ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ GHÉP GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải[1], Nguyễn Quang Nghĩa[1], Đỗ Hải Đăng[1], Dương Đức Hùng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả ghép gan từ người cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu các trường hợp ghép gan từ người cho sống từ tháng 4/2012 đến tháng 12/2021 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 22 bệnh nhân, chủ yếu là nam giới (72,7%), nguyên nhân hàng đầu là viêm gan B (72,7%), chỉ định ghép do ung thư tế bào gan chiếm 41% và xơ gan hoặc suy gan cấp/bệnh mạn tính chiếm 59%. Mảnh ghép 100% là gan phải, có kèm tĩnh mạch gan giữa 27,3%. Tái lập lưu thông tĩnh mạch gan với miệng nối tĩnh mạch gan phải đơn thuần 18,2%, tĩnh mạch gan phải với tĩnh mạch gan giữa đi kèm tạo miệng chung 27,3%. Sử dụng mạch đồng loại bảo quản để tạo hình tĩnh mạch gan ở 18 bệnh nhân (81,8%), không sử dụng mạch nhân tạo. Biến chứng thường gặp: tràn dịch màng phổi (22,7%), rò/hẹp đường mật (18,2%), biến chứng hẹp tĩnh mạch gan ở 2 bệnh nhân (9,1%). Tỷ lệ tử vong 90 ngày 13,6%, tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 81,3%. **Kết luận:** Kết quả cho thấy LDLT là phương pháp an toàn, hiệu quả, có thể mở rộng tại các trung tâm có kinh nghiệm tại Việt Nam.

Từ khóa: Ghép gan, ghép gan từ người hiến sống

SUMMARY

TECHNICAL FEATURES AND OUTCOMES OF LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the technique features and results of patients with a living donor liver transplantation at Viet Duc University Hospital. **Method:** retrospective study of cases of living donor liver transplantation from April 2012 to December 2021 at Viet Duc University Hospital. **Results:** There were 22 patients, mostly men (72.7%), the leading cause was hepatitis B (72.7%), the indications for transplantation was hepatocellular carcinoma (41%) and cirrhosis or acute on chronic liver failure (59%). 100% of grafts were right livers, 27.3% with middle hepatic veins. Hepatic venous reconstruction was performed with a only right hepatic vein anastomosis 18.2%, and the common orifice between right hepatic vein and the middle hepatic vein included with graft 27.3%. Cryopreserved allograft vein were used for hepatic veins reconstruction in 18 patients (81.8%), without using artificial vessels. The complications: pleural effusion (22.7%), biliary fistula/stenosis (18.2%), hepatic vein stenosis complications in 2 patients (9.1%). 90-day mortality rate 13.6%, 5-year survival rate 81.3%. **Conclusion:** The results show that LDLT is a safe, effective method to get a good survival that can be expanded in experienced centers in Vietnam.

Keywords: Liver transplantation, Living donor liver transplantation (LDLT)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đang là gánh nặng y tế lớn tại Việt Nam và khu vực châu Á. Ghép gan là phương pháp điều trị triệt để duy nhất, mang lại tỷ lệ sống 5 năm khoảng trên 75% [1,2].

Với những kinh nghiệm trong ghép gan giảm thể tích, chia gan để ghép và những tiến bộ trong nghiên cứu giải phẫu gan, ghép gan từ người hiến sống (Living Donor Liver Transplantation - LDLT) được thực hiện thành công lần đầu tiên trên thế giới vào năm 1989 bởi Strong tại Australia. Hơn nữa, LDLT giúp giải quyết vấn đề thiếu nguồn tạng hiến, đặc biệt là tại các nước Châu Á nơi mà nguồn hiến chết não, tim còn thấp. Với kết quả sống sau ghép tương đương ghép từ người chết não, LDLT là hình thái ghép gan chính tại Nhật, Hàn Quốc (> 70%), Ấn Độ…[3-6]. Tại Việt Nam, ca LDLT cho bệnh nhân nhi được thực hiện thành công lần đầu tiên vào năm 1994 tại bệnh viện 103, còn ca LDLT cho người lớn được thực hiện thành công đầu tiên năm 2007 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Ngày nay, LDLT nói riêng và ghép gan nói chung đã phát triển mạnh tại nhiều trung tâm ghép gan trên cả nước. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả ghép gan từ người cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) được chỉ định ghép gan từ người cho sống tại Trung tâm Ghép tạng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4/2012 đến tháng 12/2021, đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

– BN được ghép gan LDLT tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, có hồ sơ đầy đủ, được điều trị ngoại trú và theo dõi định kỳ chặt chẽ.

– Có người hiến gan sống, tương hợp nhóm máu ABO và đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn

1

2

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải
Email: drninhvietkhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2025
Ngày duyệt bài: 7.01.2026

đánh giá người cho sống theo quy định của Bộ Y tế và luật hiến mô tạng Việt Nam.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ghép gan từ người cho chết não hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ, ghép lại gan.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm chung (tuổi, giới, BMI), yếu tố nguy cơ, chỉ định ghép gan, tiêu chuẩn ghép do HCC (Milan, UCSF), chức năng gan (thang điểm Child-Pugh, MELD), lâm sàng và can thiệp trước ghép, chỉ định ghép. Đặc điểm phẫu thuật: mảnh ghép gan phải (P) hay trái (T), đặc điểm miệng nối tạo hình tĩnh mạch (TM) gan, TM cửa, động mạch (ĐM), đường mật, thời gian phẫu thuật, thời gian thiếu máu nóng. Thời gian nằm hồi sức tích cực, thời gian rút nội khí quản, thời gian nằm viện sau ghép. Biến chứng sớm (trong 90 ngày): chảy máu, rò mật, huyết khối/hẹp TM cửa/ ĐM gan/TM gan, nhiễm trùng, thải ghép…, tỷ lệ tử vong 90 ngày, sống thêm toàn bộ.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu chỉ được dùng cho mục đích khoa học. BN đều đồng ý tham gia nghiên cứu. Các tác giả không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4/2012 đến tháng 12/2021, chúng tôi đã thực hiện 22 trường hợp LDLT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=22)

Đặc điểm		N (%)
Tuổi	<18	3 (13,7%)
	18-60	12 (54,5%)
	≥60	7 (31,8%)
BMI	<18	0 (0%)
	18-25	20 (90,9%)
	≥25	2 (9,1%)
Giới	Nam	16 (72,7%)
	Nữ	6 (27,3%)
Tiền sử bệnh liên quan	Viêm gan B	16 (72,7%)
	Viêm gan C	1 (4,5%)
	Wilson	3 (13,7%)
	Caroli	1 (4,5%)
	Uống rượu	1 (4,5%)
Chỉ định ghép	Xơ gan và suy gan cấp/bệnh mạn tính	13 (59%)
	HCC	9 (41%)
	Trong Milan	6 (27,3%)
	Ngoài Milan	3 (13,7%)
Child-Pugh	A	7 (31,8%)
	B	5 (22,7%)
	C	10 (45,5%)
MELD	≤10	9 (40,9%)
	11-20	4 (18,2%)
	21-30	8 (36,4%)
	31-42	1 (4,5%)
Can thiệp trước ghép	TACE	5 (22,7%)
	RFA	1 (4,5%)
	PEX	4 (18,2%)
Lâm sàng	Vàng da	12 (54,5%)
	Gầy sút	1 (4,5%)
	Lách to	3 (13,7%)
	Cổ chướng	5 (22,7%)
	Hội chứng não gan	1 (4,5%)

Nhận xét: BN chủ yếu là nam giới (72,7%), chủ yếu ở nhóm tuổi trưởng thành và trung niên (54,5%), có 31,8% BN trên 60 tuổi, nguyên nhân hàng đầu là viêm gan B (72,7%), chỉ định ghép gan chính là do HCC hoặc xơ gan và đợt suy gan cấp/ bệnh gan mạn tính. Biểu hiện lâm sàng vàng da thường gặp nhất (54,5%). Với các BN HCC, tổn thương u đa số nằm trong tiêu chuẩn Milan.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	N (%)
Mảnh ghép	
- Gan P không kèm TM gan giữa, không tạo hình V5, 8	4 (18,2%)
- Gan P không kèm TM gan giữa, tạo hình V5, 8	12 (54,5%)
- Gan P kèm TM gan giữa	6 (27,3%)
- Gan T	0 (0%)
Miệng nối TM gan	
Kiểu tái lập với TMCD người nhận	
- TM gan P đơn thuần	4 (18,2%)
- TM gan P và TM gan giữa đi kèm tạo miệng chung	6 (27,3%)
- TM gan P và TM gan giữa tạo hình nối 2 miệng riêng biệt	7 (31,8%)
-TM gan P và TM gan giữa tạo hình tạo miệng chung	5 (22,7%)
Vật liệu tạo hình	
- Không sử dụng	4 (18,2%)
- TM chậu bảo quản	17 (77,3%)
- Động mạch chậu bảo quản	1 (4,5%)
Vị trí nối TM gan người nhận	
- Miệng TM gan P mở rộng	15 (68,2%)
- Miệng TM gan P mở rộng và thân TM gan giữa, T	4 (18,2%)
- Miệng TM gan P mở rộng và mặt trước TM chủ dưới	3
Miệng nối TM gan P phụ	5 (22,7)
Miệng nối ĐM gan	

Dụng cụ: - Vi phẫu - Kính loop	16 (72,7%) 6 (27,3%)
Kiểu khâu: - Rời - Vắt	16 (72,7%) 6 (27,3%)
Miệng nối đường mật	
Kiểu khâu: - Rời - Sau vắt trước rời	16 (72,7%) 6 (27,3%)
Sonde dẫn lưu mật	22 (100%)
Thời gian mổ (phút) <540 phút	16 (72,7%)
Thời gian thiếu máu nóng <30 phút	20 (90,9%)
Thời gian nằm ICU trung vị (ngày)	3,5
Thời gian rút NKQ trung vị (ngày)	1
Thời gian nằm viện sau ghép (ngày)	26,8 ± 11,3

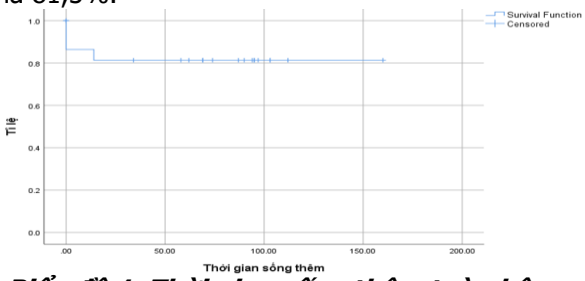
Nhận xét: Trong 22 trường hợp LDLT, 100% mảnh ghép là gan phải (không kèm TM gan giữa ở 73% trường hợp). Để tái lập lưu thông TM gan, chúng tôi sử dụng mạch chậu bảo quản từ ngân hàng mô cho 18 BN (81,8%), 4 BN không cần tạo hình mạch mà mở rộng TM gan P và nối với TM chủ dưới, không có BN nào sử dụng mạch nhân tạo để tạo hình. Vị trí nối TM gan gồm: chỉ qua lỗ TM gan P mở rộng (68,2%), lỗ TM gan P mở rộng và thân tĩnh mạch gan giữa-T (18,2%), lỗ TM gan P mở rộng và mở mặt trước TM chủ dưới (13,6%). TM gan P phụ cần tái lập ở 5 BN (22,7%). Miệng nối ĐM gan được thực hiện bằng vi phẫu thuật với khâu rời trong 72,7% trường hợp. Tái lập đường mật 100% theo kiểu tận tận có đặt sonde Kehr.

Bảng 3. Biến chứng sau ghép gan

Biến chứng	N (%)
Tràn dịch màng phổi phải dẫn lưu	5 (22,7%)
Chảy máu trong ổ bụng, phải mổ lại	3 (13,6%)
Đường mật (hẹp, rò)	4 (18,2%)
TM gan (hẹp, huyết khối)	2 (9,1%)
TM cửa (huyết khối)	1 (4,5%)
ĐM gan (huyết khối)	1 (4,5%)
Thải ghép	1 (4,5%)
Tử vong 90 ngày	3 (13,6%)

Nhận xét: Biến chứng thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi phải (22,7%; 5 ca) đều đáp ứng sau khi dẫn lưu màng phổi qua da. Chảy máu trong ổ bụng phải mổ lại cầm máu xảy ra ở 3 ca (13,6%). Biến chứng đường mật (rò hoặc hẹp) ghi nhận ở 4 ca (18,2%), 2 ca xử lý bảo tồn thành công bằng đặt stent nội soi/dẫn lưu qua da, 2 ca phải mổ lại. 2 BN có hẹp miệng nối TM gan được đặt stent qua XQ can thiệp. Huyết khối TM cửa và ĐM gan xảy ra ở 1 BN do nhiễm nấm tại miệng nối.

Thải ghép cấp xảy ra ở 1 bệnh nhân (4,5%) và đáp ứng tốt với corticoid liều cao. Tử vong trong 90 ngày là 3 ca (13,6%), nguyên nhân chính là nhiễm trùng huyết không kiểm soát được và suy đa tạng. Tỉ lệ sống thêm sau 5 năm là 81,3%.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ sau ghép gan

Nhận xét Tỉ lệ sống sau 5 năm của các BN trong nghiên cứu là 81,3%

Một số hình ảnh trong mổ ghép gan

Hình 1: Tạo hình miệng chung TM gan P và TM gan giữa lấy kèm mảnh ghép

Hình 2: Tạo hình miệng chung TM gan P và TM gan giữa tạo hình bằng TM chậu bảo quản

Hình 3: Hình ảnh mảnh ghép gan P sau ghép

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu trên 22 bệnh nhân ghép gan từ người cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2025 cho thấy kết quả khả quan: thời gian thiếu máu nóng < 30 phút chiếm 90,9%, không có huyết khối/hẹp tĩnh mạch gan (0%), biến chứng đường mật 18,2%, biến chứng mạch máu lớn 18,2%, tử vong 90 ngày 13,6% và tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 81,3%.

Viêm gan virut B mạn tính vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan mất bù và HCC tại Việt Nam, trong nghiên cứu của chúng tôi viêm gan B chiếm 72,7%, do trước đây chương trình tiêm vắc xin viêm gan B chưa được áp dụng rộng rãi.

Tất cả BN trong nghiên cứu để sử dụng mảnh ghép gan P, có 6 BN chiếm 27,3% mảnh ghép gan P lấy kèm TM gan giữa. Việc lấy kèm TM gan giữa được chúng tôi chỉ định và xem xét rất chặt chẽ, dựa vào các yếu tố; Thể tích gan T còn lại >35% thể tích toàn bộ gan người hiến, giải phẫu TM gan giữa không có nhánh nào lớn dẫn lưu máu của hạ phân thuỳ 4… Có 16 BN không lấy kèm TM gan giữa, chúng tôi phải tạo hình TM gan giữa bằng cách nối V5, V8 (đường kính >5 mm) với mạch bảo quản ở 12 BN (54,5%).

Về kỹ thuật tái lập lưu thông TM gan, chúng tôi tạo hình các nhánh V5, V8 nếu đường kính >5 mm trong trường hợp không lấy TM gan giữa. Nếu nhánh TM quá nhỏ, lưu lượng máu qua TM ít thì có thể thắt lại và không cần tạo hình. Các trung tâm lớn trên thế giới thường sử dụng mạch nhân tạo (PTFE, Dacron) để tạo hình thân chung khi mảnh ghép phải không kèm TM gan giữa. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi sử dụng 100% mạch đồng loại bảo quản lạnh lấy từ người hiến chết não (chủ yếu TM chậu) để tạo hình TM gan giữa hoặc tạo hình miệng nối (làm rộng) mà không dùng bất kỳ đoạn mạch nhân tạo nào. Ưu điểm của kỹ thuật này là sinh học hoàn toàn, không có phản ứng viêm mạn tính với vật liệu lạ, không có nguy cơ nhiễm trùng muộn mạch nhân tạo. Hẹp miệng nối TM gan chiếm 9,1% ở 2 BN nối TM gan P đơn thuần do việc mở rộng ra bên mép trước lỗ TM gan P của TM chủ dưới ở người nhận không tốt, mảnh ghép gan P phì đại và đè ép vào miệng nối. Những trường hợp có TM gan giữa (TM tạo hình hoặc đi kèm mảnh ghép) chúng tôi thích tạo hình miệng chung giữa TM gan P và TM gan giữa do việc nối riêng rẽ từng miệng nối khó khăn hơn, đặc biệt khi phẫu trường hẹp và sâu, đồng thời tránh nguy cơ hẹp miệng nối.

Về biến chứng và tỉ lệ sống dài hạn, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN nhiễm nấm Aspergillus gây huyết khối ĐM gan (4,5%) và TM cửa (4,5%), chúng tôi mổ lại lấy huyết khối tái lập lưu thông miệng nối kết hợp với điều trị thuốc kháng nấm, tuy nhiên thất bại và BN tử vong sau ghép. Tỷ lệ hẹp và rò mật của chúng tôi là 18,2% trong đó dẫn lưu mật ra ngoài được thực hiện ở tất cả BN trong nghiên cứu. Vai trò của dẫn lưu đường mật còn chưa được thống nhất [7]. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy dẫn lưu mật giúp theo dõi chức năng gan và nếu có rò mật thì dẫn lưu mật giúp hạn chế dịch mật rò vào ổ bụng và biến chứng viêm phúc mạc. Tỷ lệ tử vong sớm 13,6% trong nghiên cứu, tương đương hoặc cao hơn các tác giả như Tak Kyu Oh (3,6%) hay Vũ Văn Quang (13,7%) [8, 9]. Tỷ lệ sống thêm 5 năm 81,3% của chúng tôi ngang bằng hoặc cao hơn các báo cáo khác trên thế giới [2, 9, 10].

V. KẾT LUẬN

LDLT là phương pháp ghép gan đã được thực hiện an toàn với tỉ lệ biến chứng không cao, đạt hiệu quả tốt với thời gian sống sau ghép > 5 năm đạt tỉ lệ cao. Tuy nhiên, cỡ mẫu còn nhỏ chưa có nhóm chứng sử dụng kỹ thuật khác với thời gian theo dõi dài hơn. Các nghiên cứu sau cần tiếp tục thực hiện nhằm đánh giá kết quả dài hạn của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dienstag, J.L. and A.B. Cosimi,** Liver Transplantation — A Vision Realized. New England Journal of Medicine, 2012. 367(16): p. 1483-1485.
2. **Kim, M., et al.,** Twenty-year longitudinal follow-up after liver transplantation: a single-center experience with 251 consecutive patients. Korean J Transplant, 2022. 36(1): p. 45-53.
3. **Humar, A., et al.,** Adult Living Donor Versus Deceased Donor Liver Transplant (LDLT Versus DDLT) at a Single Center: Time to Change Our Paradigm for Liver Transplant. Annals of Surgery, 2019. 270(3).
4. **Rela, M. and A. Rammohan,** Why are there so many liver transplants from living donors in Asia and so few in Europe and the US? Journal of Hepatology, 2021. 75(4): p. 975-980.
5. **Kim, J.M., et al.,** Outcomes after liver transplantation in Korea: Incidence and risk factors from Korean transplantation registry. Clin Mol Hepatol, 2021. 27(3): p. 451-462.
6. **Barbetta, A., et al.,** Meta-analysis and meta-regression of outcomes for adult living donor liver transplantation versus deceased donor liver transplantation. American Journal of Transplantation, 2021. 21(7): p. 2399-2412.
7. **Sarhan, M.D., et al.,** Biliary Complications in Recipients of Living-Donor Liver Transplant: A Single-Center Review of 120 Patients. Exp Clin Transplant, 2017. 15(6): p. 648-657.
8. **Oh, T.K. and I.-A. Song,** Mortality and associated factors among patients who underwent liver transplantation in South Korea from 2017 to 2021: a retrospective observational study. Ann Surg Treat Res, 2024. 107(5): p. 245-251.
9. **Vu, Q.V., et al.,** Adult-to-adult right lobe graft living donor liver transplantation for acute-on-chronic liver failure: a single-centre retrospective study in Vietnam. Ann Med Surg (Lond), 2024. 86(3): p. 1261-1267.
10. **Ito, K., et al.,** Outflow Reconstruction Using Cryopreserved Homologous Venous Grafts in Living Donor Liver Transplantation. Transplant Proc, 2017. 49(1): p. 109-114.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN XƯƠNG GÓT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Đặng Nguyễn Điền Nhuận[1], Trương Hải Đăng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả sớm điều trị gãy kín xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2024. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là hồi cứu mô tả, trên 57 bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín xương gót được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Trong 57 bệnh nhân gãy kín xương gót, nhóm nghề công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (61,41%), trong đó thợ hồ là phổ biến nhất (38,6%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là ngã cao, chiếm 87,72%, trong đó ngã lao động chiếm 70,18%, tai nạn giao thông chiếm 12,28%. Phương pháp gây tê tuỷ sống được sử dụng chủ yếu (87,72%), thời gian phẫu thuật tập trung ở 60–90 phút (70,18%). Góc Bohler sau mổ trung bình 34,37° ± 8,76°, 87,72% bệnh nhân đạt nắn chỉnh tốt, không có trường hợp nắn chỉnh kém. Tỷ lệ hoại tử mép da và nhiễm trùng thấp (1,75%). Biến chứng tê bì vùng bàn chân xảy ra ở 12,28% bệnh nhân và thường tự cải thiện sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 5,14 ± 1,85 ngày, phần lớn bệnh nhân xuất viện trong 5–7 ngày, những trường hợp kéo dài chủ yếu do tổn thương phối hợp hoặc biến chứng.

Từ khoá: gãy xương gót, kết hợp xương nẹp vít, phẫu thuật.

SUMMARY

EARLY POSTOPERATIVE OUTCOMES OF CLOSED CALCANEAL FRACTURE TREATMENT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the early outcomes of closed calcaneal fracture treatment using plate and screw fixation at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from 2022 to 2024. **Methods:** This was a descriptive retrospective study of 57 patients diagnosed with closed calcaneal fractures and treated surgically with plate and screw fixation at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from January 2022 to December 2024. **Result:** Among the 57 patients with closed calcaneal fractures, the majority were workers (61.41%), with bricklayers being the most common subgroup (38.6%). The main cause of injury was high-energy falls, accounting for 87.72%, including occupational falls (70.18%) and traffic accidents (12.28%). Spinal anesthesia was the primary method used in 87.72% of cases. Most surgeries lasted 60–90 minutes (70.18%). The mean postoperative Bohler's angle was 34.37° ± 8.76°, with 87.72% of patients achieving good reduction and no cases of poor reduction. The rates of wound edge necrosis and infection were low (1.75%). Sensory disturbances in the foot occurred in 12.28% of patients and generally resolved postoperatively. The mean hospital stay was 5.14 ± 1.85 days, with the majority discharged within 5–7 days; prolonged hospitalization was mainly due to associated injuries or complications.

Keywords: Calcaneal fracture, plate and screw fixation, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương gót là xương lớn nhất và chịu lực chính của vùng cổ chân. Gãy xương gót, lần đầu được mô tả bởi Malgaigne năm 1843 [56], đặc biệt là các trường hợp gãy phạm khớp dưới sên, có thể gây hậu quả nặng nề nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng cách, dẫn đến hạn chế vận động, giảm chất lượng cuộc sống và tăng gánh nặng kinh tế – xã hội [5], [6]. Sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là CT scan, cùng với ứng dụng màn tăng sáng trong phẫu thuật đã giúp cải thiện đáng kể khả năng đánh giá tổn thương và nâng cao hiệu quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương trong gãy xương gót [7]. Từ những cơ sở trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả kết quả sớm điều trị gãy kín xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín xương gót được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên; được chẩn đoán xác định gãy kín xương gót trên lâm sàng và hình ảnh học; được phân loại nằm trong phân loại II, III, IV theo Sanders.

[1]*Trường Đại học Võ Trường Toản*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Nguyễn Điền Nhuận
Email: 5132637462@stu.vttu.edu.vn
Ngày nhận bài: 27.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025
Ngày duyệt bài: 8.01.2026