

ích để điều trị NKTN do E.coli. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác tại Việt Nam và trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở BN nữ bị VBQ do VK là triệu chứng kích thích và viêm niêm mạc bàng quang. Cấy nước tiểu cho thấy VK Gram âm chiếm ưu thế tuyệt đối, trong đó E.coli là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất. E.coli đã kháng hầu hết các kháng sinh thường dùng trong điều trị VBQ.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.85

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zeng Z., et al.**, "Global, regional, and national burden of urinary tract infections from 1990 to 2019: an analysis of the global burden of disease study 2019". *World J Urol*, 2022. 40(3): p. 755-763.
2. **Folliero V., et al.**, "Prevalence and Antimicrobial Susceptibility Patterns of Bacterial Pathogens in Urinary Tract Infections in University Hospital of Campania "Luigi Vanvitelli" between 2017 and 2018". *Antibiotics (Basel)*, 2020. 9(5).
3. **Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Văn Long**, "Đặc Điểm Lâm Sàng Và Vi Sinh Vật Học Viêm Bàng Quang Ở Phụ Nữ Cao Tuổi Tại Bệnh Viện Bạch Mai". *Tạp chí Y học Thực hành*, 2021. 946(2): tr. 112-118.
4. **Foxman B.**, "Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors". *Am J Public Health*, 1990. 80(3): p. 331-333.
5. **Grigoryan L., Trautner B.W., Gupta K.**, "Diagnosis and management of urinary tract infections in the outpatient setting: a review". *Jama*, 2014. 312(16): p. 1677-84.
6. **Ventola C.L.**, "The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats". *P t*, 2015. 40(4): p. 277-83.
7. **Đặng Thị Kiều Phương, Trần Thị Việt Hà**, "Đặc Điểm Bệnh Nhân Nhiễm Khuẩn Tiết Niệu Phức Tạp Tại Bệnh Viện Bạch Mai". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 518(2): tr. 279 - 282.
8. **Trần Quốc Huy và cộng sự**, "Tình Trạng Nhiễm Khuẩn Tiết Niệu Và Kháng Kháng Sinh Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Kiên Giang Năm 2021". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023. 523(1): tr. 256 -261.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Tài Nữ Tuyết Lam¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp hồi cứu, trên 44 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu biểu hiện đau thượng vị (97,7%), buồn nôn – nôn (72,7%), chán ăn (47,7%) và sụt cân (31,8%), nuốt khó ít gặp nhất (2,3%). Triệu chứng thực thể thường gặp là điểm đau thành bụng (97,7%), thiếu máu (45,5%) và báng bụng (20,5%), không ghi nhận di căn xa. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm ASA 2 (61,4%). Thiếu máu nhẹ chiếm 45,5%, albumin bình thường 50%, CEA tăng 68,2%. Siêu âm phát hiện khối u 43,9% và hạch 4,9%. CT phát hiện khối u 100%, mất cấu trúc lớp 90,9% và di căn hạch 52,3%, không có xâm lấn tạng lân cận. Khối u chủ yếu ≤ 3 cm (50%), vị trí thường gặp nhất là hang môn vị (66%). **Từ khoá:** ung thư dạ dày, nội soi, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC CANCER PATIENTS TREATED AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of gastric cancer patients treated at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with retrospective review was conducted on 44 patients diagnosed with gastric cancer at Can Tho Central General Hospital from June 2021 to June 2023. **Result:** The most common symptoms were epigastric pain (97.7%), nausea and vomiting (72.7%), anorexia (47.7%), and weight loss (31.8%), while dysphagia was the least common (2.3%). Frequent physical findings included abdominal tenderness (97.7%), anemia (45.5%), and ascites (20.5%), with no distant metastasis observed. Most patients were classified as ASA 2 (61.4%). Mild anemia was present in 45.5%, normal albumin in 50%, and elevated CEA in 68.2%. Abdominal ultrasound detected tumors in 43.9% and lymph nodes in 4.9% of cases. CT scan identified tumors in 100% of patients, with 90.9% showing loss of layer structure and 52.3% with nodal metastasis; no adjacent organ invasion was observed. Tumors were mostly ≤ 3 cm (50%), with the pyloric antrum being the most frequent location (66%).

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Tài Nữ Tuyết Lam

Email: 4985624660@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025

Keywords: gastric cancer, endoscopy, clinical features, paraclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp, có gánh nặng lớn về sức khỏe cộng đồng. Trên phạm vi toàn cầu, bệnh đứng hàng thứ năm về tỷ lệ mắc mới và hàng thứ tư về nguyên nhân gây tử vong do ung thư. Theo báo cáo của Globocan năm 2020, ước tính có hơn 1 triệu ca ung thư dạ dày mới được chẩn đoán, trong đó khoảng 2/3 số bệnh nhân tử vong do bệnh này [2], [7]. Mặc dù tiên lượng của ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm khá khả quan, với tỷ lệ sống sau 5 năm có thể đạt trên 90%, nhưng thực tế lâm sàng cho thấy phần lớn người bệnh chỉ được phát hiện ở giai đoạn tiến triển, khi khối u đã xâm lấn hoặc di căn xa. Điều này làm giảm đáng kể hiệu quả điều trị và là nguyên nhân chính khiến tỷ lệ tử vong vẫn còn cao. Bên cạnh đó, tỷ lệ tái phát sau điều trị cũng là vấn đề đáng lưu ý, ảnh hưởng đến chất lượng sống và kết cục lâu dài của người bệnh [8]. Xuất phát từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, nhằm góp phần cung cấp thêm dữ liệu phục vụ công tác chẩn đoán và định hướng điều trị hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư dạ dày được chẩn đoán, điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày, có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư dạ dày và được phẫu thuật cắt dạ dày bằng phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư dạ dày tái phát hoặc ung thư từ nơi khác di căn tới dạ dày. Khối u gây biến chứng như viêm phúc mạc hay tắc ruột. Những trường hợp có kèm theo phẫu thuật khác. bệnh nhân có ung thư khác phối hợp. bệnh nhân không có hồ sơ rõ ràng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ ngày 01/06/2021 đến ngày 30/06/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,07$.

- $p = 0,946$ theo tác giả Lê Thành Trung [5].

Thay vào công thức, ta được $n \approx 41$.

Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 44 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư dạ dày nhập viện từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023 thỏa tiêu chuẩn.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, phân loại theo ASA trước phẫu thuật.

Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm Hb máu lúc nhập viện, xét nghiệm Albumin, CEA, siêu âm ổ bụng, CT ổ bụng, nội soi.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm, kiểm định mối quan hệ giữa các yếu tố bằng test Chi-square.

2.3. Ý đức: Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học và Đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản và sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Mọi thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân (n=44)	Tỉ lệ %
Đau thượng vị	43	97,7
Chán ăn	21	47,7
Buồn nôn, nôn ói	32	72,7
Sụt cân	14	31,8
Nuốt khó	1	2,3
Nôn ra máu	4	9,1
Đi cầu phân đen	13	29,5

Nhận xét: Đau thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất (97,7%), nuốt khó ít gặp nhất (2,3%).

3.1.2. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.2. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số BN (n=44)	Tỉ lệ %
Điểm đau thành bụng	43	97,7
Khối u thượng vị	6	13,6
Thiếu máu	20	45,5
Vàng da	1	2,3
Bảng bụng	9	20,5
Dấu hiệu di căn xa	0	0

Nhận xét: Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là điểm đau thành bụng (97,7%), tiếp theo là thiếu máu (45,5%), bảng bụng (20,5%), khối u thượng vị (13,6%) và vàng da (2,3%). Không ghi nhận trường hợp di căn xa.

3.1.3. Phân loại ASA bệnh nhân trước phẫu thuật

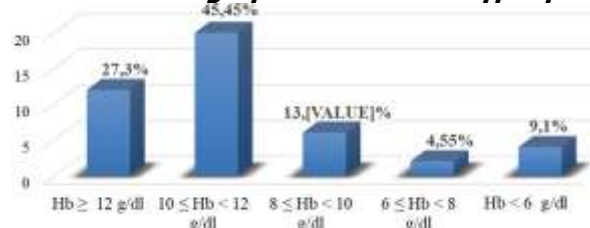
Bảng 3.3. Phân loại ASA bệnh nhân trước phẫu thuật

Phân loại ASA	Số BN	Tỉ lệ %
ASA 1	13	29,5
ASA 2	27	61,4
ASA 3	4	9,1
Tổng	44	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân thuộc nhóm ASA 2 (61,4%), tiếp theo là ASA 1 (29,5%) và thấp nhất là ASA 3 (9,1%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm Hb máu lúc nhập viện



Biểu đồ 3.1. Xét nghiệm Hb máu lúc nhập viện

Nhận xét: Đa số bệnh nhân thuộc nhóm thiếu máu nhẹ (45,45%), tiếp theo là nhóm có hemoglobin bình thường (27,3%). Thiếu máu nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt 4,55% và 9,1%.

3.2.2. Các xét nghiệm khác lúc nhập viện

Bảng 3.4. Các xét nghiệm khác

Xét nghiệm	Kết quả	Số BN	Tỉ lệ %
Albumin	<3,5 g/dl	22	50
	≥3,5 g/dl	22	50
CEA	≤5 ng/mL	14	31,8
	>5 ng/mL	30	68,2

Nhận xét: Albumin máu phân bố đều giữa hai nhóm (50% thấp, 50% bình thường). Nồng độ CEA tăng (>5 ng/mL) chiếm 68,2%, cao gấp hơn hai lần so với nhóm bình thường (31,8%).

3.2.3. Siêu âm ổ bụng

Bảng 3.5. Tổn thương trên siêu âm ổ bụng

Đặc điểm tổn thương	Số BN (n=41)	Tỉ lệ %
Khối u	18	43,9

Hạch ổ bụng	2	4,9
Không phát hiện thương tổn	23	56,1

Nhận xét: Trong số 41 bệnh nhân được siêu âm trước phẫu thuật, 43,9% phát hiện khối u, 4,9% có hạch vùng, và 56,1% không ghi nhận tổn thương.

3.2.4. CT ổ bụng

Bảng 3.6. Tổn thương trên CT ổ bụng

Đặc điểm tổn thương	Số BN (n=44)	Tỉ lệ %
Khối u	44	100
Dấu hiệu mất cấu trúc lớp	40	90,9
Xâm lấn tạng lân cận	0	0
Di căn hạch	23	52,3

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được chụp CT đều phát hiện khối u (100%), trong đó 90,9% có dấu hiệu mất cấu trúc lớp và 52,3% có di căn hạch. Không ghi nhận trường hợp nào xâm lấn mô xung quanh.

Bảng 3.7. Kích thước u trên CT

Kích thước u trên CT	Số BN	Tỉ lệ %
u ≤ 3cm	22	50
3 < u ≤ 5cm	19	43,2
5 < u ≤ 7cm	2	4,5
u > 7cm	1	2,3
Tổng cộng	44	100

Nhận xét: Kích thước khối u trên CT chủ yếu ≤ 3 cm (50%), tiếp theo là nhóm 3–5 cm (43,2%), trong khi khối u > 7 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,3%).

3.2.5. Vị trí tổn thương dựa trên kết quả nội soi

Bảng 3.8. Vị trí tổn thương trên nội soi

Vị trí thương tổn	Số BN	Tỉ lệ %
Tâm – phình vị	3	6,8
Bờ cong lớn	3	6,8
Bờ cong nhỏ	9	20,4
Hang môn vị	29	66
Toàn bộ dạ dày	0	0
Tổng cộng	44	100
Phân chia vị trí trí theo 1/3		
1/3 trên	3	6,8
1/3 giữa	12	27,2
1/3 dưới	29	66
Toàn bộ dạ dày	0	0
Tổng cộng	44	100

Nhận xét: Vị trí tổn thương thường gặp nhất là hang môn vị (66%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (20,4%), trong khi vùng tâm phình vị và bờ cong lớn chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

4.1.1. Triệu chứng cơ năng. Trong nghiên

cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau thượng vị (97,7%), buồn nôn – nôn (72,7%), chán ăn (47,7%) và sụt cân (36,1%). Đây là những triệu chứng không đặc hiệu, dễ bị bỏ sót trong giai đoạn sớm của bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Trọng Quyết [3], trong đó đau thượng vị chiếm 93,3%, chán ăn 78% và buồn nôn – nôn 53,3%.

Tỷ lệ sụt cân và chán ăn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, có thể do phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn chưa quá muộn. Triệu chứng nuốt khó ít gặp (2,3%) và thường liên quan đến tổn thương vùng tâm vị. Nhìn chung, biểu hiện lâm sàng trong nghiên cứu phản ánh đặc điểm thường gặp của ung thư dạ dày, trong đó đau thượng vị vẫn là triệu chứng nổi bật nhất.

4.1.2. Triệu chứng thực thể. Tỷ lệ bệnh nhân có thể sờ được khối u là 13,6%. So sánh với các nghiên cứu khác, Đỗ Trọng Quyết [3] báo cáo 9,5% trên 105 bệnh nhân. Sự khác biệt này có thể giải thích do các nghiên cứu đều thực hiện trên bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển.

4.1.3. Phân loại ASA trước phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 52,4% bệnh nhân có các bệnh nội khoa kèm theo về tim mạch, hô hấp và nội tiết. Tất cả các bệnh này đều được đánh giá kỹ và điều trị ổn định, không chống chỉ định phẫu thuật nội soi. Mức độ bệnh nội khoa cũng được đánh giá theo thang điểm ASA của bác sĩ gây mê, và chúng tôi loại trừ các trường hợp ASA lớn hơn 3 do nguy cơ cao khi bơm khí carbon dioxide vào ổ bụng.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Các xét nghiệm máu trước phẫu thuật. Xét nghiệm máu trước phẫu thuật giúp đánh giá thiếu máu, chức năng gan và protid huyết thanh ở bệnh nhân ung thư dạ dày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 27,3% bệnh nhân thiếu máu và 50% có protid huyết thanh < 3,5 g/dl. Các chất chỉ điểm khối u như CEA, CA 19–9, CA 72–4 tăng ở 68,2% bệnh nhân.

4.2.2. Siêu âm ổ bụng. Siêu âm ổ bụng được thực hiện ở 93,2% bệnh nhân, trong đó 56,1% không phát hiện tổn thương và 4,9% ghi nhận hạch ổ bụng. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu trước như Hồ Chí Thanh [4]. Siêu âm ổ bụng giúp đánh giá dịch báng, hạch, di căn gan hay buồng trứng trước phẫu thuật, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận dịch báng hay di căn xa.

4.2.3. Chụp cắt lớp vi tính (CT). Chụp cắt lớp vi tính (CT) giúp đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật, đặc biệt xác định dịch ổ bụng và di

căn xa với độ chính xác cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 56,1% bệnh nhân được phát hiện hạch ổ bụng qua CT, trong khi không có trường hợp nào ghi nhận di căn xa. Kết quả này tương đồng với Hồ Chí Thanh [4], với 89,1% bệnh nhân xác định được khối u và 41,3% phát hiện hạch ổ bụng trên CT.

4.2.4. Kết quả nội soi. Qua nội soi dạ dày bằng ống soi mềm, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 66% tổn thương ở vùng hang môn vị, cao nhất so với các vị trí khác. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, như Phạm Văn Nam (51,4%) và Vũ Quang Toàn (67,8%) [2],[6], cho thấy hang môn vị là vị trí phổ biến nhất của ung thư dạ dày tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Bệnh nhân chủ yếu biểu hiện đau thượng vị (97,7%), buồn nôn – nôn (72,7%), chán ăn (47,7%) và sụt cân (31,8%), nuốt khó ít gặp nhất (2,3%). Triệu chứng thực thể thường gặp là điểm đau thành bụng (97,7%), thiếu máu (45,5%) và báng bụng (20,5%), không ghi nhận di căn xa. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm ASA 2 (61,4%).

Đặc điểm cận lâm sàng: Thiếu máu nhẹ chiếm 45,5%, albumin bình thường 50%, CEA tăng 68,2%. Siêu âm phát hiện khối u 43,9% và hạch 4,9%. CT phát hiện khối u 100%, mất cấu trúc lớp 90,9% và di căn hạch 52,3%, không có xâm lấn tạng lân cận. Khối u chủ yếu ≤ 3 cm (50%), vị trí thường gặp nhất là hang môn vị (66%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Hải (2009)**, Nghiên cứu chỉ định các phương pháp phẫu thuật, hóa chất bổ trợ và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện K, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
2. **Phạm Văn Nam (2019)**, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội, Hà Nội, tr. 3 - 35.
3. **Đỗ Trọng Quyết và cộng sự (2009)**, “Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2006 đến 7/2008”, Tạp chí Y học thực hành, 669(8).
4. **Hồ Chí Thanh (2016)**, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
5. **Lê Thành Trung và Đoàn Hữu Nghị (2021)**, “Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ eoax trong điều trị ung thư dạ dày ở người cao tuổi”, Tạp chí Y học Việt Nam, 502(2).
6. **Vũ Quang Toàn (2019)**, Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIB- III bằng hóa chất hỗ trợ EOX sau phẫu thuật tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. Hyuna Sung et al (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", 71(3).

8. Zhaoyang Tan (2019), "Recent advanced in the surgical treatment of advanced gastric cancer", Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 25.

TÁI TẠO MÔM VẾT BẰNG MỘT PHẦN CHÔM QUAY TRONG TAM CHỨNG BI THẢM VÙNG KHUYU: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VẤN

Lê Gia Ánh Thy¹, Nguyễn Viết Tân¹,
Lê Minh Khoa², Tôn Thị Thanh Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo một trường hợp tái tạo môm vết bằng mảnh chỏm quay trong tam chứng bi thảm khuỷu tay type III theo phân loại Regan-Morrey và so sánh hiệu quả các phương pháp tái tạo môm vết qua tổng quan y văn. **Phương pháp:** Bệnh nhân nam 35 tuổi bị chấn thương tam chứng bi thảm khuỷu tay sau tai nạn giao thông, được điều trị chậm trễ sau 6 tuần. Phẫu thuật được thực hiện qua đường mổ tam đầu cơ khuỷu, sử dụng mảnh chỏm quay gãy để tái tạo môm vết, kết hợp kết hợp xương chỏm quay bằng nẹp khóa và phục hồi dây chằng bên ngoài cũng như bên trong. **Kết quả:** Sau 9 tháng theo dõi, bệnh nhân có vết thương lành tốt, gấp cổ tay tốt, tầm vận động gấp bình thường, duỗi thiếu 20°, sấp thiếu 10°, ngửa bình thường. Điểm Mayo khuỷu tay đạt 85 điểm. Không có biến chứng nghiêm trọng. **Kết luận:** Tái tạo môm vết bằng mảnh chỏm quay cho kết quả lâm sàng tốt nhất so với các phương pháp khác. Kỹ thuật này có ưu điểm sẵn có tại chỗ mổ, có sụn khớp tự nhiên, liền xương nhanh và ít biến chứng, là lựa chọn ưu tiên cho gãy môm vết type III trong tam chứng bi thảm.

Từ khóa: tam chứng bi thảm khuỷu tay, tái tạo môm vết, mảnh chỏm quay, chấn thương khuỷu tay, phẫu thuật chỉnh hình.

SUMMARY

CORONOID PROCESS RECONSTRUCTION USING A PART OF THE RADIAL HEAD IN TERRIBLE TRIAD OF THE ELBOW: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Objective: To present a case of coronoid process reconstruction using a fragment of the radial head in a type III terrible triad injury of the elbow (Regan-Morrey classification), and to review the literature on coronoid reconstruction techniques. **Methods:** A 35-year-old male sustained a terrible triad elbow injury after a traffic accident, with delayed treatment after 6 weeks. Surgery included coronoid reconstruction with an autologous radial head fragment fixed by screws,

radial head fixation with a locking plate, and repair of both collateral ligaments. **Results:** At 9-month follow-up, the patient achieved good bone healing, satisfactory range of motion, Mayo Elbow Performance Score of 85, and no major complications. **Conclusion:** Autologous radial head grafting for coronoid reconstruction provides favorable clinical outcomes, with advantages of local availability, preserved cartilage surface, and reliable bone healing. This technique may be considered a preferred option in type III coronoid fractures associated with terrible triad injuries.

Keywords: terrible triad elbow, coronoid reconstruction, radial head graft, orthopedic surgery.

I. GIỚI THIỆU

Tam chứng bi thảm khuỷu tay (terrible triad) là một chấn thương phức tạp bao gồm trật khớp khuỷu kèm gãy chỏm quay và môm vết, được Hotchkiss mô tả lần đầu năm 1996 do tính chất khó điều trị và tiên lượng xấu [1]. Tổn thương này chiếm 4% các gãy chỏm quay ở người lớn và 31% các trật khớp khuỷu, thường gặp ở nam giới trong độ tuổi 40 [2]. Cơ chế chấn thương thường do ngã chống tay với lực vẹo ngoài và xoay ngoài, gây đứt dây chằng bên ngoài, gãy chỏm quay và môm vết theo thứ tự [3].

Việc điều trị tam chứng bi thảm đã có nhiều tiến bộ trong hai thập kỷ qua nhờ hiểu biết sâu hơn về sinh cơ học khớp khuỷu và phát triển các kỹ thuật phẫu thuật cá nhân hóa hóa. Nguyên tắc điều trị hiện tại là phục hồi ổn định khớp theo thứ tự "từ trong ra ngoài": tái tạo môm vết, xử lý chỏm quay, khâu dây chằng bên ngoài và bên trong nếu cần thiết [3]. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Wang và cộng sự [4] (2020) cho thấy tầm vận động gấp duỗi đạt trung bình từ 99° đến 127°, tầm vận động sấp ngửa từ 80° đến 156°. Thang điểm Mayo khuỷu tay trung bình đạt từ 78-96 điểm. Thái hóa khớp khuỷu và cốt hóa lạt chỏm là 2 biến chứng thường gặp nhất (0-38%).

Đối với gãy môm vết type III theo Regan-Morrey (>50% chiều cao), việc tái tạo là bắt buộc để đảm bảo ổn định khớp. Các nghiên cứu sinh học đã chứng minh rằng môm vết đóng vai

¹Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Gia Ánh Thy

Email: thymd2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025