

Dữ liệu trong nghiên cứu được thu thập từ kết quả của đề tài cấp cơ sở đã được nghiệm thu bởi Hội đồng khoa học Bệnh viện Phổi Trung ương và có sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học tại bệnh viện. Điều này đảm bảo tính hợp pháp, khách quan và khoa học của nguồn dữ liệu, đồng thời tạo tiền đề vững chắc cho việc ứng dụng thực tiễn các kết quả nghiên cứu vào hoạt động lâm sàng tại đơn vị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đặc điểm mô học không có mối liên quan đáng kể với tình trạng đột biến EGFR và KRAS ở ung thư biểu mô tuyến phổi. Đột biến EGFR xuất hiện ở nhiều phân tử mô học khác nhau, thường gặp hơn ở nữ giới và người không hút thuốc, có tỷ lệ biểu hiện PD-L1 thấp. Ngược lại, KRAS – đặc biệt là đột biến G12C – thường gặp hơn ở nam giới, người hút thuốc và nhóm có biểu hiện PD-L1 cao.

Những phát hiện này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc tích hợp thông tin dịch tễ, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch và xét nghiệm phân tử trong tiếp cận điều trị cá thể hóa cho người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ. Đồng thời, với kết quả này có thể nhận thấy hình thái mô học đơn thuần không đủ để dự đoán tình trạng đột biến gen, xét nghiệm sinh học phân tử là công cụ không thể thay thế trong thực hành lâm sàng. Kết quả nghiên cứu là cơ sở để phát triển các nghiên cứu chuyên sâu hơn về tiên lượng và lựa chọn điều trị đích phù hợp

trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
2. **Hirsch FR, Mulshine JL, et al.** Lung cancer: new biological insights and recent therapeutic advances. *CA Cancer J Clin.* 2023;73(1):31-52.
3. **Dy GK, Velcheti V, et al.** Long-Term Outcomes and Molecular Correlates of Sotorasib Efficacy in Patients With Pretreated KRAS G12C-Mutated Non-Small-Cell Lung Cancer: 2-Year Analysis of CodeBreaK 100. *J Clin Oncol.* 2023;41(18):3311-7.
4. **Nguyễn Minh Hà, Trần Văn Khánh và cộng sự.** Xác định đột biến gene EGFR và gene KRAS quyết định tính đáp ứng trong điều trị bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2016;20(2):241.
5. **Nguyễn Đức Nhơn, Nguyễn Hồng Phong.** Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan đến đột biến gen EGFR trên người bệnh ung thư biểu mô tuyến nguyên phát phổi tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ năm 2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023;41:120-7.
6. **Hellmann MD, Bernabe Caro R, et al.** Nivolumab plus Ipilimumab in Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2019;381:2020-31.
7. **Alsaed B, Laitinen H, et al.** Shaping the battlefield: EGFR and KRAS tumor mutations' role on the immune microenvironment and immunotherapy responses in lung cancer. *Cancer Metastasis Rev.* 2025;17(3):56.
8. **Friedlaender A, Perol, M., et al.** Oncogenic alterations in advanced NSCLC: a molecular super-highway. *Biomark Res.* 2024;12.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ XƯƠNG ĐÙI QUANH KHỚP GỐI NHÂN TẠO: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Nguyễn Mạnh Khánh¹, Phạm Ngọc Đình¹,
Nguyễn Mộc Sơn^{1,2}, Đặng Văn Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả của phẫu thuật gỡ xương đùi quanh khớp gối nhân tạo. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng, mô tả 1 ca bệnh. **Kết quả:** Gỡ đầu dưới xương đùi quanh khớp gối nhân tạo toàn phần (TKA) là một tổn thương ít gặp nhưng là một thách thức do giảm chất lượng xương sau thay khớp

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Đình

Email: dr. Dinhphamngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

và yêu cầu bảo tồn khớp nhân tạo. Một bệnh nhân nữ, 70 tuổi, tiền sử thay khớp gối nhân tạo Trái cách 1 năm, vào viện vì đau gối Trái và không thể chịu lực sau tai nạn sinh hoạt tự ngã. Hình ảnh XQ cho thấy gãy đầu dưới xương đùi, nằm phía trên một khớp gối nhân tạo toàn phần còn vững. Phẫu thuật nắn chỉnh và kết hợp xương được thực hiện bằng nẹp vít khóa mặt ngoài đầu dưới xương đùi qua đường vào bên ngoài. Diện gãy được nắn chỉnh và kết hợp xương tốt mà không ảnh hưởng đến khớp nhân tạo. Bệnh nhân tập chịu lực một phần sau sáu tuần và chịu lực hoàn toàn sau 12 tuần. Ở tháng thứ tư, bệnh nhân đi lại không đau, tại tháng thứ 9, XQ cho thấy xương liền hoàn toàn và không lỏng khớp gối nhân tạo. Ca lâm sàng này nhấn mạnh việc sử dụng thành công nẹp vít khóa trong điều trị gãy quanh khớp nhân tạo đầu dưới xương đùi, đồng thời cho thấy tầm quan trọng của lựa

chọn kết hợp xương thay vì thay lại đoạn xa xương đùi nhân tạo khi còn đủ chất lượng xương và khớp nhân tạo vững. **Kết luận:** Lựa chọn kết hợp xương bằng nẹp cho phép liền xương vững đồng thời bảo tồn khớp nhân tạo và giảm xâm lấn. Cách tiếp cận này đặc biệt phù hợp ở bệnh nhân còn đủ xương lồi cầu và khớp gối nhân tạo vững. **Từ khóa:** gãy đầu dưới xương đùi quanh khớp gối nhân tạo; kết hợp xương, nẹp khóa; thay khớp gối toàn phần (TKA)

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES IN FEMORAL PERIPROSTHETIC FRACTURES AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Objective: Describe the clinical and paraclinical features and the surgical outcomes of a periprosthetic femoral fracture around a total knee arthroplasty (TKA). **Methods:** A case report. **Results:** Periprosthetic distal femur fractures around TKA are uncommon but challenging due to post-arthroplasty bone quality reduction and the need to preserve the prosthesis. A 70-year-old woman with a history of left TKA 1 year prior presented with left knee pain and inability to bear weight after a low-energy domestic fall. Radiographs demonstrated a distal femur fracture proximal to a well-fixed TKA. Open reduction and internal fixation were performed via a lateral approach using a lateral distal femoral locking plate and screws. Anatomic reduction and stable fixation were achieved without compromising the prosthesis. The patient commenced partial weight-bearing at 6 weeks and progressed to full weight-bearing at 12 weeks. By month 4, she ambulated pain-free; at month 9, radiographs confirmed complete union with no evidence of prosthetic loosening. This case underscores the successful use of locking plate fixation for periprosthetic distal femur fractures and highlights the importance of choosing fixation rather than distal femoral replacement when bone stock is adequate and the TKA is stable. **Conclusion:** Locking-plate fixation permits reliable fracture union while preserving the prosthesis and minimizing surgical invasiveness. This approach is particularly suitable for patients with sufficient distal femoral bone stock and a well-fixed TKA. **Keywords:** periprosthetic distal femur fracture around TKA; open reduction and internal fixation; locking plate; total knee arthroplasty (TKA).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

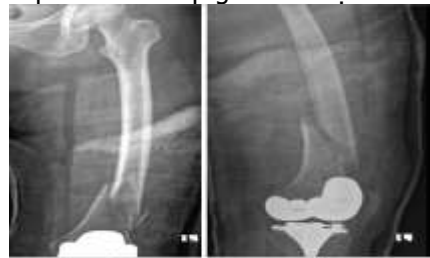
Gãy đầu dưới xương đùi quanh khớp gối nhân tạo ít gặp, nhưng ngày càng được lưu tâm, đặc biệt khi số ca thay khớp gối toàn phần (TKA) tăng lên ở dân số già. Dù vẫn tương đối ít gặp, với tỷ lệ 0,3-2,5%¹, loại gãy này đang tăng và được dự đoán tiếp tục tăng khi có thêm nhiều ca TKA nguyên phát ở người cao tuổi có xương loãng². Những chấn thương này thường xảy ra sau những chấn thương năng lượng thấp, gây thách thức điều trị đáng kể do chất lượng xương kém, và sự hiện diện của khớp nhân tạo, lựa chọn cố định hạn chế³.

Mục tiêu điều trị bao gồm khôi phục giải phẫu xương, trục chi, duy trì độ vững của khớp nhân tạo, và cho phép vận động sớm nhằm giảm biến chứng như cứng khớp, huyết khối tĩnh mạch, và không liền xương. Việc lựa chọn phương án phẫu thuật phù hợp đòi hỏi đánh giá kỹ lưỡng nhiều yếu tố: kiểu gãy, chất lượng xương, bệnh kèm, và độ vững của khớp nhân tạo. Trong khi thay lại khớp gối có thể được chỉ định khi gãy phức tạp gây lỏng khớp, chất lượng xương kém, kết hợp xương bằng nẹp khóa là phương án ưu tiên ở bệnh nhân còn đủ chất lượng xương và khớp nhân tạo vững⁴.

Báo cáo ca này mô tả phẫu thuật sử dụng nẹp khóa thành công để điều trị gãy đầu dưới xương đùi trên khớp gối nhân tạo còn vững. Báo cáo này đóng góp thêm kinh nghiệm về lý do lựa chọn phương án và phương tiện phẫu thuật, kỹ thuật mổ.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 70 tuổi vào khoa Cấp cứu – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức vì đau, sưng nề gối Trái sau tai nạn sinh hoạt tự ngã. Bệnh nhân có tiền sử thay khớp gối toàn phần Trái cách đây một năm, không biến chứng, sau mổ đã đi lại, sinh hoạt bình thường. Khám lâm sàng: ấn đau chói vùng đầu dưới xương đùi, không có dấu hiệu tổn thương mạch-thần kinh. Hình ảnh XQ ban đầu (Hình 1) ghi nhận gãy đầu dưới xương đùi nằm phía trên khớp gối nhân tạo.



Hình 1: X-quang cho thấy gãy xương đùi quanh khớp nhân tạo

(A) Phim thẳng và (B) nghiêng khớp gối Trái cho thấy gãy đầu dưới xương đùi ngay phía trên một lồi cầu đùi nhân tạo còn vững. Đường gãy lan lên đoạn thân xương với di lệch và mảnh rời.

Do có khớp gối nhân tạo, các phương án cố định được cân nhắc kỹ để tránh ảnh hưởng đến khớp đồng thời đảm bảo vững ổ gãy. Sau thảo luận, chúng tôi lựa chọn phương án kết hợp xương bằng nẹp khóa mặt ngoài đầu dưới xương đùi vì có thể cung cấp cố định vững chắc bên ngoài mà không can thiệp vào chuỗi khớp.

Bệnh nhân tư thế nằm ngửa; tiếp cận xương đùi bằng đường mổ bên ngoài xương đùi. Bóc

tách thận trọng theo đường dưới cơ rộng ngoài nhằm bảo tồn mô mềm; sau khi nắn chỉnh xương về giải phẫu, chúng tôi cố định xương bằng nẹp vít khóa đầu dưới xương đùi. Nhiều vít khóa được đặt ở đoạn gần và xa, tránh chuôi khớp. Kiểm tra dưới màn hình tăng sáng trong mổ xác nhận diện gãy về giải phẫu, vị trí nẹp được căn chỉnh phù hợp.



Hình 2: X-quang sau mổ cho thấy cố định vững, trục-chiều dài-xoay đạt yêu cầu

Sau mổ bệnh nhân được tập phục hồi chức năng. Bệnh nhân bắt đầu chịu một phần sau sáu tuần, chịu lực hoàn toàn sau 12 tuần. Hiện sau mổ 9 tháng, bệnh nhân đi lại tốt, không vẹo trục, chức năng gối tốt. XQ cho thấy diện gãy đã liền hoàn toàn



Hình 3: XQ sau mổ 9 tháng

Diện gãy xương đã liền hoàn toàn; khớp gối nhân tạo vững

III. BÀN LUẬN

Từ những năm 1970–1980, đã có các báo cáo rải rác về gãy xương quanh khớp gối nhân tạo—đặc biệt là gãy lồi cầu đùi. Các yếu tố như: tuổi thọ bệnh nhân tăng, loãng xương, giới nữ, thay lại khớp gối, tiêu xương quanh khớp nhân tạo làm tăng nguy cơ gãy xương⁵. Tỷ lệ gãy xương đùi quanh khớp gối nhân tạo dao động từ 0,3- 2,5% và tăng lên 34% với thay lại khớp gối, đa số xảy ra khoảng 2-4 năm sau phẫu thuật⁵. Sự đa dạng về vị trí gãy (đùi, chày, xương bánh chè) và tình trạng vững của thành phần khớp khiến nhu cầu phân loại và định hướng điều trị trở nên cấp thiết. Những hệ phân loại ra đời từ cuối thập niên 1990 đến nay đã tạo khung tham chiếu thực hành. Hiện nay, thường sử dụng 2

bảng phân loại gãy xương đùi quanh khớp gối nhân tạo là: Lewis–Rorabeck (1997) và Su (2006).

• Lewis–Rorabeck (1997) ⁶– dựa di lệch và độ vững lồi cầu đùi nhân tạo

Type I: Không di lệch, thành phần đùi vững

Type II: Di lệch, lồi cầu đùi nhân tạo vững

Type III: Lồi cầu đùi nhân tạo lỏng

Type I, thường ưu tiên điều trị bảo tồn, hoặc kết hợp xương ít xâm lấn. Với Type II, ưu tiên kết hợp xương (có thể dùng nẹp vít, hoặc đinh ngược dòng nếu thiếu kế khớp cho phép). Còn Type III, chỉ định thay lại khớp.

• Su and Associates' Classification ⁵: dựa vị trí đường gãy so với bờ trên thành phần đùi

Type I: Gãy trên bờ trên lồi cầu đùi nhân tạo.

Type II: Gãy ở mức bờ trên lồi cầu đùi nhân tạo.

Type III: Gãy dưới bờ trên (rất thấp, sát khối lồi cầu).

Type I/II thường thuận lợi cho đinh nội tủy ngược dòng (nếu thiết kế khớp cho phép), Type II/III thường cần nẹp khóa góc bên ngoài.

Trong trường hợp bệnh nhân này, gãy xương đùi trên lồi cầu đùi nhân tạo và lồi cầu đùi nhân tạo vững, được phân loại Type II theo phân loại Lewis–Rorabeck (1997) và Type I theo phân loại Su. Vì thế chúng tôi lựa chọn phương án kết hợp xương đùi. Sở dĩ chúng tôi chọn nẹp khóa đầu dưới xương cho trường hợp này vì ổ gãy phức tạp, nhiều mảnh, bệnh nhân lớn tuổi, chất lượng xương kém đồng thời bảo tồn tính toàn vẹn của khớp gối nhân tạo hiện hữu. Bên cạnh đó, đường vào bên ngoài giảm phá hủy mô mềm, tạo thuận lợi cho hồi phục nhanh hơn.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh này minh họa xử trí hiệu quả gãy đầu dưới xương đùi quanh khớp gối nhân tạo bằng kết hợp xương sử dụng nẹp vít khóa. Lựa chọn kết hợp xương bằng nẹp cho phép liền xương vững đồng thời bảo tồn khớp nhân tạo và giảm xâm lấn. Cách tiếp cận này đặc biệt phù hợp ở bệnh nhân còn đủ xương lồi cầu đùi và khớp gối nhân tạo vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ebraheim NA, Kelley LH, Liu X, Thomas IS, Steiner RB, Liu J. Periprosthetic Distal Femur Fracture after Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review. *Orthop Surg.* 2015;7(4):297-305. doi:10.1111/os.12199
2. Al-Jabri T, Ridha M, McCulloch RA, Jayadev C, Kayani B, Giannoudis PV. Periprosthetic distal femur fractures around total knee replacements: A comprehensive review. *Injury.* 2023;54(4):1030-1038. doi:10.1016/j.injury.2023.02.037
3. McGraw P, Kumar A. Periprosthetic fractures of

- the femur after total knee arthroplasty. J Orthop Traumatol Off J Ital Soc Orthop Traumatol. 2010; 11(3): 135-141. doi:10.1007/s10195-010-0099-6
4. **Fu P, Liang W, Gao Z, Zheng S, Fan W.** Comparison of locking compression plate and distal femoral replacement for periprosthetic distal femoral fractures: a retrospective study. J Int Med Res. 2022;50(10): 03000605221133012. doi:10.1177/03000605221133012
 5. **Pellegrino A, Coscione A, Santulli A, Pellegrino G, Paracuello M.** Knee periprosthetic fractures in the elderly: Current concept. Orthop Rev. 2022;14(6). doi:10.52965/001c.38566
 6. **Rorabeck CH, Taylor JW.** Classification of periprosthetic fractures complicating total knee arthroplasty. Orthop Clin North Am. 1999;30(2): 209-214. doi:10.1016/S0030-5898(05)70075-4.

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ CHĂM SÓC MẮT SAU PHẪU THUẬT ĐỤC THỦY TINH THỂ TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Duy Vũ Long Niên¹, Đoàn Kim Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiệu quả của mô hình can thiệp kết hợp video hướng dẫn ngắn và tư vấn điều dưỡng trực tiếp lên kiến thức chăm sóc mắt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trước-sau không nhóm đối chứng trên 160 bệnh nhân từ tháng 5 – 9/2025. Can thiệp gồm video 5 phút và tư vấn điều dưỡng 15 phút. Kiến thức được đánh giá bằng bộ câu hỏi 20 mục (đúng/sai) tại hai thời điểm: trước và sau can thiệp 1 tuần. Phân tích bằng SPSS 26.0: McNemar, Wilcoxon và hồi quy logistic ($p < 0,05$). **Kết quả:** Điểm kiến thức trung bình tăng đáng kể từ $10,64 \pm 2,42$ lên $18,75 \pm 1,10$ điểm ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức kiến thức "tốt" khi đạt ≥ 16 điểm tăng từ 4,4% lên 99,4%. Kiến thức đúng cải thiện rõ rệt ở tất cả nhóm chủ đề: sử dụng thuốc (58,8 → 95,6%), vệ sinh mắt (56,9 → 99,4%), hoạt động sau mổ (57,5 → 96,9%), lối sống sau phẫu thuật (55,6 → 98,8%). Các yếu tố liên quan đến kiến thức chưa đúng sau can thiệp gồm: tuổi ≥ 70 (OR = 2,48; $p = 0,049$), giới tính nam ($p < 0,001$), và cư trú nông thôn ($p = 0,043$). **Kết luận:** Video giáo dục kết hợp tư vấn điều dưỡng trực tiếp cải thiện đáng kể kiến thức hậu phẫu của bệnh nhân, đặc biệt hiệu quả ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. Cần nhân rộng mô hình này và điều chỉnh nội dung phù hợp với các nhóm nguy cơ.

Từ khóa: Đục thủy tinh thể, giáo dục sức khỏe, video hướng dẫn, chăm sóc hậu phẫu

SUMMARY

SURVEY ON THE EFFECTIVENESS OF EYE CARE AFTER CATARACT SURGERY AT HO CHI MINH CITY EYE HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of a blended intervention model comprising a short instructional video and direct nursing consultation on

patients' knowledge of post-cataract surgery eye care at Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A pre-post intervention study without a control group was conducted on 160 patients from May to September 2025. The intervention included a 5-minute video and a 15-minute nursing consultation. Knowledge was assessed using a 20-item true/false questionnaire at two time points: before and one week after the intervention. Data were analyzed using SPSS 26.0: McNemar, Wilcoxon, and logistic regression ($p < 0.05$). **Results:** The average knowledge score increased significantly from 10.64 ± 2.42 to 18.75 ± 1.10 points ($p < 0.001$). The proportion of patients achieving a "good" knowledge level (score ≥ 16) rose from 4.4% to 99.4%. Correct knowledge improved markedly across all topics: medication use (58.8% → 95.6%), eye hygiene (56.9% → 99.4%), post-surgery activities (57.5% → 96.9%), and lifestyle after surgery (55.6% → 98.8%). Factors associated with incorrect knowledge post-intervention included: age ≥ 70 (OR = 2.48; $p = 0.049$), male gender ($p < 0.001$), and rural residence ($p = 0.043$). **Conclusion:** Educational videos combined with direct nursing counseling significantly improved patients' post-operative knowledge, especially in elderly patients. This model should be expanded, with content adjustments for high-risk groups. **Keywords:** Cataract, health education, instructional video, post-operative care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thủy tinh thể là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa trên toàn cầu, chiếm khoảng 51% các trường hợp mù lòa, với hơn 20 triệu người bị ảnh hưởng mỗi năm theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới [7]. Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 300.000 ca phẫu thuật đục thủy tinh thể được thực hiện hàng năm, chủ yếu tại các bệnh viện chuyên khoa mắt lớn [6].

Mặc dù phẫu thuật PHACO có tỷ lệ thành công cao trên 95%, việc chăm sóc hậu phẫu đóng vai trò then chốt trong đảm bảo kết quả điều trị tối ưu [8]. Các biến chứng như nhiễm trùng nội nhãn, tăng nhãn áp thứ phát, và viêm màng bồ đào có thể dẫn đến mất thị lực nghiêm

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Duy Vũ Long Niên

Email: tranlongnien@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025