

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HOẠI TỬ CHỖM XƯƠNG ĐÙI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Quang Đình Nam¹, Lê Trọng Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị phẫu thuật hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em đã được thực hiện từ lâu tại Việt Nam với hiệu quả lâm sàng khả quan; tuy nhiên, số lượng nghiên cứu đánh giá kết quả lâu dài để xác định hiệu quả và biến chứng của phương pháp phẫu thuật còn hạn chế. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật điều trị hoại tử chỏm tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca 33 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị hoại tử chỏm xương đùi ở khoa Nhi, Bệnh viện Chấn thương Chỉnh Hình thành phố Hồ Chí Minh với thời gian theo dõi sau phẫu thuật ≥ 24 tháng. Phân loại trước mổ theo Herring và đánh giá kết quả theo phân loại chức năng của Harris và phân loại hình thái chỏm xương đùi của Stulberg. **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân bị hoại tử chỏm xương đùi được phẫu thuật chủ yếu trên 6 tuổi (90,4 %), phân độ nặng theo Herring (phân độ B/C chiếm tỷ lệ 42,9% và C chiếm tỷ lệ 45,1%). Thời gian theo dõi trung bình là 6,1 (4-8 năm). Theo phân loại Stulberg, loại IV,V chiếm tỉ lệ 38,9%; loại C cho kết quả 8/11 (73%) bệnh nhân được xếp loại Stulberg IV,V nếu phẫu thuật ở giai đoạn phân mảnh và 2/3 (66,7%) bệnh nhân được xếp loại Stulberg IV,V nếu phẫu thuật giai đoạn tái tạo. Kết quả chức năng theo thang điểm Harris, 90,6% bệnh nhân đạt mức "rất tốt" và 9,4% ở mức "tốt". **Kết luận:** Phẫu thuật đã mang lại kết quả tích cực trong việc cải thiện chức năng khớp háng, tuy nhiên ghi nhận 3 trường hợp đi khập khiễng do chiều dài chân chênh lệch ≥ 2 cm. Phẫu thuật ở trẻ trên 8 tuổi, tổn thương Herring C tiên lượng xấu hơn. **Từ khóa:** Hoại tử chỏm xương đùi, Đục xương sửa trục xương đùi, Đục xương chậu 3 nơi, Phẫu thuật Salter

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES FOR PERTHES' DISEASE IN CHILDREN AT HO CHI MINH CITY HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS

Background: Surgical treatment for Perthes' disease in children has been performed in Vietnam for many years, yielding promising clinical outcomes. However, the number of studies evaluating long-term outcomes to assess the efficacy and complications of this surgical approach remains limited. **Objective:** To evaluate the effectiveness of surgical treatment for Perthes' disease at the Hospital for Traumatology and Orthopaedics. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on a series of 33 pediatric

patients who underwent surgery for Perthes' disease at the Pediatric Department of the Hospital for Traumatology and Orthopaedics, with a postoperative follow-up period of ≥ 24 months. Preoperative classification was based on the Herring classification, while outcomes were assessed using the Harris hip functional score and the Stulberg classification of femoral head morphology. **Results:** Most patients who underwent surgery were older than six years (90.4%), with severe Herring grades (B/C accounting for 42.9% and C for 45.1%). The average follow-up duration was 6.1 years (range: 4–8 years). According to the Stulberg classification, type IV and V outcomes accounted for 38.9%. Among patients with Herring grade C lesions, surgical intervention during the fragmentation stage resulted in Stulberg type IV and V outcomes in 73% (8/11) of cases, while surgery during the reossification stage resulted in type IV and V outcomes in 66.7% (2/3) of cases. Regarding functional outcomes assessed by the Harris score, 90.6% of patients achieved a "very good" rating, and 9.4% achieved a "good" rating. **Conclusion:** Surgical intervention demonstrated positive results in improving hip joint function. However, three cases of limping were noted due to leg length discrepancies of ≥ 2 cm. Surgical outcomes were less favorable in children older than eight years with Herring grade C lesions. **Keywords:** Perthes' disease, Femoral varus osteotomy, Triple innominate osteotomy, Salter's osteotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em là một bệnh lý tại khớp háng có thể dẫn đến biến dạng vĩnh viễn chỏm xương đùi. Bệnh lý này lần đầu tiên được báo cáo vào năm 1910 bởi ba tác giả độc lập là Legg, Calvé và Perthes. [5] Cho đến nay, nguyên nhân, sinh bệnh học và phương pháp điều trị cho loại bệnh này vẫn chưa được xác định rõ. Bệnh nhân thường xuất hiện các triệu chứng đau nhẹ vùng háng, dáng đi khập khiễng, hạn chế cử động khớp háng và dấu hiệu Trendelenburg. Bệnh có xu hướng khởi phát âm thầm. [1,2]

Phương pháp điều trị hiện nay còn nhiều tranh cãi và kết quả đạt được vẫn còn hạn chế. Mục tiêu chính là duy trì sự tương hợp giữa chỏm xương đùi và ổ cối, nhằm tạo điều kiện để chỏm xương phục hồi hình dạng tròn tự nhiên khi máu nuôi được tái lập, đồng thời tránh làm xáo trộn quá trình phát triển hoặc gây thêm biến dạng. Quá trình này thường cần từ 3–4 năm để đạt giai đoạn ổn định.

Nhìn chung, bệnh nhân càng lớn tuổi thì phương pháp điều trị phẫu thuật càng được áp dụng nhiều, với hiệu quả cao hơn. Các phương

¹Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, TPHCM
Chịu trách nhiệm chính: Võ Quang Đình Nam
Email: namvqd@hotmail.com
Ngày nhận bài: 20.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025
Ngày duyệt bài: 24.4.2025

pháp phẫu thuật bao gồm đục xương sửa trục xương đùi, xương chậu hoặc kết hợp cả hai, với mục tiêu chính là giữ chỏm xương đùi trong ổ cối. Đặc biệt, phương pháp đục xương sửa trục xương đùi đã cho thấy hiệu quả vượt trội theo báo cáo của Perthes Study Group.^[6] Các phương pháp này không can thiệp vào quá trình hồi phục của chỏm xương đùi, đồng thời hạn chế biến dạng và tổn thương thêm. Tuy nhiên, cơ chế chính xác của các phương pháp này vẫn chưa được xác định rõ ràng, và các nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu cũng như mức độ bằng chứng.

Theo nghiên cứu của Perthes Study Group, không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa nhóm phẫu thuật và nhóm không phẫu thuật ở trẻ từ 6–8 tuổi. Tuy nhiên, kết quả điều trị tốt ở nhóm phẫu thuật chiếm ưu thế, với tỷ lệ thành công 60%, cao hơn nhiều so với 27% ở nhóm không phẫu thuật. Ở trẻ lớn hơn 8 tuổi, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ kết quả tốt theo phân loại Stulberg (I, II) lần lượt là 25% (điều trị bảo tồn), 30% (hạn chế vận động), 36% (dùng nẹp bất động), 41% (đục xương vô danh), và 62% (đục xương đùi).^[6] Ngoài ra, theo nghiên cứu của Wiig và cộng sự, bệnh nhân điều trị bằng phương pháp đục xương sửa trục xương đùi cho kết quả tốt (phân loại Stulberg I, II) cao hơn so với Scottish Rite orthosis (43% so với 20%, $P = 0,001$) và vật lý trị liệu (43% so với 33%, $P = 0,001$).^[10]

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hưng và cộng sự với đề tài "The Incomplete Proximal Femoral Osteotomy for Legg-Calvé-Perthes Disease in Children" ghi nhận kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân 6–9 tuổi là 100%, và 83,3% ở nhóm trên 9 tuổi (16,7% kém).^[7] Thực tế, điều trị phẫu thuật hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em đã được chứng minh từ lâu tại Việt Nam với hiệu quả lâm sàng khả quan. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu đánh giá kết quả lâu dài để xác định hiệu quả và biến chứng của phương pháp phẫu thuật còn hạn chế.

Vì lý do này, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả theo dõi chức năng và biến chứng khi điều trị phẫu thuật hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em tại Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật điều trị hoại tử chỏm xương đùi ở khoa Nhi, Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình thành phố Hồ Chí Minh với thời gian sau phẫu thuật ≥ 24 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân hoại tử chỏm xương đùi do nguyên nhân bệnh lý (loạn sản chỏm xương đùi, hồng cầu hình liềm, bệnh nhân dùng corticosteroid...).

Bệnh nhân hoại tử chỏm xương đùi do nguyên nhân chấn thương.

Bệnh nhân có các bệnh lý về xương khác ở chân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả số liệu từ 01/01/2012 đến 31/12/2021.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện theo Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \times \frac{p \times (1-p)}{e^2}$$

Với $p = 92,9$ theo tác giả Nguyễn Ngọc Hưng,^[7] có $n \geq 25$; chúng tôi chọn mẫu 31 ca.

Phương pháp thu thập số liệu:

- Khai thác các thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng qua hồ sơ bệnh án lưu trữ.

- Theo dõi: Theo dõi tái khám theo lịch hẹn tại phòng khám khoa nhi Bệnh Viện Chấn Thương Chỉnh Hình. Điền vào mẫu câu hỏi đã chọn. Nếu bệnh nhi không có điều kiện tái khám chúng tôi gọi điện thoại hoặc đến trực tiếp tại nhà nếu có thể.

- Cách đánh giá kết quả: Đánh giá kết quả lâm sàng, hình ảnh học, biến chứng của phẫu thuật ở lần tái khám cuối cùng với thời gian sau phẫu thuật ≥ 24 tháng.

Đánh giá kết quả:

- Phân loại hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em trước mổ bằng phân loại Herring (Bảng 1).

- Đánh giá kết quả chức năng khớp háng theo thang điểm Harris: mức độ đau, hoạt động chức năng, biến dạng chi (Bảng 2).

- Đánh giá kết quả X quang bằng phân loại Stulberg (Bảng 3).

Bảng 1: Hoại tử chỏm xương đùi được phân loại Herring

Phân loại	Mô tả
A	Cột ngoài không bị ảnh hưởng nhiều.
B	Cột ngoài bị lún chiều cao chưa quá 50%.
B/C	Cột ngoài duy trì chiều cao hơn hoặc bằng 50%, nhưng bề rộng cột ngoài bị khuyết hẹp mất 2-3mm (B/C 1), hoặc đậm độ cốt hóa kém của chiều cao cột ngoài (B/C 2), hoặc chiều cao dưới 50% nhưng có cột giữa còn ổn.
C	Lún hơn 50% chiều cao cột ngoài

Bảng 2: Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Harris

Thang điểm	Phân loại
90-100	Rất tốt
80-89	Tốt
70-79	Trung bình
<70	Kém

Bảng 3: Đánh giá kết quả phẫu thuật bằng phân loại Stulberg

Phân loại	Mô tả
I	Khớp bình thường
II	Chỏm xương đùi hình cầu, cổ ngắn hoặc ổ chảo đứng
III	Chỏm xương đùi biến dạng (hình nấm, hình trứng, hình ô...)
IV	Chỏm xương đùi dẹt
V	Chỏm xương đùi dẹt không tương thích với ổ cối

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình thành phố Hồ Chí Minh với sự đồng ý của khoa, bệnh viện và hội đồng y đức Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi:

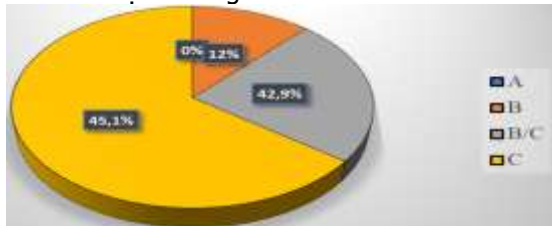
Bảng 4: Phân loại theo độ tuổi lúc phẫu thuật

Độ tuổi	Tần số	Tỷ lệ %
Nhỏ hơn 6	3	9,6
6-8	14	45,2
Lớn hơn 8	14	45,2
Tổng cộng	31	100,00

Nhận xét: Hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em sử dụng phương pháp phẫu thuật phần lớn ở trẻ lớn hơn 6 tuổi chiếm tỷ lệ 90,4%.

Giới tính và vị trí tổn thương: Trong nghiên cứu 31 nam (87%) gấp gần 7 lần so với bệnh nhân nữ (13%); bên trái (61,3%) nhiều hơn khớp háng bên phải (38,7%), không nghi nhận trường hợp tổn thương cả 2 bên.

Phân loại Herring:



Biểu đồ 1: Phân loại Herring

Nhận xét: Trong lô nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân bị hoại tử chỏm xương đùi được phẫu thuật chủ yếu ở phân độ nặng (phân độ B/C chiếm tỷ lệ 42,9% và C chiếm tỷ lệ 45,1%).

Mối quan hệ giữa độ tuổi và phân loại Herring:

Bảng 5: Mối quan hệ giữa độ tuổi và

phân loại Herring

Phân loại trước mổ	< 6 tuổi	Tỷ lệ (%)	6-8 tuổi	Tỷ lệ (%)	> 8 tuổi	Tỷ lệ (%)
A	0	0	0	0	0	0
B	0	0	5	35,7	0	0
B/C	1	33,3	3	21,4	8	57,1
C	2	66,67	6	42,9	6	42,9
Tổng số ca	3		14		14	

$P = 0,06$

Nhận xét: Hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật chủ yếu ở độ tuổi từ 6 tuổi trở lên và nằm trong nhóm phân độ B, B/C, C theo phân độ của Herring. Không có sự khác biệt đáng kể về mối quan hệ giữa độ tuổi và phân độ Herring ($p = 0,06$).

Giai đoạn hoại tử chỏm xương đùi bệnh nhi được can thiệp phẫu thuật:

Bảng 6: Giai đoạn hoại tử chỏm xương đùi bệnh nhi được can thiệp phẫu thuật

Giai đoạn can thiệp	Khởi phát	Phân mảnh	Tái tạo	Hồi phục
Số ca	0	17	14	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu 31 bệnh nhi hoại tử chỏm xương đùi được điều trị phẫu thuật đều ở giai đoạn phân mảnh và tái tạo với tỷ lệ gần tương đương nhau.

Kết quả theo dõi theo phân loại Stulberg: Trong nghiên cứu 31 bệnh nhi hoại tử chỏm xương đùi được điều trị phẫu thuật đến khi rút dụng cụ được theo dõi ngắn hạn với thời gian theo dõi trung bình là 6,11 năm. Trong đó thời gian theo dõi ngắn nhất là 4 năm. Thời gian theo dõi dài nhất là 8 năm.

Bảng 7: Phân loại hoại tử chỏm xương đùi của bệnh nhân theo phân loại Stulberg

Phân loại	Số ca	Tỷ lệ (%)
I	0	0
II	11	35,5
III	8	25,8
IV	11	35,5
V	1	3,2
Tổng cộng	31	100

Nhận xét: Kết quả này cho thấy tổng thể của phương pháp phẫu thuật trong việc cải thiện hình thái chỏm xương đùi, tuy nhiên cần chú ý theo dõi sát sao những trường hợp thuộc nhóm phân loại IV và V để có hướng can thiệp phù hợp nhằm cải thiện thêm chất lượng sống và chức năng vận động của bệnh nhân.

Mối liên quan giữa phân loại Herring trước mổ và phân loại Stullberg sau mổ ở bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn phân mảnh:

Bảng 8: Mối liên quan giữa phân loại trước mổ và sau mổ ở bệnh nhân được

phẫu thuật ở giai đoạn phân mảnh

	I	II	III	IV	V
A	0	0	0	0	0
B	0	2	0	0	0
B/C	0	2	2	0	0
C	0	0	3	7	1
Tổng số ca		4	5	7	1

Nhận xét: Trong 17 ca ở giai đoạn phân mảnh những ca có tiên lượng tốt và trung bình trước mổ (Herring B, B/C) đều đạt được kết quả tốt, những ca có tiên lượng xấu (Herring C) kết quả vẫn có cải thiện với phân loại sau mổ ở mức trung bình là 3 ca.

Mối liên quan giữa phân loại trước mổ và sau mổ ở bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn tái tạo:

Bảng 9: Mối liên quan giữa phân loại trước mổ và sau mổ ở bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn tái tạo.

	I	II	III	IV	V
A	0	0	0	0	0
B	0	3	0	0	0
B/C	0	4	2	2	0
C	0	0	1	2	0
Tổng số ca	0	7	3	4	0

Nhận xét: Trong 14 ca ở giai đoạn tái tạo những ca có tiên lượng trung bình trước mổ (Herring B/C) có 2 ca (25%) chuyển biến xấu sau mổ điều này gợi mở rằng phải chăng khi can thiệp ở giai đoạn trễ hơn thì kết quả hồi phục của bệnh nhân kém hơn.

Sự thay đổi chòm xương đùi trước và sau phẫu thuật bằng phương pháp đục xương sửa trục xương đùi:

Bảng 10: Sự thay đổi chòm xương đùi trước và sau phẫu thuật bằng phương pháp đục xương sửa trục.

	I	II	III	IV	V
A	0	0	0	0	0
B	0	5 (100%)	0	0	0
B/C	0	6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)	0
C	0	0	2 (25%)	6 (75%)	0

$P = 0,0024$

Nhận xét: Trong nghiên cứu 23 bệnh nhi hoại tử chòm xương đùi được điều trị phẫu thuật đục xương sửa trục xương đùi cho thấy sự hồi phục của chòm xương đùi khi có 60% bệnh nhân trong nhóm tiên lượng trung bình đạt kết quả tốt. Không có ca nào có kết quả phân loại xấu nhất (phân độ V theo Stulberg). Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

Đánh giá sự thay đổi chòm xương đùi trước và sau phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp vào ổ cối:

Bảng 11: Sự thay đổi đánh giá phân loại chòm xương đùi trước và sau phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp vào ổ cối

	I	II	III	IV	V
A	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0
B/C	0	0	1 (50%)	1 (50%)	0
C	0	0	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,7%)

Nhận xét: Hầu hết các ca phẫu thuật đều ở phân loại tiên lượng trung bình và kém sau mổ tuy nhiên kết quả phẫu thuật chỉ có 1 ca ở phân độ V theo Stulberg cho thấy hiệu quả của phương pháp phẫu thuật.

Đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Harris:

Bảng 12: Đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Harris

	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Số ca	28 ca (90,32%)	3 ca (9,68%)	0	0

Nhận xét: Chủ yếu các bệnh nhân thuộc nhóm tốt có biểu hiện đi khập khiễng

Đánh giá độ chênh lệch giữa chân lành và chân bệnh:

Bảng 13: Độ chênh lệch giữa chân lành và chân bệnh

	<2 cm	2-3 cm	≥ 3 cm
Số ca	28 ca (90,3%)	3 ca (9,7%)	0

Nhận xét: Thực tế lâm sàng bệnh nhân có biểu hiện đi khập khiễng nhẹ chỉ ghi nhận 3 trường hợp do độ chênh lệch chiều dài giữa 2 chân 2-3 cm chiếm tỷ lệ 9,7%. Nghiên cứu không ghi nhận các biến chứng khác như nhiễm trùng, tổn thương thần kinh cơ, gãy xương sau phẫu thuật...

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân nhập viện và cần can thiệp phẫu thuật khi tình trạng bệnh đã ở mức độ nặng (B/C và C), trong đó nhóm C chiếm tỷ lệ gần một nửa (Biểu đồ 1). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhóm Herring có tiên lượng tốt thấp chỉ chiếm 12% so với 30% ở nghiên cứu của tác giả Friedlander [4] và 38% ở nghiên cứu của tác giả Umut Yavuz [9], điều này có thể giải thích về kết quả sau phẫu thuật của nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân được xếp loại Stulberg I, II thấp hơn.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng, bệnh nhân lớn hơn 8 tuổi thường có tiên lượng kém hơn do khả năng tự sửa chữa của chòm xương đùi giảm đáng kể theo tuổi. Điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, khi tỷ lệ bệnh nhân lớn hơn 8 tuổi chủ yếu nằm ở phân loại nặng B/C và C.

Nhóm tuổi lớn hơn 8 thường có tỷ lệ biến dạng chỏm xương đùi cao, và cần can thiệp phẫu thuật để ngăn chặn tiến triển của bệnh (Bảng 5).

Bên cạnh đó, các nghiên cứu ghi nhận rằng bệnh nhân nhỏ hơn 6 tuổi thường có kết quả điều trị tốt hơn và khả năng phục hồi cao hơn so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nhỏ hơn 6 tuổi có tỷ lệ bệnh nhân ở phân loại B/C và C thấp hơn đáng kể so với các nhóm tuổi lớn hơn. Điều này phản ánh sự khác biệt trong diễn tiến của bệnh theo tuổi, khi bệnh nhân trẻ hơn có khả năng hồi phục tốt hơn và ít biến dạng chỏm xương đùi hơn.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều nằm ở giai đoạn phân mảnh và tái tạo (Bảng 6). Điều này phù hợp với chiến lược điều trị và sinh lý của bệnh vì đây là thời điểm chỏm xương đùi đang trải qua quá trình phá vỡ có nguy cơ biến dạng cao, đồng thời các phản ứng sinh học và đáp ứng điều trị còn tốt khi thực hiện các thủ thuật và phẫu thuật tái định vị xương đùi và ổ cối. Các tài liệu nghiên cứu thường khuyến cáo kết quả đạt được tốt nhất khi các phương pháp điều trị được áp dụng vào giai đoạn phân mảnh. Tuy nhiên, việc áp dụng vào lâm sàng còn nhiều khó khăn. Thực tế, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ 2 giai đoạn này không chênh lệch nhiều (54,8% và 45,2%).

Trong nghiên cứu 23 bệnh nhi hoại tử chỏm xương đùi được điều trị phẫu thuật đục xương sửa trục xương đùi cho thấy sự hồi phục của chỏm xương đùi khi có 60% bệnh nhân trong nhóm tiên lượng trung bình đạt kết quả tốt. Không có ca nào có kết quả phân loại xấu nhất (phân độ V theo Stulberg) (Bảng 10). So sánh với nghiên cứu của tác giả Friedlander [4], 80% các ca trong phân độ Herring B đạt Stulberg I, II sau phẫu thuật(ở nghiên cứu của chúng tôi 100% các ca ở phân độ Herring B đều đạt Stulberg II sau mổ) và không có ca nào phân loại Stulberg IV, V. Kết quả giữa 2 nghiên cứu có thể chênh lệch một ít vì cỡ mẫu khác nhau nhưng đều cho thấy hiệu quả của phương pháp đục xương sửa trục trong việc ngăn ngừa biến dạng nghiêm trọng.

Kết quả Bảng 11 cho thấy phẫu thuật can thiệp vào ổ cối duy trì hình thái xương đùi, nhưng mức độ cải thiện còn phụ thuộc nhiều vào tình trạng tổn thương ban đầu, đặc biệt ở những bệnh nhân thuộc phân loại Herring C. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá kỹ lưỡng trước phẫu thuật để tiên lượng và lập kế hoạch điều trị tối ưu. Do cỡ mẫu ít nên hiệu quả của phương pháp này cần được đánh giá thêm. Trong phân nhóm này chúng tôi có 1 ca phân loại

Stulberg V (Hình 1); bệnh nhân được phẫu thuật vào năm 8 tuổi với phân loại Herring trước mổ là C, được mổ bằng phương pháp đục ổ cối 3 nơi, thời gian theo dõi là 4 năm. Ở trường hợp này, có thể do bệnh nhân được phẫu thuật ở thời điểm muộn (8 tuổi) và tiên lượng trước mổ kém (Herring C) nên kết quả kém sau mổ là hợp lý và tương đồng với các nghiên cứu trước đó [3,8].



Hình 1: Hình ảnh trước mổ, sau mổ và tại thời điểm tái khám của bệnh nhân Stulberg V.

(Nguồn: Ca lâm sàng)

Kết quả theo dõi chức năng theo Harris, 3 ca kết quả tốt cũng là 3 ca ngắn chỉ $\geq 2\text{cm}$ đều được phẫu thuật ở phân độ nặng (2 ca Herring C và 1 ca Herring B/C) và ở độ tuổi lớn lần lượt là 8 tuổi, 10 tuổi và 11 tuổi (Hình 2). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, bệnh nhân phẫu thuật ở thời điểm lớn tuổi (> 8 tuổi) và ở phân độ nặng thường cho kết quả kém. [3,8]



Hình 2: Hình ảnh trước mổ, sau mổ và tại thời điểm tái khám của bệnh nhân ngắn chi

(Nguồn: Ca lâm sàng)

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đã mang lại kết quả tích cực, với 90,6% bệnh nhân đạt thang điểm Harris ở mức "rất tốt" và 9,4% ở mức "tốt"; cho thấy hiệu quả cao trong việc cải thiện chức năng khớp háng, tuy nhiên ghi nhận 3 trường hợp đi khập khiễng do chiều dài chân chênh lệch $\geq 2\text{cm}$. Phẫu thuật ở trẻ trên 8 tuổi, tổn thương Herring C tiên lượng xấu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arro H. and Dahlström S.** (1986). Conservative management of distraction-type stress fractures of the femoral neck. J Bone Joint Surg Br, 68(1),65–67.
2. **Balasa V.V., Gruppo R.A., Glueck C.J. và cộng sự.** (2004). Legg-Calvé-Perthes disease and thrombophilia. J Bone Joint Surg Am, 86(12), 2642–2647.
3. **Choi I.H., Yoo W.J., Cho T.-J. và cộng sự.** (2011). The role of valgus osteotomy in LCPD. J Pediatr Orthop, 31(2 Suppl), S217-222.
4. **Friedlander J.K. và Weiner D.S.** (2000). Radiographic results of proximal femoral varus osteotomy in Legg-Calvé-Perthes disease. J Pediatr Orthop, 20(5), 566–571.

5. **Herring J.A.** (2021), Tachdjian's Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children, 6th edition: 2-Volume Set, Elsevier, Philadelphia, PA.
6. **Herring J.A., Kim H.T., và Browne R.** (2004). Legg-Calvé-Perthes disease. Part II: Prospective multicenter study of the effect of treatment on outcome. J Bone Joint Surg Am, 86(10), 2121–2134.
7. **Hung N.N., Duc H.H., và Anh L.T.** (2020). The Incomplete Proximal Femoral Osteotomy for Legg-Calvé-Perthes Disease in Children. Int J Orthop, 7(4), 1335–1345.
8. **Thompson G.H.** (2011). Salter Osteotomy in Legg-Calvé-Perthes Disease. J Pediatr Orthop, 31, S192.
9. **Yavuz U., Demir B., Yildirim T. và cộng sự.** (2014). Salter innominate osteotomy in the treatment of late presentation Perthes disease. Hip Int J Clin Exp Res Hip Pathol Ther, 24(1), 39–43.
10. **Wiig O., Terjesen T., và Svenningsen S.** (2008). Prognostic factors and outcome of treatment in Perthes' disease: a prospective study of 368 patients with five-year follow-up. J Bone Joint Surg Br, 90(10), 1364–1371.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY CÒ SÚNG NGÓN I BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP TỐI THIỂU QUA DA TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Huỳnh Quốc Hưng¹, Trần Văn Dương², Ngô Thái Hưng³,
Nguyễn Thành Tấn¹, Đặng Phước Giàu¹, Nguyễn Hữu Đạt¹,
Phan Chí Linh⁴, Phạm Việt Tân⁵, Phan Văn Tuấn⁵, Nguyễn Thị Ngọc Trinh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngón tay cò súng là một tổn thương thường gặp trong bệnh lý bàn tay, là tình trạng viêm sưng một vùng gân gấp hoặc bao gân gấp ngón tay, thường là tại vị trí ròng rọc A1, làm ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu tiến hành thực hiện kỹ thuật can thiệp tối thiểu qua da. Tuy nhiên, có ít nghiên cứu tập trung vào ngón I, ngón thường gặp nhất trong bệnh lý ngón tay cò súng. Vì thế, chúng tôi quyết định tiến hành thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngón tay cò súng ngón I của bệnh nhân tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Và đánh giá kết quả điều trị ngón tay cò súng ngón I bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da với kim 18G. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán ngón tay cò súng ngón I và can thiệp phẫu thuật tối thiểu qua da với kim 18G tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 6/2023 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** 30 bệnh nhân nghiên cứu, đa phần là nữ (87%), nam (13%), nhóm tuổi 50-70 là thường gặp (53%), lao động tay chân chiếm phần lớn (86.7%), thường kèm theo hội chứng ống cổ tay (26.7%). Trên lâm sàng, bệnh nhân thường có triệu chứng đau nhiều (80%) và cả ngày (90%), sưng nề (16.7%) và 100% sờ thấy khối nhỏ ở vị trí ròng rọc

A1. Trên siêu âm, đa phần thấy tăng chiều dày ròng rọc A1 (76.7%), có dịch quanh gân (20%). Điều trị đánh giá theo thang điểm DASH chủ yếu là tốt (76.7%) và khá (23.3%). 100% không bệnh nhân nào biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Điều trị ngón tay cò súng ngón I bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da với kim 18G cho thấy kết quả điều trị cao, an toàn, chi phí thấp và có thể áp dụng rộng rãi.

Từ khóa: Ngón tay cò súng ngón I, can thiệp tối thiểu qua da, kim 18G.

SUMMARY

ASSESSMENT SURGERY RESULTS TREATMENT OF TRIGGER FINGER AT CANTHO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Trigger finger is a common condition affecting the hand, characterized by inflammation and swelling of the flexor tendon or tendon sheath, typically at the A1 pulley, impacting patients' daily activities. In Vietnam, numerous studies have been conducted on minimally invasive percutaneous techniques. However, there is limited research focusing on the thumb, which is the most frequently affected digit in trigger finger. Therefore, we decided to conduct this study. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of trigger thumb in patients at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. And to evaluate the treatment outcomes of trigger thumb using a minimally invasive percutaneous technique with an 18G needle. **Objects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients diagnosed with trigger thumb and treated with minimally invasive percutaneous surgery using an 18G needle at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2023 to November 2024. **Results:** Among the 30 patients studied, the majority were female (87%), with males accounting for 13%.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

⁴Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

⁵Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quốc Hưng

Email: hungquoc1701@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025