

2. **Lun Panha, Trần Quốc Sơn, Trần Hiếu Học.** Kết quả sớm phẫu thuật cắt u mô đệm (GIST) dạ dày tại khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;506(1)
3. **Nguyễn Hoàng, Vũ Tiến Tùng.** U mô đệm dạ dày, một số quan điểm mới về chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;540(1)
4. **Nguyễn Hồng Sơn.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị u mô đệm dạ dày, Luận án Tiến Sĩ. 2023; Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
5. **Trần Hoàng Cường, Đào Đức Tiên.** Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) tại Bệnh viện Quân Y 175. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;549(3)
6. **Wang T-T, Liu W-W, Liu X-H, et al.** Relationship between multi-slice computed tomography features and pathological risk stratification assessment in gastric gastrointestinal stromal tumors. World Journal of Gastrointestinal Oncology. 2023;15(6):1073.
7. **Miettinen M, Sobin LH, Lasota JTTAjsop.** Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. 2005;29(1):52-68.
8. **Von Mehren M, Kane JM, Riedel RF, et al.** NCCN Guidelines(R) Insights: Gastrointestinal Stromal Tumors, Version 2.2022. J Natl Compr Canc Netw. Nov 2022;20(11):1204-1214. doi:10.6004/jnccn.2022.0058

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY VÙNG MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Nguyễn Văn Đức¹, Nguyễn Vũ Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 48 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 01/2023 đến 03/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 62,5% trong khi đó có 37,5% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $60,5 \pm 13,8$ trong đó nhóm tuổi từ 60 đến 69 chiếm 43,8%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 52,1%. Chấn thương bên phải chiếm 62,5%, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương bên trái chiếm 37,5%. Chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm 60,4%, Triệu chứng điển hình đau chói xuất hiện ở tất cả các trường hợp, có 01 bệnh nhân chiếm 2,1% xuất hiện sốc mất máu. Gãy xương loại A2.1 và A2.2 đều có tỷ lệ là 25%, trong khi đó có 1 bệnh nhân (2,1%) gãy loại A3.2. Bệnh nhân phục hồi xương gãy sau phẫu thuật là 85,4% phục hồi ở mức tốt và 4,6% phục hồi ở mức chấp nhận được. Tất cả bệnh nhân đều liền xương tại thời điểm khám lại, trong đó tỷ lệ liền xương tốt chiếm 70,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa là phương pháp an toàn và đem lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi, nẹp khóa mẫu chuyển xương đùi.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

¹Trung tâm Y tế Từ Sơn

²Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đức

Email: ducngoaiavts1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

OF FEMORAL TRANSACTION FRACTURES WITH LOCKING PLATE AT BAC NINH PROVINCE GENERAL

Objective: To evaluate the results of the treatment of femoral trochanter fractures with locking plate at Bac Ninh Province General Hospital. **Subjects and methods:** The study describes 48 patients who underwent surgical treatment of femoral trochanter fractures with locking plate at Bac Ninh Province General Hospital from January 2023 to March 2025. **Results:** Male patients accounted for 62.5% while 37.5% were female patients. The average age of the patients was 60.5 ± 13.8 years, of which the age group from 60 to 69 years old accounted for 43.8%. Occupation was farmer accounting for 52.1%. Right-sided trauma accounted for 62.5%, the proportion of patients with left-sided trauma accounted for 37.5%. Injuries due to domestic accidents accounted for 60.4%. Sharp pain symptoms appeared in all cases, 1 patient (2.1%) had hemorrhagic shock. A2.1 and A2.2 fractures both accounted for 25%, while 1 patient (2.1%) had A3.2 fractures. The rate of patients with post-operative fracture recovery was 85.4% with good recovery and 4.6% with acceptable recovery. All patients had bone union at the time of re-examination, of which the rate of good bone union was 70.8%. **Conclusion:** Surgical treatment of femoral trochanter fractures with locking plate is a safe and highly effective method. **Keywords:** Femoral trochanter fractures, femoral trochanter locking plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi (VMCXB) là loại gãy khá phổ biến chiếm 55% các trường hợp gãy đầu trên xương đùi, hay xảy ra ở người cao tuổi. Người cao tuổi có thể bị gãy xương chỉ do một chấn thương nhẹ như trượt chân ngã, tai nạn giao thông hay tai nạn sinh hoạt. Gãy

VMCXĐ có thể gây ra tàn tật và tử vong, nó đang là một vấn đề quan tâm lớn của các bác sĩ lâm sàng¹.

Hiện nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng cho gãy VMCXĐ như kết hợp xương (đinh nội tủy, nẹp DHS, nẹp uốn, nẹp khóa) thay khớp háng đối với các trường hợp gãy VMCXĐ. Mỗi kỹ thuật phẫu thuật đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa có ưu điểm là các vít được bắt cố định vào nẹp ở một góc cố định mang lại sự vững chắc cho cấu trúc giải phẫu mà không phụ thuộc vào lực ma sát giữa vít - nẹp - xương tạo nên sự vững chắc cho vùng mẫu chuyển.

Gãy VMCXĐ nếu được phẫu thuật sớm, có chế độ chăm sóc phù hợp và phục hồi chức năng tốt sau mổ sẽ cải thiện được kết quả điều trị, mang lại chức năng hàng ngày và giảm thiểu tỷ lệ tử vong cũng như tiết kiệm chi phí. Ở Việt Nam chưa có thống kê đầy đủ, nhưng qua thực tế điều trị chúng tôi thấy những năm gần đây tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số bệnh nhân gãy VMCXĐ ngày càng gia tăng, gặp ở mọi lứa tuổi, chủ yếu ở người già từ 60 tuổi trở lên. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị gãy VMCXĐ chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu đánh giá kết quả trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 48 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 01/2023 đến 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín VMCXĐ theo lâm sàng, cận lâm sàng đã được phẫu thuật và được chỉ định phẫu thuật bằng nẹp khóa.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy xương bệnh lý.
- Gãy xương ở chi thể đã có sẵn các di chứng chấn thương.
- Có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Không đủ hồ sơ bệnh án.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, đặc điểm X quang, phân loại gãy theo AO.

- + Kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau mổ): Tai biến sau phẫu thuật, tình trạng phục hồi xương

gãy, tình trạng vết mổ, thời gian nằm viện.

- + Kết quả xa (sau 6 tháng sau phẫu thuật): Đánh giá kết quả liền xương, đánh giá mức độ phục hồi chức năng: theo phương pháp đánh giá của Merle d'Aubigné – Postel.

Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm phục vụ mục đích điều trị, không nhằm mục đích cá nhân nào khác, không gây nguy hại cho đối tượng nghiên cứu và đã được thông qua hội đồng khoa học. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam chiếm 62,5% trong khi đó có 37,5% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $60,5 \pm 13,8$ trong đó nhóm tuổi từ 60 đến 69 chiếm 43,8%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 52,1%. Chấn thương bên phải chiếm 62,5%, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương bên trái chiếm 37,5%. Chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm 60,4%, tỷ lệ bệnh nhân được sơ cứu trước khi vào viện chiếm 93,8%. Triệu chứng điểm đau chói xuất hiện ở tất cả các trường hợp, có 01 bệnh nhân chiếm 2,1% xuất hiện sốc mất máu. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng khác dao động từ 79,2% đến 97,9%.

Bảng 1. Phân loại gãy xương

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
A1	A1.1	02
	A1.2	06
	A1.3	07
A2	A2.1	12
	A2.2	12
	A2.3	03
A3	A3.1	05
	A3.2	01
Tổng	48	100

Nhận xét: Bệnh nhân gãy xương loại A2.1 và A2.2 đều có tỷ lệ là 25%, trong khi đó có 1 bệnh nhân (2,1%) gãy loại A3.2, không có bệnh nhân gãy loại A3.3, các phân loại còn lại dao động từ 4,2% đến 14,6%.

Bảng 2. Kết quả gần sau phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	Có	04
	Không	44
Phục hồi xương gãy	Tốt	41
	Chấp nhận được	07
	Không tốt	0
Tình trạng vết mổ	Nhiễm trùng	01
	Tốt	47
Tổng	48	100

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều phục hồi xương gãy sau phẫu thuật trong đó 85,4% phục hồi ở mức tốt và 4,6% phục hồi ở mức chấp nhận được. Trong các đối tượng nghiên cứu có 8,3% bệnh nhân xuất hiện tai biến trong mổ và 01 bệnh nhân chiếm 2,1% nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3. Thời gian nằm viện

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ
≤10 ngày	31	64,6
>10 ngày	17	35,4
Trung bình	10,3 ± 3,9	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân 10,3 ± 3,9 ngày trong đó bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 10 ngày trở xuống chiếm 64,6%, có 35,4% bệnh nhân có thời gian nằm viện trên 10 ngày.

Bảng 4. Đặc điểm liên xương khi khám lại (>6 tháng)

Kết quả		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh X-quang	Liên tốt	34	70,8
	Chậm liền	14	29,2
Góc cổ thân	1200° - 1300°	9	81,3
	1100° - < 1200°	09	18,8
	Trung bình	127,1 ± 4,7 (110 – 130)	
Độ dài chi phẫu thuật so với chi lành	Không ngắn chi	31	61,4
	Ngắn chi < 1cm	15	31,3
	Ngắn chi 1 - <2cm	01	2,1
	Ngắn chi 2 - 3cm	01	2,1
	Ngắn chi > 3cm	0	0
Vị trí vít cổ trôm	Đúng vị trí	46	95,8
	Sai vị trí	02	4,2
Tổng		48	100

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều liền xương tại thời điểm khám lại, trong đó tỷ lệ liền xương tốt chiếm 70,8%. Góc cổ thân trung bình tại thời điểm khám lại 127,1 ± 4,7 (thấp nhất 110 và lớn nhất 130) trong đó góc cổ thân từ 120° - 130° chiếm 81,3%. Bệnh nhân không ngắn chi tại thời điểm khám lại chiếm 61,4%, không có bệnh nhân nào ngắn chi > 3cm, tỷ lệ ngắn chi < 1cm chiếm 31,3%. Tại thời điểm khám lại vít cổ trôm đúng vị trí chiếm 95,8%.

Bảng 5. Biên độ vận động khớp háng và khả năng đi lại tại thời điểm khám lại

Kết quả		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biên độ vận động khớp háng	Bình thường (>90°)	33	68,8
	Hạn chế (80°-90°)	13	27,1
	Hạn chế (60°-<80°)	02	4,2
Khả năng đi lại	Bình thường	25	52,1
	Đau khi đi lại gắng sức	22	45,8
	Phải dùng nạng	01	2,1

	Không đi lại được	0	0
Tổng		48	100

Nhận xét: Bệnh nhân có biên độ vận động bình thường tại thời điểm khám lại chiếm 68,8%, tầm vận động hạn chế từ 80° - 90° chiếm 27,1%, có 02 bệnh nhân chiếm 4,2% có tầm vận động hạn chế ở mức 60° - < 80°. Bệnh nhân đi lại bình thường tại thời điểm khám lại chiếm 52,1%, tỷ lệ bệnh nhân còn đau khi đi lại gắng sức chiếm 45,8%, chỉ có 01 bệnh nhân (2,1%) phải dùng nạng khi đi lại.

Bảng 6. Mức độ phục hồi chức năng theo Merle d'Aubigné

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau	Không đau	21	43,8
	Đau ít	19	39,6
	Đau khi đi lại, hết đau khi nghỉ ngơi	06	12,5
	Đau nhưng có thể chịu đựng được, có thể tham gia hoạt động hàng ngày	01	2,1
	Đau nhiều, cản trở hoạt động hàng ngày	0	0
	Đau dữ dội	01	2,1
	Rất đau, đau liên tục	0	0
Đi lại	Bình thường	29	60,4
	Khập khiễng	17	35,4
	Cần gậy khi đi xa	0	0
	Cần 1 gậy chống	01	2,1
	Cần 2 gậy chống	0	0
	Dùng 2 nạng	01	2,1
	Không đi lại được	0	0
Tầm vận động	Gấp háng >900 Dạng >300	29	60,4
	Gấp háng >800-900 Dạng >250	14	29,2
	Gấp háng 400-600	02	4,2
	Gấp háng < 400	01	2,1
	Cứng khớp nhẹ	01	2,1
	Cứng khớp nặng	01	2,1
Tổng		48	100

Nhận xét: Bệnh nhân không đau và đau ít chiếm tỷ lệ lần lượt 43,8% và 39,6%. Bệnh nhân đi lại bình thường và tầm gấp háng Gấp háng > 90° ở thời điểm khám lại chiếm đều chiếm 60,4%.

Bảng 7. Phân loại kết quả xa

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ
Rất tốt	29	60,4
Tốt	09	18,8
Khá	07	14,6
Trung bình	01	2,1
Kém	02	4,2
Tổng	48	100
Điểm trung bình	16,0 ± 2,8 (3 – 18)	

Nhận xét: Điểm phục hồi trung bình của bệnh nhân $16,0 \pm 2,8$ (thấp nhất 3 điểm và lớn nhất 18 điểm), trong đó bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt chiếm 79,2%, có 14,6% bệnh nhân có kết quả khá. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị kém chiếm 4,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 48 bệnh nhân gãy vùng mẫu chuyển xương đùi (VMCXĐ) được phẫu thuật bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh, tuổi trung bình là $60,5 \pm 13,8$, nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%). Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ khi gãy VMCXĐ thường gặp ở người cao tuổi, nhất là phụ nữ sau mãn kinh do loãng xương. Độ tuổi trung bình này thấp hơn khi so sánh với một số nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân gãy VMCXĐ: Nghiên cứu của Hà Phan Thăng (2014) có độ tuổi trung bình $74,9 \pm 15$ tuổi², Nguyễn Văn Ngẫu (2017) có độ tuổi trung bình 74,84 tuổi, nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm chủ yếu 89,1%³.

Nam giới chiếm 62,5% trong nghiên cứu này, cao hơn so với một số nghiên cứu trong nước. Nguyễn Văn Ngẫu (2017) trong 55 BN nghiên cứu, có 22 BN nam, 33 BN nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1/1,5 Sự khác biệt có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu và tần suất lao động nặng ở nam giới tại địa phương.

Về cơ chế chấn thương, nghiên cứu cho thấy tai nạn sinh hoạt chiếm đa số (60,4%), phù hợp với nhận định gãy VMCXĐ thường do ngã cùng mức ở người cao tuổi. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Haentjens et al. (2010) khi ghi nhận phần lớn gãy VMCXĐ do té ngã nhẹ trong sinh hoạt hàng ngày⁴.

Phân loại gãy theo AO, nhóm A2 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%). Đây cũng là xu hướng chung được nhiều tác giả ghi nhận. Theo nghiên cứu của Zha và cs. (2012), gãy type A2 chiếm 52% trong tổng số ca gãy VMCXĐ⁵.

Kết quả gần sau mổ: Tất cả bệnh nhân đều phục hồi xương gãy sau phẫu thuật trong đó 85,4% phục hồi ở mức tốt và 4,6% phục hồi ở mức chấp nhận được. Trong các đối tượng nghiên cứu có 8,3% bệnh nhân xuất hiện tai biến trong mổ và 01 bệnh nhân chiếm 2,1% nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ này gần giống với nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngẫu (2017) Trong số 55 BN có 01 BN bị nhiễm trùng vết mổ, đã tiến hành thay băng vết mổ, tăng cường kháng sinh theo kháng sinh đồ, sau đó vết mổ ổn định hết chảy dịch. 54 BN liền vết mổ kỳ đầu chiếm 98,2%.

Kết quả xa cho thấy 70,8% bệnh nhân liền

xương tốt trên X-quang, 61,4% không có ngăn chi, 60,4% bệnh nhân đạt phục hồi chức năng rất tốt theo thang điểm Merle d'Aubigné – Postel. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên cả mức độ phục hồi chức năng theo thang điểm của Merle -d'Aubigné – Postel, như đã bàn luận ở phần trên do chúng tôi đánh giá bệnh nhân ở thời điểm trên 6 tháng sau phẫu thuật nên nhiều bệnh nhân vẫn còn chưa hồi phục hoàn toàn chức năng vận động khớp háng cũng như đi lại bình thường. Tuy nhiên vẫn còn có 2 bệnh nhân có kết quả điều trị đạt mức kém. Một trong hai bệnh nhân này có tình trạng tổn thương nặng, có tổn thương phổi hợp và cơ thể có bệnh kèm theo khiến việc hồi phục tiến triển chậm. Bên cạnh đó, bệnh nhân còn lại là không tuân thủ điều trị, không tập phục hồi chức năng, đắp thuốc nam tại nhà dẫn đến hiện tượng xơ hóa, dính khớp gây khó khăn trong việc vận động khớp. Những lý do này khiến cho kết quả điều trị của bệnh nhân chỉ đạt ở mức độ kém, cần thời gian lâu dài và tập luyện kiên trì để cải thiện kết quả điều trị. Kết quả điều trị xa ở một số nghiên cứu khác như: Nguyễn Huy Thành (2018) Rất tốt 41,82%; tốt 40%; TB 12,73%; kém 5,45%⁶; Trần Quang Toàn (2008) điều trị 45 bệnh nhân: Rất tốt và tốt (88,5%), trung bình (11,5%), không có kết quả kém⁷.

Một số biến chứng được ghi nhận gồm: tai biến trong mổ 8,3%, nhiễm trùng vết mổ 2,1%, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với báo cáo của Kim và cs. (2014), trong đó biến chứng sau mổ dao động 10–15%⁸. Điều này có thể nhờ kỹ thuật mổ ngày càng được chuẩn hóa và kiểm soát vô khuẩn tốt hơn.

Nhìn chung, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa cho gãy VMCXĐ tại bệnh viện của chúng tôi cho kết quả khả quan, tỷ lệ liền xương cao, biến chứng thấp. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để có đánh giá toàn diện.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa trong điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi mang lại tỷ lệ liền xương cao phục hồi chức năng tốt và ít biến chứng, là phương pháp an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Health, A.I.o.& Welfare**, Hip fracture incidence and hospitalisations in Australia 2015-16 edn. Canberra, 2018)
2. **Thăng, H.P.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín vùng mẫu chuyển xương đùi bằng đinh Gamma tại Bệnh viện quân y 354. Luận văn Chuyên khoa

- cấp II, Học viện Quân y, Hà Nội.(2014)
3. **Ngẫu, N.V.** Nghiên cứu điều trị gãy kín vùng mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS.Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.(2017)
4. **Haentjens, P., & cộng sự.** Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. *Annals of internal medicine* 152, 380-390.(2010)
5. **Zeng, C., & cộng sự.** Treatment of trochanteric fractures with proximal femoral nail antirotation or dynamic hip screw systems: a meta-analysis. *Journal of International Medical Research* 40, 839-851.(2012)
6. **Thành, N.H.** Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.(2018)
7. **Toàn, T.Q.** Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp DHS tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y, Hà Nội.(2013)
8. **Kim, W.-Y., C.-H. Han, J.-I. Park, & J.-Y. Kim.** Failure of intertrochanteric fracture fixation with a dynamic hip screw in relation to pre-operative fracture stability and osteoporosis. *International orthopaedics* 25, 360-362.(2001)

KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT TỔ CHỨC VÙNG MŨI - MẮT SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY BẰNG VẬT TRÁN GIỮA

Nguyễn Đình Quân¹, Nguyễn Cảnh Tùng¹,
Vũ Nguyên Bình¹, Vũ Đình Tâm¹, Lê Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào đáy (UTBMTBĐ) là loại ung thư da thường gặp nhất với phân bố chủ yếu ở vùng mặt. Đặc biệt với các tổn thương UTBMTBĐ ở vùng mũi - mắt thường gây ra các tổn khuyết rộng và sâu sau phẫu thuật cắt bỏ, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng và thẩm mỹ. Do đó, việc tạo hình lại ổ khuyết sau phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn và đòi hỏi sử dụng một hoặc kết hợp nhiều phương pháp tạo hình phức tạp. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng tổn khuyết vùng mũi - mắt sau phẫu thuật UTBMTBĐ và kết quả tạo hình bằng vật trán giữa tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 17 bệnh nhân từ tháng 1/2020 đến 10/2024. Kết quả cho thấy tổn thương phân bố chủ yếu ở cánh mũi (36,1%) và mí dưới (75%). Khối u được cắt bỏ chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật Mohs (chiếm 64,71%), tổn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước 4,0 [3,0 – 5,5] cm, trong đó 82,35% là khuyết toàn bộ chiều dày. Vật trán giữa đơn thuần được áp dụng trong 52,94% trường hợp. Tỷ lệ kết quả tốt sau phẫu thuật và sau 6 tháng đều đạt 76,5%. Biến chứng chủ yếu là vật không đều (quá dày hoặc mỏng) và sẹo xấu. Kết quả cho thấy vật trán giữa là phương pháp an toàn, hiệu quả trong tạo hình vùng mũi - mắt sau phẫu thuật ung thư tế bào đáy. Các yếu tố có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị bao gồm kích thước, hình thái và tổn khuyết sau phẫu thuật cắt u.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào đáy, ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi, ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mắt, vật trán giữa.

SUMMARY

OUTCOMES OF NASAL-PERIORBITAL DEFECT RECONSTRUCTION USING MEDIAN FOREHEAD FLAP FOLLOWING BASAL CELL CARCINOMA EXCISION

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common type of skin cancer, predominantly affecting the facial area. Particularly, BCC lesions in the nasal-periorbital region often result in extensive and deep defects after surgical excision, significantly impairing both function and aesthetics. Therefore, reconstructing these postoperative defects presents substantial challenges and often requires the use of one or multiple complex reconstructive techniques. This study aimed to evaluate the characteristics of nasal-periorbital defects following BCC excision and the outcomes of median forehead flap reconstruction at the National Hospital of Dermatology and Venereology. A retrospective cross-sectional study was conducted on 17 patients from January 2020 to October 2024. The lesions were primarily located on the nasal ala (36.1%) and lower eyelid (75%). Most tumors were excised using Mohs micrographic surgery (64.71%). The resulting defects had a median size of 4.0 [3.0 – 5.5] cm, with 82.35% involving full-thickness tissue loss. The median forehead flap alone was used in 52.94% of cases. The proportion of good outcomes at both immediate postoperative and 6-month follow-up was 76.5%. The main complications were uneven flap thickness (too thick or too thin) and unsatisfactory scarring. The results indicate that the median forehead flap is a safe and effective method for reconstructing nasal-periorbital defects following BCC excision. Factors that may influence the treatment outcome include the size, morphology, and location of the defect following tumor excision. **Keywords:** basal cell carcinoma, median forehead flap, nasal basal cell carcinoma, periorbital basal cell carcinoma.

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Quân

Email: drdinhquan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025