

đa số ở nam giới. Triệu chứng lâm sàng cho thấy các tổn thương phần mềm đa dạng, vết thương hở chiếm 72,1%; các triệu chứng ở mũi và mắt với tỷ lệ cao như biến dạng tháp mũi (60,7%), giảm/ mất thị lực (55,7%). Các hình ảnh CLVT đa dạng, nổi bật gồm đường gãy khuyết lệ-bờ dưới ổ mắt 100%, tụ dịch trong xoang sàng 98,4%, đường gãy khớp trán-HT 85,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **La Phúc.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cắt lớp vi tính của chấn thương khối mũi sàng. 2014, Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
2. **Nguyễn Hùng Thắng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và điều trị gãy phức hợp mũi-sàng-ổ mắt. 2017, Luận án Tiến sỹ Y học. Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108: Hà Nội.
3. **Trần Thị Phương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính của chấn thương tháp mũi. 2009, Luận văn Thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
4. **Phan Văn Anh, Nguyễn Hồng Hà, and Lê Văn Nam,** Đặc điểm tổn thương trên cắt lớp vi tính ở bệnh nhân gãy mũi sàng ổ mắt tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 507(1): 145-149.
5. **Arora, R., S. Rao, S. Rao, et al.,** Transnasal Stabilization in Naso-orbito-ethmoid Fractures: The Easy Way! Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2017. 69(2): 248-251.
6. **Cruse, C.W., P.K. Blevins, and E.A. Luce,** Naso-ethmoid-orbital fractures. J Trauma, 1980. 20(7): 551-556.
7. **Dubois, L., S.W.R. Dalmeijer, S.A. Steenen, et al.,** Obstruction of the Nasal Airway in NOE Fractures. Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction Open, 2020. 5: 2472751220940130.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ ĐỀU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Ngô Văn Duy^{1,2}, Kiều Hữu Thọ^{2,3},
Ma Ngọc Thành^{2,3}, Đào Xuân Thành^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang nhóm người bệnh nghiên cứu, kết quả điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu, 32 bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi được điều trị bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 4 năm 2025. Bệnh nhân được phân loại gãy xương theo AO, đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo thang điểm larson and bostman, đánh giá kết quả liền xương theo thang điểm mRUST và phục hồi chức năng theo R. Sander. **Kết quả:** Có 32 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 57,4 ± 19,1 (từ 18-93 tuổi), độ tuổi trên 60 chiếm ưu thế với tỷ lệ 62,5%, có tỉ lệ nam/nữ : 12/20. Nguyên nhân gãy xương hay gặp nhất do tai nạn giao thông (59,4%), và phân loại gãy xương gặp nhiều nhất là phân loại nhóm A1 với 53,1%. Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu tiên 96,9%, trong đó mổ trong vòng 48 giờ chiếm 28,1%. Bệnh nhân có sự phục hồi tốt trên cả các chỉ số Xquang và dựa theo thang điểm của Larson và Bostman. Vết mổ liền thì đầu đạt 93,8% (30/32 bệnh nhân). Chấm theo thang điểm mRUST tất cả 32 NB đều liền xương tại thời

điểm khám lại sau ít nhất 6 tháng, không có trường hợp nào không liền hoặc khớp giả, có 93,8% bệnh nhân có kết quả phục hồi chức năng theo R. Sander tốt và rất tốt. **Kết luận:** Gãy đầu dưới xương đùi thường gặp ở độ tuổi trên 60 và thường sau tai nạn giao thông với mức năng lượng cao. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa mang lại kết quả khả quan, phục hồi tốt hình thái giải phẫu trên Xquang theo thang điểm Larson và Bostman và kết quả liền xương theo mRUST và phục hồi chức năng theo R. Sander tốt. **Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương đùi, nẹp vít khóa, đặc điểm lâm sàng xquang, kết quả điều trị.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF DISTAL FEMORAL FRACTURE TREATMENT USING LOCKING PLATE FIXATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and radiographic characteristics of the study group of patients, the results of treatment of distal femoral fractures with locking screws at Hanoi Medical University Hospital. **Method:** Cross-sectional description combined with retrospective and prospective study, 32 patients with distal femoral fractures were treated with locking screws at Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to April 2025. Patients were classified according to AO fractures, the results of fracture reduction were evaluated according to the Larson and Bostman scale, the results of bone healing were evaluated according to the mRUST scale and functional recovery according to R. Sander. **Results:** There were 32 patients participating in the study with an average age of 57.4 ± 19.1 (from 18-93 years old), the age group over 60 was dominant with a rate of

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

62.5%, with a male/female ratio of 12/20. The most common cause of fractures was traffic accidents (59.4%), and the most common fracture classification was group A1 with 53.1%. Most patients underwent surgery within the first week (96.9%), of which surgery within 48 hours accounted for 28.1%. Patients had good recovery on both X-ray indicators and based on the Larson and Bostman scale. The wound healed at the beginning of 93.8% (30/32 patients). According to the mRUST scale, all 32 patients had bone healing at the time of follow-up examination after at least 6 months, there were no cases of non-union or pseudo-joint, 93.8% of patients had good and very good functional recovery results according to R. Sander. **Conclusion:** Distal femoral fractures are common in people over 60 years old and often after traffic accidents with high energy levels. Bone fusion surgery with locking screws and plates gave positive results, good restoration of anatomical morphology on X-ray according to Larson and Bostman scores and good bone healing results according to mRUST and functional recovery according to R. Sander.

Keywords: Distal femoral fracture, locking plate, clinical and radiographic characteristics, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi là một dạng gãy phức tạp, xảy ra tại vùng chuyển tiếp giữa hành xương và thân xương của đoạn xa xương đùi¹. Đường gãy có thể kéo dài lên đến 1/3 giữa thân xương hoặc lan vào khớp, chiếm khoảng 7% tổng số các trường hợp gãy xương đùi².

Trước thập niên 1970, điều trị chủ yếu dựa trên phương pháp bảo tồn như xuyên đinh kéo liên tục kết hợp bó bột trong tư thế duỗi gối. Tuy nhiên, phương pháp này thường không đạt được phục hồi giải phẫu chính xác³.

Từ sau năm 1970, các phương pháp phẫu thuật kết hợp xương đã dần thay thế điều trị bảo tồn, với mục tiêu phục hồi giải phẫu chính xác, cố định vững chắc và cho phép vận động khớp sớm. Nhiều loại vật liệu kết hợp xương đã được sử dụng như vít xoắn, đinh nội tủy có chốt, nẹp chữ L 95°, nẹp DCS... Tuy nhiên, hiệu quả vẫn còn hạn chế trong các trường hợp xương yếu hoặc gãy phức tạp không thuận lợi cho việc bắt vít^{4,5}.

Trong những năm gần đây, nẹp vít khóa (Locking Compression Plate - LCP) đã được ứng dụng rộng rãi và được xem là lựa chọn điều trị ưu việt cho gãy đầu dưới xương đùi. Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội gần đây đã triển khai nẹp vít khóa trong điều trị phẫu thuật kết hợp xương đầu dưới xương đùi, ngoài những kết quả khả quan đạt được vẫn còn tồn tại những hạn chế. Do vậy nhằm nâng cao chất lượng điều trị và có cái nhìn hợp lý về nẹp vít khóa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít*

khóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 4 năm 2025

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Được điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng phương pháp KHX bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 1/2022 tới 4/2025

- Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, thời gian theo dõi đánh giá kết quả sau phẫu thuật tối thiểu 6 tháng, bệnh nhân tới khám đầy đủ theo hẹn

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy xương bệnh lý.
- Đã điều trị bằng một phương pháp KHX khác thất bại.
- Gãy xương hở.
- Bệnh nhân có tổn thương phối hợp đi kèm như gãy cổ xương đùi, thân xương đùi, xương bánh chè, xương chày, mạch máu, thần kinh, chấn thương sọ não, chấn thương cột sống, chấn thương ngực,...

- Bệnh nhân từ chối tham gia vào nghiên cứu, không khám lại theo hẹn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- + Cỡ mẫu: Toàn bộ mẫu

- + Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện (Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu)

- Nội dung nghiên cứu

- + Đặc điểm đối tượng theo tuổi và giới

- + Phân loại gãy đầu dưới xương đùi theo AO/ASIF

- + Đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên Xquang theo Larson và Bostman

- + Kết quả liền xương trên Xquang theo mRUST

- + Biên độ vận động gấp gối

- + Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo R Sander (1991)

- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

❖ Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân loại theo tuổi và giới (n=32)

Tuổi	Giới			Tỷ lệ %
	Nam	Nữ	Tổng cộng	
18-30	3	2	5	15,6%
31-60	5	2	7	21,9%
>60	4	16	20	62,5%
Tổng số	12	20	32	100%

Độ tuổi trung bình $57,4 \pm 19,1$ (từ 18-93 tuổi) độ tuổi trên 60 chiếm ưu thế với tỉ lệ 62,5%. Phần lớn trong số đó là BN nữ chiếm tỉ lệ áp đảo với 16/20 bệnh nhân.

❖ Phân loại gãy xương theo AO/ASIF

Bảng 3.2. Phân loại tổn thương theo AO/ASIF (n=32)

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm A	A1	17
	A2	4
	A3	4
	Cộng	25
Nhóm C	C1	1
	C2	4
	C3	2
	Cộng	7
Tổng	32	100%

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân gãy loại A chiếm ưu thế với 25/32 (78,1%). Số lượng bệnh nhân gãy đơn giản cũng chiếm đa số với 18/32 (56,2%).

❖ Thời điểm phẫu thuật sau tai nạn

Bảng 3.3. Thời điểm phẫu thuật sau tai nạn (n=32)

Thời điểm phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
48h sau gãy	9	28,1
3-7 ngày	22	68,8
8-14 ngày	1	3,1
>14 ngày	0	0
Tổng	32	100

Nhận xét: Phẫu thuật trong 48h đầu chiếm tỷ lệ với 9/32 BN (28,1%), trong 3-7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 22/32 BN (68,8%), trong 8 – 14 ngày chiếm 1/32 BN (chiếm 3,1%), không có bệnh nhân nào phẫu thuật > 14 ngày vào viện.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả gần

❖ Kết quả tình trạng vết mổ: Trong số 32 NB, đa số bệnh nhân sau phẫu thuật có vết mổ liền thì đầu với tỷ lệ rất cao (93,8%). Chỉ có một tỷ lệ nhỏ (6,2%) gặp biến chứng nhiễm khuẩn nông, trong khi không ghi nhận trường hợp nhiễm khuẩn sâu, viêm xương hay dò mủ

❖ Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên Xquang theo Larson – Bostman: Kết quả rất tốt và tốt chiếm 27/32BN (84,4%), kết quả trung bình chiếm 5/32BN (15,6%), không có bệnh nhân nào đạt kết quả kém

3.2.2. Kết quả xa

❖ Kết quả liền xương trên Xquang

Bảng 3.4. Điểm mRUST trung bình (n=32)

	Điểm mRUST trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Sau 6 tháng	12,51±0,72	11	16

Nhận xét: 100% NB đều liền xương trên XQ tại thời điểm sau 6 tháng.

❖ Kết quả phục hồi chức năng

Bảng 3.5. Biên độ gấp của khớp gối (n=32)

Biên độ vận động gấp gối	Số BN	Tỷ lệ (%)
≥125°	15	46,9
100°-124°	11	34,3
90°-99°	4	12,5
<90°	2	6,3
Tổng	32	100

Nhận xét: Biên độ gấp gối ≥125° chiếm 15/32 BN (46,9%), gấp khớp gối từ 100 – 124° chiếm 11/32 BN (34,3%), gấp gối từ 90 – 99° chiếm 4/32 BN (12,5%), gấp gối <90° chiếm 2/32 BN (6,3%).

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả xa theo R Sander (n=32)

Phân loại	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	15	46,9
Tốt	14	43,8
Trung bình	2	6,2
Kém	1	3,1
Tổng	32	100

Nhận xét: 29/32 BN có kết quả PHCN rất tốt và tốt (tỷ lệ 90,7%), có 2 BN đạt kết quả trung bình (6,2%), có 1 BN kết quả PHCN kém (3,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình $57,4 \pm 19,1$ tuổi, cao nhất là 93 tuổi và thấp nhất là 18 tuổi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm trên 60 tuổi, với 20/32 trường hợp (62,5%) và gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân nữ. Điều này phản ánh thực tế rằng người cao tuổi là đối tượng dễ bị ảnh hưởng nhất, có thể do tình trạng loãng xương, thoái hóa, hoặc suy giảm chức năng vận động, từ đó làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý liên quan hoặc tai nạn.

Nguyên nhân gây gãy xương chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 19/32 (59,4%). Tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động chiếm tỷ lệ tiếp theo lần lượt là 31,3% và 9,4%. Kết quả này cho thấy Sự chênh lệch này có thể được giải thích bởi đặc điểm khác nhau của quần thể nghiên cứu, bao gồm độ tuổi, nghề nghiệp, khu vực sinh sống (nông thôn – thành thị), cũng như

điều kiện giao thông và sinh hoạt

4.2. Đặc điểm tổn thương giải phẫu.

Trong tổng số 32 bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi, nhóm A chiếm tỷ lệ vượt trội với 25/32 trường hợp (78,1%), trong đó A1 là phân nhóm phổ biến nhất (53,1%). Nhóm C chỉ chiếm 21,9% tổng số ca, chủ yếu thuộc phân nhóm C2 (12,5%). Sự chênh lệch rõ rệt này phản ánh đặc điểm tổn thương trong nhóm bệnh nhân được khảo sát chủ yếu là tổn thương đơn giản, ít di lệch.

4.3. Thời điểm phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu sau tai nạn, chiếm tỷ lệ 96,9%, trong đó mổ trong vòng 48 giờ chiếm 28,1%, và từ 3–7 ngày là 68,8%. Chỉ có 3,1% bệnh nhân được mổ trong khoảng từ 8–14 ngày và không có trường hợp nào phẫu thuật muộn hơn 14 ngày. Việc đa số bệnh nhân được mổ sớm trong tuần đầu phản ánh xu hướng điều trị hiện nay là can thiệp ngoại khoa kịp thời nhằm hạn chế biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện và nâng cao khả năng phục hồi chức năng sau chấn thương. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Huy Thành (2009)⁶.

4.4. Kết quả phẫu thuật

❖ **Kết quả gân.** Kết quả phân tích tình trạng vết mổ sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ liền vết mổ thì đầu đạt 93,8% (30/32 bệnh nhân), chứng tỏ hiệu quả cao trong việc chăm sóc hậu phẫu và kiểm soát nhiễm trùng tại cơ sở nghiên cứu. Chỉ có 1 bệnh nhân (6,2%) gặp tình trạng nhiễm khuẩn nông và không có bệnh nhân nào gặp biến chứng nghiêm trọng hơn là nhiễm khuẩn sâu, viêm xương kèm dò mủ. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ (6,2%) trong nghiên cứu này được xem là khá thấp và tương đồng hoặc thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và trên thế giới.

Kết quả nắn chỉnh trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trên Xquang khớp gối 2 tư thế thẳng/ngiêng sau mổ dựa trên các tiêu chí Larson và Bostman (1980). Các bệnh nhân đạt từ trung bình đến rất tốt 27/32BN (84,4%) đạt kết quả tốt và rất tốt), không có kết quả kém. Nẹp khóa có ưu điểm cố định vững chắc ổ gãy sau khi nắn chỉnh về mặt giải phẫu, hạn chế được các di lệch thứ phát do vậy phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa cho bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi cho kết quả tốt về mặt phục hồi giải phẫu.

❖ **Kết quả xa.** Kết quả liền xương được chúng tôi đánh giá qua Xquang và thang điểm mRUST, kết quả 100% bệnh nhân liền xương, không có bệnh nhân khớp giả. Gãy vùng đầu

xương và được kết hợp xương bằng nẹp vít khóa làm cho tỉ lệ liền xương cao vượt trội. Thời gian liền xương trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Thuận (2015) trong đó tất cả 35BN đều liền xương sau 6 tháng⁷.



Hình 4.1. Hình ảnh Xquang bệnh nhân trước và sau phẫu thuật

(Nguồn: BN Đào Minh P, 22t, mã BN: 2402002428)

Gãy ĐDXĐ đặc biệt là gãy phạm khớp (loại C) thường ảnh hưởng tới chức năng vận động của khớp gối nếu không phẫu thuật phục hồi tốt diện khớp, bệnh nhân không được hướng dẫn tập vận động phục hồi chức năng đúng cách. Vì vậy di chứng cứng khớp, đặc biệt là gấp gối là di chứng thường gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi 2/32 BN hạn chế gấp gối (gấp gối <90°) 4/32 BN gấp gối 90°- 99°, đây là các bệnh nhân có tổn thương gãy phức tạp đầu dưới xương đùi (C2 và C3) hoặc bệnh nhân cao tuổi, nằm lâu PHCN kém. Do đó diện khớp bị ảnh hưởng, khớp gối bất động lâu dẫn đến hạn chế vận động. Kết quả biên độ gấp gối của chúng tôi tương đương với các tác giả trong nước và nước ngoài. Nẹp khóa ĐDXĐ có ưu điểm tạo thành khối vững chắc cố định ổ gãy, phục hồi tốt giải phẫu, diện khớp bệnh nhân có thể tập vận động sớm sau mổ, hạn chế biến chứng khớp gối, cải thiện tầm vận động khớp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả PHCN theo R.Sander cũng đạt kết quả tương đối tốt (29/32 BN đạt kết quả từ tốt đến rất tốt, 2/32 BN đạt kết quả trung bình và 1/32 BN đạt kết quả kém). Kết quả này tương đương với với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế và khả quan hơn so với 1 số tác giả như Dương Duy Thanh (2019)⁸ báo cáo tỷ lệ này là 58,3% trên

36 trường hợp hoặc Nguyễn Huy Thành (2009)⁶ ghi nhận tỷ lệ tốt và rất tốt là 42,6% trên 61 bệnh nhân. Sự khác biệt này có thể đến từ nguyên nhân chấn thương, quá trình vận động PHCN hoặc kiểu gãy...

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa cho gãy đầu dưới xương đùi là lựa chọn hiệu quả cho gãy kín đầu dưới xương đùi loại A,C đặc biệt các trường hợp gãy phức tạp nhiều mảnh rời, gãy xương ở người cao tuổi có thừa xương, loãng xương. Các bệnh nhân đạt kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối tốt sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đức BV.** Gãy đầu dưới xương đùi. Tạp Chí Học Việt Nam. 1989;(4):35-38.
2. **Schatzker J.** Fractures of the Distal Femur

Revisited. Clin Orthop. 1998;347:43.

3. **Lindvall E.M SR Infante AF.** Distal Femur Fractures. In: Surgery of the Knee, Fifth Edition. ; 2012:762-772.
4. **Mooney V, Nickel VL, Harvey JP, Snelson R.** Cast-brace treatment for fractures of the distal part of the femur. A prospective controlled study of one hundred and fifty patients. J Bone Joint Surg Am. 1970;52(8):1563-1578.
5. **Mize RD, Bucholz RW, Grogan DP.** Surgical treatment of displaced, comminuted fractures of the distal end of the femur. J Bone Joint Surg Am. 1982;64(6):871-879.
6. **Thành NH, Thủy NX.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Gãy Kín Trên Lồi Cầu và Liên Lồi Cầu Người Lớn Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2009.
7. **Thuận VV.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Gãy Kín Trên và Liên Lồi Cầu Xương Đùi ở Người Trưởng Thành Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
8. **Thanh DD.** Nghiên Cứu Các Yếu Tố Nguy Cơ Trong Gãy Xương Chi Dưới. Luận văn thạc sĩ Y học; 2019.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THÚNG Ổ LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thế May¹, Nguyễn Vũ¹,
 Nông Ngọc Quang¹, Trần Tiến Thành²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét dạ dày - tá tràng tác động đến 4 triệu người mỗi năm và có tỉ lệ ước tính khoảng 5-10% dân số trên thế giới [2]. Mặc dù tỉ lệ bệnh đã giảm xuống rất nhiều trong một thập kỷ vừa qua. Tuy nhiên, các biến chứng của bệnh vẫn không thay đổi [2]. Biến chứng thủng xảy ra với tỉ lệ 2-10% trong các bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng, với nguy cơ tử vong cao, đặc biệt ở người lớn tuổi, với tỉ lệ là 10-40%[4]. Theo khuyến cáo hội phẫu thuật nội soi thế giới, chỉ định mổ cấp cứu sớm nhất có thể đối với phần lớn trường hợp bệnh nhân thủng ổ loét hành tá tràng, trong đó phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp ở nhóm người bệnh trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025. Các dữ liệu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, tai biến, biến chứng sau phẫu

thuật và theo dõi sau phẫu thuật. **Kết quả:** Có 180 người bệnh đã được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt tiếp từ tháng 1/2020 đến tháng 06/2025, trong đó nam gấp 4 lần nữ, độ tuổi trung bình là 48,3±19,6. Mùa khởi phát bệnh chủ yếu là đông xuân chiếm: 64,5%. Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là sử dụng rượu, chiếm 57,2%. Có 11 bệnh nhân (6,1%) có chỉ số Boey là 1 điểm, còn lại đều là 0 điểm. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 3,4%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị thủng ổ loét hành tá tràng là một phương pháp điều trị hiệu quả và có nhiều ưu điểm bao gồm giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian điều trị, tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong thấp. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, thủng ổ loét hành tá tràng, viêm phúc mạc.

SUMMARY

EVALUATE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGERY REPAIR PERFORATED DUODENAL ULCER IN VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Introduction: Peptic ulcer disease (PUD) affects four million people worldwide annually and has an estimated lifetime prevalence of 5-10% in the general population. Although the global prevalence of PUD has dramatically decreased in the past decades, the incidence of its complications has remained constant. Perforation occurs in 2-10% of cases of PUD with a high risk of mortality, especially among the elderly. The mortality rate of PUD perforations is in the range 10-40%. World Society of Emergency Surgery (WSES) recommend performing surgery as soon as possible

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025