bệnh Viện Việt Đức (2003 - 200. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
8. **Vũ Xuân Hiếu.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Gãy Kín Mâm Chày Do Chấn Thương Tại Viện Chấn Thương Chính Hình Bệnh Viện TƯQĐ 108. Luận văn chuyên khoa 2. Học viện Quân y; 2008.

## KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ PACLITAXEL - CARBOPLATIN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI LOẠI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IIIB, IIIC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Lê Thị Diệu Hiền<sup>1</sup>, Đào Ngọc Bằng<sup>2</sup>,  
Vũ Mạnh Tân<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Trần Quang Hưng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp và theo dõi dọc 55 bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin từ tháng 10/2020 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát bệnh chiếm 78,2%, trong đó 37 bệnh nhân đáp ứng một phần (67,3%) và 6 bệnh nhân (10,9%) đáp ứng hoàn toàn sau hoá xạ trị đồng thời. Tổng liều xạ  $\geq 60$  Gy có hiệu quả tốt hơn so với tổng liều xạ  $< 60$  Gy ( $p < 0,05$ ). Tác dụng không mong muốn thường gặp mức độ 1 và độ 2, trong đó có 45,5% bệnh nhân gặp tại cơ quan tạo máu và 21,8% bệnh nhân gặp viêm phổi. **Kết luận:** Hoá xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin cho kết quả tốt ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC.

**Từ khóa:** Hoá xạ trị đồng thời, ung thư phổi.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH PACLITAXEL - CARBOPLATIN REGIMEN IN LUNG ADENOCARCINOMA PATIENTS WITH STAGE IIIB, IIIC AT VIET TIEP HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcome of concurrent chemoradiotherapy with paclitaxel - carboplatin regimen in lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC at Viet Tiep Hospital. **Subjects and methods:** A prospective study with

intervention and longitudinal follow-up on 55 lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC treated with concurrent chemoradiotherapy by paclitaxel - carboplatin regimen from October 2020 to September 2024. **Results:** The disease control rate was 78.2%, of which 37 patients had a partial response (67.3%) and 6 patients (10.9%) had a complete response after concurrent chemoradiotherapy. Total radiation dose  $\geq 60$  Gy is more effective than total radiation dose  $< 60$  Gy ( $p < 0.05$ ). Adverse events are common at levels 1 and 2, of which 45.5% of patients experience hematopoietic organ and 21.8% of patients experience pneumonia. **Conclusions:** Concurrent chemoradiotherapy with paclitaxel - carboplatin regimen gives good results in lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC. **Keywords:** Concurrent chemoradiotherapy, lung cancer.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN (tổ chức ung thư toàn cầu) năm 2022, ung thư phổi là một trong ba bệnh ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên phạm vi toàn cầu. Tại Việt Nam, UTP đứng hàng thứ hai chiếm 13,5% chỉ sau ung thư gan chiếm 13,6% ở cả hai giới nam và nữ. Ở nam tỉ lệ mắc là 18,9/100.000 dân, đứng thứ hai sau ung thư gan, ở nữ tỷ lệ mắc là 9,1/100.000 dân, đứng thứ hai sau ung thư vú [1]. Với tỷ lệ mắc và tử vong cao, ung thư phổi đã trở thành một trong những vấn đề sức khỏe đáng quan tâm nhất trên toàn thế giới và đặt ra nhiều thách thức cho các nhà lâm sàng. Hiện nay, hóa xạ trị đồng thời là điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IIIC không có chỉ định điều trị đích bước 1, do có ưu thế về việc kiểm soát bệnh tại chỗ và di căn xa nhờ sự tương tác cùng lúc giữa hóa trị và xạ trị. Xạ trị bằng máy gia tốc cho phép xác định được thể tích khối u tiếp cận trực tiếp lên khối u kết hợp với đó là hóa trị

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 103

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Diệu Hiền

Email: ltdhien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025