

quan đến mất ngủ ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối thai kỳ: Thai phụ có công việc là buôn bán và nghề nghiệp khác (DS,BS,KS) có nguy cơ mất ngủ tăng POR: 3,7 (KTC 95%: 1,65-8,28) và POR: 3,6 (KTC 95%: 1,64-7,93). Thai phụ có trình độ học vấn ở mức trung học phổ thông và trên trung học phổ thông có nguy cơ mất ngủ lần lượt tăng POR: 3,03 (KTC 95%: 1,66-5,55) và POR: 2,62 (KTC 95%: 1,36-5,05). Thai phụ có thói quen sử dụng điện thoại liên quan đến giờ ngủ có nguy cơ mất ngủ tăng POR:3,32 (KTC 95%: 1,93-5,70). Thang đo Pittsburgh giúp xác định sớm các yếu tố liên quan đến mất ngủ ở thai phụ từ những lần khám thai đầu, giúp nhận diện những thai phụ có nguy cơ cao dẫn đến mất ngủ trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta, R. and V.S. Rawat, Sleep and sleep disorders in pregnancy. Handb Clin Neurol, 2020. 172: p. 169-186.
2. Lu, Q., et al., Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal

outcomes: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev, 2021. 58: p. 101436.

3. Mindell, J.A., R.A. Cook, and J. Nikolovski, Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. Sleep Med, 2015. 16(4): p. 483-8.
4. Facco, F.L., et al., Sleep disturbances in pregnancy. American journal of obstetrics & gynecology, 2010. 115(1): p. 77-83.
5. Tô Minh Ngọc and cộng sự, Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản Tiếng Việt. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2014. 18(6): p. 664-666.
6. Smyka, M., et al., Sleep quality according to the Pittsburgh Sleep Quality Index in over 7000 pregnant women in Poland. Journal of Sleep Biological Rhythms, 2021. 19(4): p. 353-360.
7. Ko, S.H., S.C. Chang, and C.H. Chen, A comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant Taiwanese women. J Nurs Scholarsh, 2010. 42(1): p. 23-30.
8. Özkan, S.A. and G. Rathfisch, The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. Journal of Complementary Therapies in Clinical Practice, 2018. 32: p. 79-84.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U ĐẶC GIẢ NHÚ CỦA TỤY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng^{1,2}, Nguyễn An Khang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý u đặc giả nhú của tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 12 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị bệnh lý u đặc giả nhú của tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 5 năm từ tháng 1 năm 2020 đến hết tháng 1 năm 2025. **Kết quả:** Chúng tôi thực hiện phẫu thuật điều trị u đặc giả nhú của tụy cho tổng số 12 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 31,5 ± 5,7. Tất cả đều là nữ. Triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám chủ yếu là đau bụng thượng vị chiếm 91,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 202,5 ± 17 phút. Kích thước u trung bình là 6,4 ± 2,1 cm. Tỷ lệ mổ nội soi là 67,7%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ± 3,4 ngày. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 75%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 88,9%, rò tụy độ B chiếm 11,1%. Trong số 12 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Không có trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, không có trường hợp nào tử vong. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ tất cả đều là u đặc giả nhú của

tụy, có 1 trường hợp cần làm thêm hóa mô miễn dịch để khẳng định chẩn đoán. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản đối với u đặc giả nhú của tụy. Tùy theo vị trí khối u nằm ở đầu, thân hay đuôi tụy và kích thước khối u mà có những lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho phù hợp với từng bệnh nhân như cắt khối tá tụy, cắt tụy trung tâm, cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách, cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách.

Từ khóa: U đặc giả nhú của tụy, cắt lách thân đuôi tụy.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOME OF SOLID PSEUDOPAPILLARY TUMOR OF THE PANCREAS AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: Evaluating the early outcomes of surgical treatment for pancreatic solid pseudopapillary tumors at Ha Noi Medical University. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 12 patients with surgical treatment for pancreatic solid pseudopapillary tumors at Ha Noi Medical University for 5 years from 2020 to 2025. **Results:** We performed surgery to treat pancreatic pseudopapillary solid tumors in a total of 12 patients. The mean age was 31.5 ± 5.7 years. All were female. The main symptom that prompted patients to seek medical attention was epigastric pain, accounting for 91.6%. The mean surgical time was 202.5 ± 17 minutes. The mean tumor size was 6.4 ± 2.1 cm. The laparoscopic surgery rate was 67.7%. The mean hospital stay was

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

9.4 ± 3.4 days. The rate of postoperative pancreatic fistula was 75%, of which grade A pancreatic fistula accounted for 88.9% and grade B pancreatic fistula accounted for 11.1%. Among the 12 patients, no case required intraoperative blood transfusion. No case required reoperation due to postoperative bleeding, and no case died. Postoperative pathological results were all solid pseudopapillary tumors of the pancreas. One case required additional immunohistochemistry to confirm the diagnosis. **Conclusion:** Surgery is the basic treatment for pancreatic pseudopapillary solid tumors. Depending on the location of the tumor in the head, body or tail of the pancreas and the size of the tumor, there are surgical options suitable for each patient such as pancreaticoduodenectomy, central pancreatectomy, distal pancreatectomy with spleen preservation or not. **Keywords:** Solid pseudopapillary neoplasms, distal pancreatectomy and splenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U đặc giả nhú của tụy (solid pseudopapillary tumor) là một khối u ngoại tiết của tụy, khối u được mô tả đầu tiên bởi Frantz năm 1959 nên còn gọi là "Frantz tumor"¹. Khối u được cho là có khả năng ác tính thấp, tỷ lệ tái phát và di căn rất nhỏ². U đặc giả nhú của tụy được xếp vào nhóm các khối u nang của tụy (Cystic neoplasms)³. Khối u có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của tụy, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khối u ở thân đuôi tụy có vẻ cao hơn⁴.

Về chẩn đoán, khối u thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, biểu hiện thường gặp nhất là đau bụng và sờ thấy khối ở bụng hoặc đôi khi là phát hiện tình cờ^{5,6}. Hình ảnh đặc trưng của u đặc giả nhú trên cắt lớp vi tính là một khối kích thước lớn, bờ u rõ nét, tỷ trọng khối u không đều do chảy máu, hoại tử và thành phần nang, thành phần đặc trong u⁷. So với cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ có một số ưu điểm nhất định khi đánh giá tổ chức như chảy máu, thoái hóa nang, và sự có mặt của vỏ u, điều này bổ xung thêm cho cắt lớp vi tính trong chẩn đoán⁸. Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản đối với u đặc giả nhú của tụy. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị u đặc giả nhú của tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ tháng 1/2020 đến 1/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u đặc giả nhú của tụy, được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến hết tháng 1 năm 2025, có hồ sơ bệnh án đầy đủ phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu, giải

phẫu bệnh sau mổ không phải là u đặc giả nhú của tụy.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên một loạt ca bệnh, số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 12 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị u đặc giả nhú của tụy tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu, kết quả như sau:

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình là 31,5 ± 5,7. Tất cả đều là nữ.

Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám chủ yếu là đau bụng thượng vị chiếm 91,6%, chỉ có 1 trường hợp được phát hiện tình cờ.

Đặc điểm phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 202,5 ± 17 phút. Kích thước u trung bình là 6,4 ± 2,1 cm. Tỷ lệ mổ nội soi là 67,7%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ± 3,4 ngày.

Biến chứng trong và sau mổ. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 75%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 88,9%, rò tụy độ B chiếm 11,1%. Trong số 12 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Không có trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, không có trường hợp nào tử vong.

Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ tất cả đều là u đặc giả nhú của tụy, có 1 trường hợp cần làm thêm hóa mô miễn dịch để khẳng định chẩn đoán.

Bảng 1: Đặc điểm thương tổn trên cắt lớp vi tính

N=12	
Vị trí tổn thương	
Đầu tụy	3
Thân tụy	6
Đuôi tụy	3
Tính chất u	
Dạng đặc	2
Dạng nang	2
Dạng hỗn hợp	8

Nhận xét: vị trí u thường gặp là ở thân tụy chiếm 6/12 trường hợp, tính chất của u chủ yếu là dạng hỗn hợp chiếm 8/12 trường hợp.

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		N=12
Mổ mở	Cắt khối tá tụy	3
	Cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách	1
	Cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách	0
Mổ nội soi	Cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách	6
	Cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách	2

Nhận xét: Mổ nội soi chiếm đa số với 8/12 trường hợp, trong đó cắt thân đuôi tụy kèm cắt

lách chiếm 6/8 trường hợp.

Bảng 3: Biến chứng sau mổ và xử trí

Biến chứng		N=12	Tỷ lệ (%)	Xử trí
Rò tụy	Mức độ A	8	88,9	Điều trị nội khoa
	Mức độ B	1	11,1	Lưu dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần
	Mức độ C	0	0	
Nhiễm trùng vết mổ		1	8,3	Điều trị nội khoa

Nhận xét: Rò tụy sau mổ chiếm tỷ lệ 75%, trong đó chủ yếu là rò mức độ A (88,9%) (rò sinh hóa) điều trị nội khoa, mức độ B chiếm 11,1% cần lưu dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần, không có trường hợp nào rò tụy mức độ C. Nhiễm trùng vết mổ có 1 trường hợp chiếm 8,3% được điều trị nội khoa.

IV. BÀN LUẬN

U đặc giả nhú của tụy (solid pseudopapillary tumor) là một khối u ngoại tiết của tụy, khối u được mô tả đầu tiên bởi Frantz năm 1959 nên còn gọi là "Frantz tumor"¹. Khối u này rất hiếm gặp, chỉ chiếm 1-2% các khối u tụy ngoại tiết. Nguồn gốc khối u còn nhiều tranh cãi. Khối u được cho là có khả năng ác tính thấp, tỷ lệ tái phát và di căn rất nhỏ². U đặc giả nhú của tụy được xếp vào nhóm các khối u nang của tụy (Cystic neoplasms)³. Khối u có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của tụy, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khối u ở thân đuôi tụy có vẻ cao hơn⁴.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $31,5 \pm 5,7$, trong đó cao nhất là 48 tuổi, thấp nhất là 11 tuổi chứng tỏ bệnh chủ yếu gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tuổi trung bình này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Trọng và cộng sự tại Bệnh viện Việt Đức⁹ ($24 \pm 10,2$ tuổi), thấp hơn so với nghiên cứu của Toshio Nakagohri và cộng sự¹⁰ (39 tuổi) nhưng tương đồng với nghiên cứu của Yong-liang Chen¹¹ (30 tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân nữ là 100%, nhìn chung trong các thông báo đều cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở giới nữ^{9,10,11}.

Bệnh nhân thường đi khám với biểu hiện đau bụng thượng vị chiếm 91,6%, chỉ có 1 trường hợp được phát hiện tình cờ. Điều này khác với nghiên cứu của Peng-Yu Ku và cộng sự¹² tại Đài Loan qua 24 trường hợp thấy đa số các trường hợp không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ chiếm 11/24 trường hợp, 8/24 trường hợp có biểu hiện đau bụng thượng vị, 4/24 trường hợp tự sờ thấy khối ở bụng. Điều này có thể do những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh y học và việc khám sức khỏe định kỳ ở Đài Loan được tiến hành đầy đủ hơn. Khi đã có biểu hiện đau,

đa phần các khối u đều đã có kích thước lớn, do vậy chẩn đoán sớm u đặc giả nhú của tụy vẫn là còn một thách thức.

Tỷ lệ mổ nội soi là trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,7%, khác biệt với nghiên cứu của Phạm Duy Hiền và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Trung Ương¹³ có tỷ lệ mổ mở là 100%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Trọng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức⁹ là 16,7%. Nghiên cứu của Phạm Duy Hiền qua 15 trường hợp u đặc giả nhú ở trẻ em, tất cả đều được mổ mở có lẽ do ở đối tượng bệnh nhân nhi, việc phẫu thuật nội soi để cắt tụy có nhiều hạn chế do trường mổ bị giới hạn bởi thể tích ổ bụng của trẻ em nhỏ, không đưa được dụng cụ khâu cắt tụy vào bên trong ổ bụng. Ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, gần như tất cả các trường hợp u ở thân và đuôi tụy chúng tôi đều tiến hành mổ nội soi trước, chỉ những trường hợp không thể mổ được bằng nội soi chúng tôi mới chuyển mổ.

Kích thước u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,4 \pm 2,1$ cm, lớn hơn so với nghiên cứu của Phạm Duy Hiền¹³ là $4,7 \pm 0,5$ cm và nghiên cứu của Nguyễn Minh Trọng⁹ là $5,8 \pm 2,56$ cm. Thành phần u chủ yếu là dạng hỗn hợp chiếm 66,7% các trường hợp, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Duy Hiền¹³ là 86,7%. Thời gian nằm viện trung bình là $9,4 \pm 3,4$ ngày. Thời gian nằm viện phụ thuộc chủ yếu vào diễn biến sau mổ có thuận lợi hay không. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rò tụy sau mổ chiếm tỷ lệ 75%, trong đó chủ yếu là rò mức độ A (88,9%) (rò sinh hóa) được điều trị nội khoa, mức độ B chiếm 11,1% cần lưu dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần, không có trường hợp nào rò tụy mức độ C. Nhiễm trùng vết mổ có 1 trường hợp chiếm 8,3% được điều trị nội khoa. Tỷ lệ rò tụy của chúng tôi là rất cao so với các nghiên cứu khác^{10,11,12,13} có lẽ do sự khác biệt về định nghĩa khái niệm rò tụy và việc làm xét nghiệm dịch dẫn lưu ổ bụng sau mổ có thành thường quy hay không. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi sau mổ ngày thứ 3 đều được làm xét nghiệm amylase của dịch dẫn lưu ổ bụng, và định nghĩa rò tụy khi nồng độ amylase trong dịch dẫn lưu ổ bụng cao hơn ít nhất 3 lần so với trong máu theo định nghĩa của nhóm nghiên cứu quốc tế về rò tụy năm 2016.

Việc lựa chọn phương pháp mổ phụ thuộc vào vị trí của khối u, trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp khối u khu trú ở đầu tụy đều được mổ mở cắt khối tá tụy, khác với nghiên cứu của Phạm Duy Hiền¹³ trên đối tượng bệnh nhân nhi lại chủ yếu là cắt u đầu tụy bảo tồn tá tràng. Có 2 trường hợp được mổ nội soi

cắt đuôi tụy bảo tồn lách do khối u nằm ở vị trí đuôi tụy, ranh giới rõ với tĩnh mạch lách nên không cần thiết phải cắt lách kèm theo. Việc xử lý móm tụy sau mổ cắt thân đuôi tụy của chúng tôi phụ thuộc vào phương pháp mổ, nếu là mổ mở sẽ khâu đóng móm tụy bằng tay, còn mổ nội soi sẽ sử dụng dụng stapler để cắt tụy. Trong số 12 trường hợp, giải phẫu bệnh sau mổ đều khẳng định chẩn đoán là u đặc giả nhú, chỉ có 1 trường hợp được chỉ định làm thêm hóa mô miễn dịch.

V. KẾT LUẬN

U đặc giả nhú là loại u ngoại tiết có tiềm năng ác tính của tụy, việc chẩn đoán sớm còn nhiều thách thức do khi đã có triệu chứng hoặc sờ thấy u thì kích thước khối u thường đã lớn. Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản, an toàn và hiệu quả. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, kích thước cũng như xâm lấn tại chỗ của khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shuha A. and Alkimawi K.A.** (2014). Solid pseudopapillary tumor: a rare neoplasm of the pancreas. *Gastroenterol Rep.* 2(2), 145–149.
2. **Zinner MJ, Shurbaji MS, Cameron JL** (1990). Solid and papillary epithelial neoplasms of the

pancreas. *Surgery*; 108:475-80.

3. **T. Furukawa** (2008). Cystic Neoplasms of the Pancreas – Pathological Aspects. *Diseases of Pancreas*. Spinger. 76:839-43.
4. **Seung Eun Lee, Jin-Young Jang, Dae Wook Hwang, Kwi-Won Park, MD et al** (2008). Clinical Features and Outcome of Solid Pseudopapillary Neoplasm Differences Between Adults and Children. *Arch Surg*;143(12):1218-1221.
5. **T. B. Patil et al** (2006). Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: a single institution experience of 14 cases. *HPB*; 8: 148- 150.
6. **Zuo-Xing Niu et al** (2009). The Histological Origin of Solid-Pseudopapillary Neoplasm of the Pancreas. *The Open Gastroenterology Journal*;3: 13-18.
7. **Deng-Bin Wang, Qing-Bing Wang, Wei-Min Chai et al** (2009). Imaging features of solid pseudopapillary tumor of the pancreas on multi-detector row computed tomography. *World J Gastroenterol*; 15(7): 829-835
8. **Vito Cantisani, Koenraad J. Mortele, Angela Levy, Jonathan N et al** (2003). MR Imaging Features of Solid Pseudopapillary Tumor of the Pancreas in Adult and Pediatric Patients. *AJR*;181.
9. **Minh Truong, N Kiều Hưng, N Bá Đức, P Thị Khuyên, P Hoàng Hà** (2021). Kết quả điều trị phẫu thuật u đặc giả nhú ở thân đuôi tụy tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 507(1).
10. **Nakaohri T, Kinoshita T, Konishi M, Takahashi S, Gotohda N.** Surgical outcome of solid pseudopapillary tumor of the pancreas. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2008;15(3):318-21.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP KÉO LIÊN TỤC RUSSELL VÀ BÓ BỘT

Võ Quang Đình Nam¹, Trịnh Kiên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kéo liên tục và bó bột hiện vẫn đang áp dụng nhưng chưa có đề tài nghiên cứu đánh giá đầy đủ tỉ lệ kéo nắn thành công cũng như theo dõi quá trình phát triển của xương gãy sau khi lành xương. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả lành xương và phục hồi chức năng của phương pháp kéo Russell và bó bột, đồng thời đánh giá các biến chứng thường gặp sau kéo liên tục Russell. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca 115 bệnh nhi 24-98 tháng tuổi gãy xương đùi được điều trị bằng kéo Russell và bó bột với thời gian theo dõi 20-56 tháng. Đánh giá kết quả chức năng theo Flynn. **Kết quả:** Thời gian nằm viện trung bình 12,8 ngày, thời gian bó bột trung bình 4,9 tuần (03-08 tuần). Kết quả sau kéo hết di lệch chùng ngắn 70 trường hợp (60,9%), di lệch chùng

ngắn dưới 1cm: 44 trường hợp (38,3%); 01 trường hợp (0,9%) di lệch chùng ngắn từ 1-2cm. Biến chứng trong khi kéo ở 19 bệnh nhân (16,3%), hay gặp là biến chứng tại chỗ như nổi bóng nước, trợt da ở 13 bệnh nhân. Kết quả chung theo Flynn rất tốt là 95 trường hợp (82,6%), tốt là 19 trường hợp (16,5%), 01 trường hợp (0,9%) mức xấu. **Kết luận:** Kéo liên tục theo Phương pháp Russell làm giảm di lệch chùng ngắn và di lệch gập góc. Với thời gian theo dõi 21-56 tháng, kết quả chung rất tốt 95 trường hợp (82,6%), tốt 19 trường hợp (16,5%), và 01 trường hợp (0,9%) xấu bị lệch trục 12°. **Từ khóa:** Gãy thân xương đùi, Kéo Russell, Bó bột chấu đùi bàn chân.

SUMMARY

EVALUATION OF OUTCOMES IN THE TREATMENT OF FEMORAL FRACTURES IN CHILDREN USING THE RUSSELL TRACTION METHOD AND CASTING

Introduction: Continuous traction and casting remain commonly applied methods, yet there is a lack of comprehensive research evaluating the success rates of traction realignment and monitoring the developmental process of the fractured bone post-

¹Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình - TP HCM

²Bệnh viện Nhi đồng 1 - TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Quang Đình Nam

Email: namvqd@hotmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025