

- nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép gân hamstring tự thân kỹ thuật cắt cả bên trong, 2023.
6. **Nguyễn Văn Điệp.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước một bó theo giải phẫu sử dụng gân cơ bán gân tự thân tại bệnh viện Việt Đức, 2020.
 7. **Đỗ Quốc Cường.** Kết quả điều trị nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng phương pháp tất cả bên trong tại Bệnh viện Quân Y 175, 2022.
 8. **Wang Z, Tao H bing, Wang Y, Liu B, Han W feng, Xiang L bi.** Clinical application of modified Crain classification in the Design of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with remnant preservation. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23:1066. doi:10.1186/s12891-022-05912-7
 9. **Allende F, Allahabadi S, Sachdev D, et al.** Comparing Clinical Outcomes and Knee Stability in Remnant-Preserving ACL Reconstruction Versus Standard ACL Reconstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Sports Med. 2024;52(14): 3651-3661. doi:10.1177/03635465231225984
 10. **Kopka M, Heard SM, Buchko GM, Hiemstra LA, Lafave MR, Kerslake S.** Remnant-Sparing Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Results in Similar Clinical, Functional, and Quality-of-Life Outcomes to Anatomic Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. ASMAR. 2024;6(2). doi:10.1016/j.asmr.2024.100898

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT LỖ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Văn Thao¹, Nguyễn Khắc Kiềm², Lô Quang Nhật³,
Nguyễn Văn Lợi², Nguyễn Văn Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi nguyên phát là một trong những bệnh lý ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong hàng đầu trên thế giới. Tại Việt Nam, số ca mắc mới và tử vong do ung thư phổi vẫn gia tăng do được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm, phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi được xem là lựa chọn điều trị triệt để đem lại hiệu quả nhất được nhiều tác giả đồng thuận. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá độ hiệu quả, an toàn của phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cắt thùy phổi. Tại bệnh viện K đã triển khai phẫu thuật này từ năm 2019. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ ở bệnh viện K nhằm đánh giá tính khả thi và độ an toàn của phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 116 bệnh nhân mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ từ tháng 9/2024 tới 3/2025 về các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Bao gồm 60 nam và 56 nữ. Tuổi trung bình $60,5 \pm 7,6$ (42-73). Vị trí u phổ biến nhất là thùy trên phổi phải (36,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình $114,2 \pm 15,6$ phút (90-180). Thời gian rút dẫn lưu trung bình $5,5 \pm 1,4$ ngày (4-10). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10,5 \pm 1,9$ (8-14) ngày. Trong số 116 bệnh nhân có 2 bệnh nhân bị tai biến chảy máu trong mổ trong đó có 1 bệnh nhân phải chuyển mổ mở và 1

bệnh nhân xử lý cầm máu được bằng phẫu thuật nội soi, 4 bệnh nhân viêm phổi và 8 bệnh nhân xì khí kéo dài sau mổ. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ là một phương pháp an toàn, khả thi và có nhiều ưu điểm.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ, cắt thùy phổi

SUMMARY

RESULTS OF UNIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR EARLY- STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT K HOSPITAL

Background: Lung cancer is one of the most common malignancies and remains the leading cause of cancer-related mortality worldwide. In Vietnam, the incidence and mortality of lung cancer continue to rise due to late-stage diagnosis. For early-stage non-small cell lung cancer (NSCLC), lobectomy video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) has been recognized as the optimal radical treatment. In Vietnam, there are not many studies evaluating the efficacy and safety of uniportal thoracoscopic lobectomy. Uniportal VATS lobectomy has been adopted at K Hospital since 2019. This study aimed to evaluate the feasibility and safety of this technique in early-stage NSCLC patients. **Methods:** This was a descriptive, prospective study of 116 patients with early-stage non-small cell lung cancer who underwent uniportal video-assisted thoracoscopic surgery from September 2024 to March 2025, assessing preoperative, intraoperative and postoperative variables along with pathological outcomes. **Result:** Among 116 patients, 60 were male and 56 were female, with a mean age of 60.5 ± 7.6 years (42–73). The most frequent tumor location was the right upper lobe (36.2%). The mean operative time was 114.2 ± 15.6 minutes (range, 90–180). The mean chest tube duration was 5.5 ± 1.4 days (4–10),

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Thao

Email: dovanthao081298@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

and the mean postoperative hospital stay was 10.5 ± 1.9 days (8–14). Intraoperative complications occurred in two cases, including one requiring conversion to thoracotomy due to bleeding and one managed successfully thoracoscopically. Postoperative complications included four cases of pneumonia and eight cases of prolonged air leak. **Conclusion:** Single-port VATS lobectomy for early-stage NSCLC is a safe and feasible approach, demonstrating favorable short-term outcomes with low complication rates.

Keywords: non-small cell lung cancer, uniportal video-assisted thoracoscopic surgery, lobectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi nguyên phát là một trong những bệnh lý ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong hàng đầu trên thế giới. Tại Việt Nam, số ca mắc mới và tử vong do ung thư phổi vẫn gia tăng do nhiều trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm, phẫu thuật cắt thùy phổi được xem là lựa chọn điều trị triệt để hiệu quả nhất, đem lại cơ hội sống dài hạn cho bệnh nhân. Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ (Uniportal Video-Assisted Thoracic Surgery - Uniportal VATS) là một kỹ thuật mang tính bước tiến vượt bậc trong chuyên ngành phẫu thuật lồng ngực. So với kỹ thuật mổ mở kinh điển hay phẫu thuật nội soi nhiều cổng, Uniportal VATS có nhiều ưu điểm nổi bật như ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian hồi phục, tính thẩm mỹ cao đồng thời đảm bảo được tính triệt căn trong điều trị ung thư. Kỹ thuật này được Gonzales-Rivas báo cáo lần đầu tiên năm 2010, sử dụng đường rạch da khoảng 3-5cm ở khoang liên sườn để thực hiện toàn bộ thao tác mổ¹. Tại Việt Nam PTNS lồng ngực một lỗ đã được thực hành tại một số trung tâm phẫu thuật lồng ngực trong cả nước mang lại kết quả bước đầu. Bệnh viện K là trung tâm ung bướu hàng đầu đã triển khai thường quy kỹ thuật này từ năm 2019 với các phẫu thuật viên được đào tạo chuyên sâu, chúng tôi có một số nhận xét về chỉ định và đánh giá về độ an toàn phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cắt thùy phổi trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân ung thư phổi tế bào không nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều, từ 9/2024 đến 3/2025.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Không phân biệt tuổi, giới.
- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng lâm sàng, cận lâm sàng

(với kết quả giải phẫu bệnh trước mổ hoặc sinh thiết tức thì trong mổ) và được điều trị cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch bằng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ.

- Đầy đủ hồ sơ bệnh án đáp ứng cho nghiên cứu.

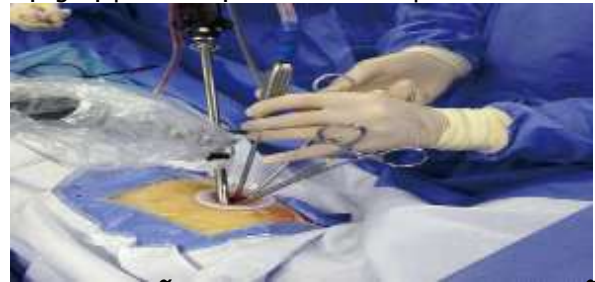
* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã điều trị hóa chất, xạ trị tiền phẫu.
- Bệnh nhân cắt phân thùy phổi, cắt không điển hình, không kèm nạo vét hạch.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, tiền cứu.

2.2.1. Quy trình phẫu thuật:

- Tư thế và tạo đường rạch: Gây mê bằng ống nội khí quản 2 nòng làm xẹp phổi bên thương tổn. Bệnh nhân nằm nghiêng 90° sang bên đối diện có kê gối đòn dưới nách. Phẫu thuật viên đứng phía trước bệnh nhân. Đường vào là đường rạch da 3 - 5cm qua khoang liên sườn V ngang qua đường nách trước, tách các lớp cơ thành ngực và cắt cơ liên sườn vào khoang màng phổi. Sử dụng banh mềm (Soft retractor) bóc vết mổ, ống kính nội soi và bộ dụng cụ phẫu thuật ít xâm lấn đi qua lỗ vào.



Hình 1: Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ (Uniportal VATS)

- Thứ tự: cắt động mạch, tĩnh mạch, phế quản, cắt cầu nhu mô sau cùng, tuy nhiên thứ tự này có thể thay đổi tùy theo vị trí thùy phổi được cắt.

- Thì cắt thùy phổi: Phẫu tích động mạch, tĩnh mạch và phế quản thùy phổi bệnh lý; cắt các thành phần này bằng dụng cụ khâu - cắt tự động (stapler). Thùy phổi bệnh lý sẽ cho vào một túi chứa bệnh phẩm, được đưa ra ngoài qua lỗ vào trên thành ngực. Bệnh phẩm được khâu đánh dấu và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.



Hình 2: Cắt động mạch thùy phổi bằng stapler



Hình 3: Cắt phế quản thùy bằng stapler

- Thì nạo vét hạch: Sử dụng dao siêu âm hoặc dao ligasure trong quá trình nạo vét các nhóm hạch bạch huyết trong trung thất (Bên phải: Hạch rốn phổi; cạnh khí quản đoạn thấp – quanh quai tĩnh mạch đơn; dây chằng tam giác và ngã ba khí phế quản. Bên trái: Hạch rốn phổi; cửa sổ phế - chủ; dây chằng tam giác và ngã ba khí phế quản). Tất cả các hạch được nạo vét ra đều làm giải phẫu bệnh chẩn đoán sau mổ.

- Cầm máu và kết thúc phẫu thuật, đặt 01 dẫn lưu màng phổi bằng ống silicon 18F dưới hướng dẫn của camera, làm nở phổi kiểm tra rò khí miệng cắt phế quản, miệng cắt cầu nhu mô trước khi đóng vết mổ.

- Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật: Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật (chảy máu, tràn dịch màng phổi, rò khí, xẹp phổi...), chụp xquang kiểm tra và rút dẫn lưu, thu thập kết quả giải phẫu bệnh, giải thích cho bệnh nhân và gia đình về hướng theo dõi và điều trị tiếp.

2.2.2. Thu thập và xử lý số liệu:

- Số liệu được thu thập, tổng hợp trước, trong và sau mổ như lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả giải phẫu bệnh, thời gian mổ...theo một bệnh án mẫu được thiết kế sẵn. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu và theo dõi 116 bệnh nhân chúng tôi thu được kết quả như sau:

- Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu là $60,5 \pm 7,6$ (42–73)

- Số bệnh nhân nam: 60 (51,7%), số bệnh nhân nữ: 56 (48,3%), tỉ lệ nam/nữ: 1,07

- Số bệnh nhân hút thuốc chiếm 50%, tất cả đều là nam giới.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Chỉ số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (TB±SD)	60,5±7,6	
Nhóm tuổi	<60 tuổi	48
	≥60 tuổi	68
Giới tính	Nam	60
	Nữ	56

Tình trạng hút thuốc	Có	58	50
	Không	58	50
Triệu chứng LS	Có	43	37,1
	Không	73	62,9
Vị trí u trên CT			
U thùy trên phổi phải	42	36,2	
U thùy giữa phổi phải	8	6,9	
U thùy dưới phổi phải	23	19,8	
U thùy trên phổi trái	27	23,3	
U thùy dưới phổi trái	16	13,8	
Giai đoạn trước mổ			
Giai đoạn IA	75	64,7	
Giai đoạn IB	34	29,3	
Giai đoạn II	7	6,0	
Tổng		100	

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Chỉ số		Giá trị
Đặc điểm PT		
Chiều dài vết mổ	3,5 ± 0,5 (cm)	
Thời gian PT	114,2 ± 15,6 phút	
Thời gian dẫn lưu	5,5 ± 1,4 ngày	
Thời gian nằm viện sau mổ	10,5 ± 1,9 ngày	
Loại phẫu thuật		
Nội soi toàn bộ	115/116	99,1%
Chuyển mổ mở	1/116	0,9%
Đặc điểm u		
U nằm gọn trong nhu mô	63/116	54,3%
U co kéo lá tạng	48/116	41,4%
Phổi dính thành ngực	5/116	4,3%
Đặc điểm hạch		
Số hạch N1 vét được	5,3 ± 1,0	
Số hạch N2 vét được	2,6 ± 0,7	
Tổng hạch vét được	7,9±1,7	
Giai đoạn sau mổ		
Giai đoạn IA	17/116	14,7%
Giai đoạn IB	73/116	62,9%
Giai đoạn II	16/116	13,8%
Giai đoạn III	10/116	8,6%
Mô bệnh học sau mổ		
Ung thư biểu mô tuyến	109/116	94%
Ung thư biểu mô vảy	4/116	3,4%
Ung thư biểu mô tuyến vảy	3/116	2,6%
Biến chứng		
Chảy máu	2/116	1,7%
Viêm phổi	4/116	3,4%
Xi khí kéo dài	8/116	6,9%
Điểm VAS sau mổ		
Điểm 3	35/116	30,2%
Điểm 4	54/116	46,6%
Điểm 5	27/116	23,6%
Kết quả chung		
Tốt	102/116	87,9%
Trung bình	13/116	11,2%
Kém	1/116	0,9%

Trong số các bệnh nhân phẫu thuật có 14 trường hợp bệnh nhân biến chứng bao gồm 2 BN bị chảy máu trong mổ trong đó 1 BN phải chuyển mổ mở và 1 BN xử lý cầm máu được bằng nội soi, 4 BN viêm phổi phải điều trị tích cực kháng sinh liều cao phổ rộng, 8 BN xì khí kéo dài được điều trị nội khoa kết hợp liệu pháp hô hấp bệnh nhân ổn định và không có trường hợp xì khí nào phải mổ lại.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả trên 116 bệnh nhân nghiên cứu tuổi trung bình là 60,5 tuổi, trẻ nhất 42 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Độ tuổi trung bình này cũng tương đồng với các nghiên cứu quốc tế². Đây là độ tuổi thường gặp mắc ung thư phổi ở Việt Nam cũng như trên thế giới.

Trong nghiên cứu của tôi, tỷ lệ nam nữ 1,07 gần như tương đương nhau, điều này phản ánh xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc ung thư phổi ở nữ giới. Nhiều nghiên cứu báo cáo số lượng bệnh nhân nữ chiếm 40-50% tùy khu vực và không thấy sự khác biệt đáng kể giữa hai giới³.

Chiều dài trung bình vết mổ 3,5cm phù hợp với kỹ thuật Uniportal-VATS tương đương tiêu chuẩn và thể hiện việc áp dụng đúng kỹ thuật. Thời gian trung bình phẫu thuật 114 phút tương đương với một số báo cáo Uniportal- VATS trên thế giới, không khác biệt so với VATS nhiều lỗ⁴. Hai đặc điểm này hạn chế tổn thương thần kinh liên sườn, rút ngắn thời gian ban hồi sức trong mổ giúp bệnh nhân đau ít sau mổ, phục hồi chức năng hậu phẫu tốt.

Thời gian dẫn lưu sau mổ trung bình là 5,5 ngày và thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10,5 ngày. Hai thời gian này ngắn hơn so với phương pháp mổ mở⁵. Thời gian rút dẫn lưu sớm tạo điều kiện cho bệnh nhân đi lại sớm, tập liệu pháp hô hấp giúp phục hồi chức năng hô hấp tốt và sinh hoạt của bệnh nhân.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cũng đạt được triệt căn về mặt điều trị ung thư (cắt thùy phổi- nạo vét hạch). Nạo vét hạch là bước bắt buộc trong phẫu thuật ung thư để đánh giá giai đoạn. Đối với ung thư phổi giai đoạn sớm theo hướng dẫn phẫu thuật khuyến cáo phải nạo tối thiểu hai nhóm hạch trung thất N2 và một nhóm hạch rốn phổi N1 để đảm bảo đánh giá chính xác giai đoạn và loại bỏ tổn thương vi di căn. Qua nghiên cứu của chúng tôi số hạch N1 trung bình được nạo là $5,3 \pm 1$, hạch N2 trung bình được nạo là $2,6 \pm 0,7$ và tổng cộng hạch được nạo là 7,9. Các nghiên cứu về Uniportal VATS gần đây cho thấy số lượng hạch nạo không kém nhiều so với phẫu thuật nội soi nhiều cổng và phẫu thuật mở.⁶

Trên thực tế với tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm chúng tôi đều nạo vét hạch theo bản đồ phân chia hạch, một số trường hợp nạo vét hạch cực kỳ khó khăn nhất là trường hợp hạch viêm mạn tính tạo thành khối dính bết vào mạch máu.

Trong mổ chúng tôi gặp 2 tai biến chảy máu chiếm tỉ lệ 1,7% tổng số biến chứng trong và sau mổ trong đó 1 BN tai biến chảy máu nguyên nhân do trong quá trình phẫu tích nạo vét hạch dính bết vào thân động mạch phổi phải chuyển mổ mở và 1 BN tai biến chảy máu do phẫu tích tĩnh mạch phổi nhưng được xử lý cầm máu được bằng phẫu thuật nội soi đòi hỏi phẫu thuật viên phải được đào tạo chuyên sâu về lĩnh vực phẫu thuật lồng ngực. Theo Rocco và cộng sự tỷ lệ chuyển từ phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ sang phương pháp khác là 3,7% mà nguyên nhân chính là do tai biến chảy máu khi bóc tách động mạch phổi, phổi dính toàn bộ, u có kích thước lớn, u xâm lấn thành ngực.⁷ Chúng tôi gặp 4 biến chứng viêm phổi và 8 biến chứng xì khí kéo dài đều được điều trị nội khoa tích cực kết hợp liệu pháp hô hấp bệnh nhân phục hồi tốt và không có trường hợp nào phải mổ lại. Đánh giá chung thì đa số kết quả phẫu thuật là tốt, chiếm đến 87,9%.

Nhìn chung phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ có rất nhiều ưu điểm với phẫu thuật nhiều lỗ và phẫu thuật mở như: vết mổ xâm lấn tối thiểu, tính thẩm mỹ cao, đau ít rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ giúp bệnh nhân phục hồi chức năng hô hấp và sinh hoạt sớm sau mổ. Các ưu điểm này đều được nhiều tác giả trên thế giới đồng thuận.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ là kỹ thuật có tính khả thi, an toàn với nhiều ưu điểm vượt trội về tính thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn. Phương pháp này là lựa chọn chính điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm đảm bảo tính triệt căn và đầy đủ nguyên tắc điều trị ung thư (cắt thùy phổi, nạo vét hạch).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gonzalez D, Paradela M, Garcia J, Dela Torre M. Single-port video-assisted thoracoscopic lobectomy. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011; 12(3): 514-515. doi:10.1510/icvts.2010. 256222
2. Tosi D, Mazzucco A, Musso V, et al. Pulmonary Lobectomy for Early-Stage Lung Cancer with Uniportal versus Three-Portal Video-Assisted Thoracic Surgery: Results from a Single-Centre Randomized Clinical Trial. *J Clin Med*. 2023;12(22):7167. doi:10.3390/jcm12227167
3. Zheng X, Wang W, Li X, He P, Wu X. Efficacy of

- uniportal versus multiportal video-assisted thoracoscopic lobectomy for non-small cell lung cancer: A retrospective analysis. Pak J Med Sci. 2024; 40(6):1135-1139. doi:10.12669/pjms.40.6. 9313
4. **Tosi D, Mazzucco A, Musso V, et al.** Pulmonary Lobectomy for Early-Stage Lung Cancer with Uniportal versus Three-Portal Video-Assisted Thoracic Surgery: Results from a Single-Centre Randomized Clinical Trial. J Clin Med. 2023;12(22):7167. doi:10.3390/jcm12227167
 5. **Zhao R, Shi Z, Cheng S.** Uniport video assisted thoracoscopic surgery (U-VATS) exhibits increased feasibility, non-inferior tolerance, and equal efficiency compared with multiport VATS and open thoracotomy in the elderly non-small cell lung cancer patients at early stage. Medicine (Baltimore). 2019;98(28): e16137. doi:10.1097/MD.00000000000016137
 6. **Ruan Y, Cao W, Xue H, You M, Zhao Z.** Long-term outcome of uniport vs. multiport video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer. Sci Rep. 2024;14(1):5316. doi:10.1038/s41598-024-55737-8
 7. **Rocco G, Martucci N, La Manna C, et al.** Ten-year experience on 644 patients undergoing single-port (uniportal) video-assisted thoracoscopic surgery. Ann Thorac Surg. 2013;96(2): 434-438. doi:10.1016/j.athoracsurg.2013.04.044

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH NỘI TỦY CÓ CHỐT ĐIỀU TRỊ GÂY HẠI XƯƠNG CẰNG CHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Trung Kiên¹, Nguyễn Vũ Hoàng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật kết hợp xương (KHX) chày bằng đinh nội tủy có chốt hiện nay được xem là tiêu chuẩn cho nhiều trường hợp gãy thân xương chày, nhất là gãy đoạn giữa. Phương pháp này mang lại kết quả tốt, phục hồi chức năng sớm, ít biến chứng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt điều trị gãy kín hai xương cẳng chân tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 112 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt điều trị gãy hai xương cẳng chân tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 69,6% trong khi đó có 30,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $38,2 \pm 17,7$ trong đó nhóm tuổi dưới 40 chiếm 52,7%. Nghề nghiệp tự do chiếm 44,6%. Chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 66,1%, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương bên trái chiếm 59,8%. Bệnh nhân gãy kín chiếm 91,1% trong khi đó gãy hở chiếm 8,9%. Tỷ lệ bệnh nhân không xuất hiện tai biến trong mổ chiếm 99,1%, 01 bệnh nhân (0,9%) có tai biến chốt ra ngoài. Sau phẫu thuật hết di lệch chiếm 18,8%, di lệch trong giới hạn cho phép chiếm 81,2%. Kết quả liền xương tại thời điểm khám lại ở mức tốt và rất tốt lần lượt 90,9% và 5,5%, chỉ có 3,6% bệnh nhân có kết quả liền xương ở mức trung bình. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 73,6%, có 29 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 26,4% có kết quả chung ở mức độ trung bình, không có bệnh nhân có kết quả xấu. Kết luận: Phẫu thuật kết

hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt nhìn chung mang lại kết quả tốt, là lựa chọn hàng đầu hiện nay cho gãy thân xương chày. **Từ khóa:** Đinh nội tủy có chốt, gãy xương chày, gãy hai xương cẳng chân.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TIBIAL FRACTURES USING INTERLOCKING INTRAMEDULLARY NAILS FOR TIBIA-FIBULA FRACTURES AT PHU THO PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Background: Tibial fracture fixation with interlocking intramedullary nails is currently considered the gold standard for many cases of tibial shaft fractures, especially diaphyseal fractures. This method provides good outcomes, early functional recovery, and fewer complications. **Objective:** To evaluate the surgical outcomes of tibial fracture fixation using interlocking intramedullary nails for tibia-fibula fractures at Phu Tho Province General Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study of 112 patients who underwent tibial fracture fixation with interlocking intramedullary nails for tibia-fibula fractures at Phu Tho Province General Hospital from January 2023 to June 2025. **Results:** Male patients accounted for 69.6%, while females accounted for 30.4%. The mean age was 38.2 ± 17.7 years, with patients under 40 years old comprising 52.7%. The most common occupation was manual labor (44.6%). Road traffic accidents were the main cause (66.1%). Left-sided fractures were more common (59.8%). Closed fractures accounted for 91.1%, while open fractures accounted for 8.9%. The rate of patients without postoperative complications was 99.1%. Only 1 patient (0.9%) developed pin tract infection. Malunion occurred in 18.8% of cases, angular deformity in 6.3%, and shortening in 12.5%. The bone union rate was 86.2%, with an average union time of 4.6 ± 1.2 months. Functional outcomes: good

¹Trung tâm Y tế Đoan Hùng

²Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: nguyentrungkienbvdh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025