

4. **Lê Kiến Ngãi (2017)**, Vi khuẩn đường ruột kháng carbapenem (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae - CRE) có tỷ lệ mang cao trên người bệnh nội trú và lan truyền nhanh chóng trong bệnh viện, báo cáo khoa học Bệnh viện Nhi Trung ương.
5. **Trần Thị Kim Ngân, Hoàng Thị Diễm Thúy, Nguyễn Văn Tân Minh (2018)**, Đặc điểm vi khuẩn và tình hình đề kháng kháng sinh trong nhiễm khuẩn tiết niệu trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2017-2018.
6. **Nguyễn Thị Thủy Trinh(2014)**, Khảo sát tình trạng đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được tại bệnh viện An Bình năm 2014; Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của Số 1.
7. **Lương Quốc Tuấn (2015)**, "Khảo sát tình hình sử dụng và kháng kháng sinh tại bệnh viện HNĐK Nghệ An trong 6 tháng đầu năm 2015".
8. **Nguyễn Thanh Tâm, Nguyễn Văn Hùng, Chu Thị Nguyệt Giao (2019)** "Đánh giá tình hình kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn thường gặp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2019", đề tài cấp cơ sở.
9. **Phạm Hùng Vân và cộng sự (2012)**; Tình hình đề kháng kháng sinh của Streptococcus pneumoniae và Haemophilus influenzae phân lập từ nhiễm khuẩn hô hấp cấp-kết quả nghiên cứu đa trung tâm thực hiện tại Việt Nam (SOAR) 2010-2011; Tạp chí Y học thực hành, 855 (12/2012), tr.6-11.
10. **World Health Organaziton**, Antimicrobial resistance: global report on surveillance. 2014.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẬT THIỂU SẢN XƯƠNG QUAY BẮM SINH BẰNG BÓ BỘT VÀ PHẪU THUẬT TRUNG TÂM HÓA CỔ TAY TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

Nguyễn Dương Phi*, Mai Trọng Tường**
Nguyễn Ngọc Minh Khánh*, Trần Hồ Thiên Phúc*, Trịnh Hoàng Vũ***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị tật thiếu sản xương quay bẩm sinh đã tiến bộ theo năm tháng từ việc điều trị bảo tồn tới điều trị phẫu thuật. Đã có rất nhiều phương pháp phẫu thuật được mô tả trong điều trị tật thiếu sản xương quay nhưng hiện nay ở Việt Nam chưa có báo cáo nào về việc đánh giá kết quả điều trị tật bẩm sinh này; Phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay là một phương pháp hay được ứng dụng trên thế giới. Việc bó bột trước phẫu thuật trung tâm hóa là một phương pháp đơn giản, rẻ tiền và hiệu quả để kéo giãn phần mềm trước phẫu thuật. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả điều trị tật thiếu sản xương quay bẩm sinh bằng phương pháp bó bột và phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca, tổng cộng 12 bệnh nhi với 15 chi bị tật phân loại Bayne III và IV, với tuổi trung bình 19 tháng (từ 8 tháng tới 35 tháng). Tất cả đều là bệnh nhi nam, được điều trị bằng phương pháp bó bột và phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay. **Kết quả:** Kết quả nghiêng quay chỉnh được lên tới 59 độ. Góc cẳng bàn tay ở lần tái khám cuối cùng chỉ còn 12°. Tầm vận động cổ tay giảm từ 78 độ xuống 30 độ. Tầm vận động các ngón tay giảm

nhẹ. 14 trong 15 chi (chiếm tỷ lệ 93%) đạt kết quả rất tốt hoặc tốt theo tiêu chuẩn của Bayne và Klug. **Kết luận:** Việc điều trị tật thiếu sản xương quay bẩm sinh bằng bó bột và phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay cho kết quả tốt.

SUMMARY

MANAGEMENT OF RADIAL DYSPLASIA WITH CASTING FOLLOWED BY CENTRALIZATION

Background: Treatment of radial clubhand has progressed over the years from no treatment to aggressive surgical correction. Various surgical methods of correction have been described; Centralization of the carpus over the distal end of the ulna has become the method of choice. Corrective casting prior to centralization is an easy and effective method of obtaining soft tissue stretching before any definitive procedure is undertaken. Moreover, it helps put the limb in a correct position. The outcome of deformity correction by serial casting followed by centralization is discussed. **Materials and Methods:** In a prospective study, of 12 cases with 15 radial clubhands of Bayne III and IV (with average age 19 months (range 8 months – 35 months) with all males, were treated by gradual soft tissue stretching using corrective cast, followed by centralization (16 cases) and tendon transfers. **Results:** The average correction attained during the study was 59° of radial deviation. The average third metacarpal to distal ulna angle in anteroposterior view at final follow-up was 12°. Angle of movement at wrist showed a decrease from 78° to 30° during the follow-up period. The range of movement at fingers showed increase in stiffness during the follow-up. The results at the final follow-up, at the end were graded on the basis of Bayne and Klug. 14 out of 15 hands (93%) showed good or satisfactory result based on deformity criteria

*Bệnh viện Nhi Đồng thành phố, Thành Phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

**Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, Thành Phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

***Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành Phố Hồ Chí Minh,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Dương Phi

Email: nguyenduongphi1311@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

of Bayne and Klug. **Conclusion:** The management of radial clubhand by gradual corrective cast followed by centralization and tendon transfers in children is an acceptable method of treatment with consistently satisfactory results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật thiếu sản xương quay hay còn gọi là tật bàn tay khoèo là một bất thường khiếm khuyết theo theo trục dọc của bờ quay gặp ở 1/30.000 ca sinh sống với tỷ lệ Nam/Nữ là 3/2.

Tật thiếu sản xương quay đặc trưng bởi sự thiếu sản các cấu trúc phía bờ quay như xương quay, các hàng xương cổ tay, ngón tay cái, sự cong của xương trụ tạo nên tật cong về bờ quay của cẳng tay và cũng như sự ngắn rõ rệt của cẳng tay.

Tật thiếu sản xương quay được phân thành 4 loại theo như phân loại của Bayne (Bảng 1).

Bảng 1: Phân loại Bayne cho tật thiếu sản xương quay

Phân loại	Đầu xa xương quay	Đầu gần xương quay
Type 1	Ngắn hơn xương trụ > 2mm	Bình thường, dính khớp quay trụ hoặc trật chỏm quay
Type 2	Giảm sản	Giảm sản
Type 3	Không có nhân sinh xương	Giảm sản nhiều mức độ
Type 4	Không có xương quay	Không có xương quay

Kể từ khi được mô tả bởi Petit vào năm 1733. Việc điều trị tật thiếu sản xương quay đã tiến bộ theo năm tháng từ việc không điều trị gì tới nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật xâm lấn.

Bó bột kéo dẫn từ từ trước khi phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay là một phương pháp dễ dàng và hiệu quả nhằm đạt mục đích kéo dẫn mô mềm trước khi can thiệp xâm lấn. Hơn nữa, việc này tạo thuận lợi cho việc đặt cổ tay và bàn tay ở tư thế thuận lợi ngay từ đầu nên chức năng cầm nắm của bàn tay có thể phát triển ở đúng vị trí và tư thế thích hợp. Ngoài ra việc bó bột kéo dẫn còn giúp hạn chế việc phá hủy mô mềm quá mức giúp hạn chế tình trạng nhiễm trùng cũng như sưng nề sau phẫu thuật.

Đã có rất nhiều tác giả trên thế giới báo cáo về việc điều trị tật thiếu sản xương quay bằng nhiều phương pháp khác nhau. Hiện nay chưa có tác giả nào tại Việt Nam đã làm báo cáo về việc điều trị tật thiếu sản xương quay bẩm sinh.

Xuất phát từ những điều trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên các bệnh nhi bị tật thiếu sản xương quay bẩm sinh có chỉ định can thiệp bó bột và phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay

tại bệnh viện Nhi đồng Thành Phố.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca lâm sàng được thực hiện từ tháng 11 năm 2018 tới tháng 11 năm 2021. Nghiên cứu bao gồm 12 bệnh nhi với 15 chi bị tật thiếu sản xương quay type III và IV với tuổi trung bình là 19 tháng (8 tháng – 35 tháng). Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là nam, được điều trị bằng phương pháp bó bột kéo dẫn phần mềm và phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay với thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 11 tháng.

Tất cả bệnh nhi đều được khám lâm sàng cẩn thận. Xquang được chụp cả 2 tư thế của 3 xương gồm xương cánh tay, xương cẳng tay và xương bàn tay. Độ dài xương trụ và xương cánh tay, độ cong xương trụ và góc cẳng bàn tay (góc tạo bởi trục đầu xa xương trụ và xương bàn ngón 3) đều được đo đạc cẩn thận. Ngoài ra Xquang ngực, cột sống và háng đôi khi được thực hiện khi nghi ngờ có các dị tật khác đi kèm.

Tại lần khám đầu tiên nên bé dưới 2 tháng tuổi, bà mẹ được hướng dẫn cách nắn chỉnh thụ động trước mỗi khi cho bú và trước khi ru bé ngủ.

Bột được thay mỗi 2 tuần cho tới khi bàn tay có thể đặt dễ dàng lên cổ tay ở tư thế thẳng trục và không căng khi nắn chỉnh thụ động. Thông thường cần khoảng 4 tới 6 lần thay bột. Lúc này có thể lên kế hoạch để phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay. Sau phẫu thuật bé được theo dõi vài ngày và xuất viện, tái khám mỗi 2 tuần và sau đó tái khám mỗi 3 tháng để đánh giá kết quả điều trị và các biến chứng. Bệnh nhi sẽ được hẹn rút đinh sau mổ 6 tháng.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của Bayne và Klug.

Bảng 2: Các tiêu chuẩn của Bayne và Klug

Kết quả rất tốt	1/ Góc cẳng bàn tay nhỏ hơn 30 độ. 2/ Tâm vận động cổ tay hơn 40 độ. 3/ Người nhà hài lòng với kết quả điều trị.
Kết quả tốt	1/ Góc cẳng bàn tay nhỏ hơn 30 độ. 2/ Tâm vận động cổ tay dưới 40 độ. 3/ Người nhà hài lòng với kết quả điều trị.
Kết quả xấu	Còn lại

Phương pháp phẫu thuật: Dựa trên phương pháp phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay của Bayne và Klug, cải biên theo bác sỹ Terry Light.

Bệnh nhi nằm ngửa, mê nội khí quản.

Garô cánh tay cần phẫu thuật.

Cẳng tay và bàn tay được đặt trên bàn C-arm.

Đường rạch da mặt trước cẳng tay hơi về phía ngoài, bộc lộ để tìm và bảo vệ thần kinh

giữa (cấu trúc nông nhất và ngoài nhất, rất dễ nhầm với gân) và động mạch quay (nếu có).

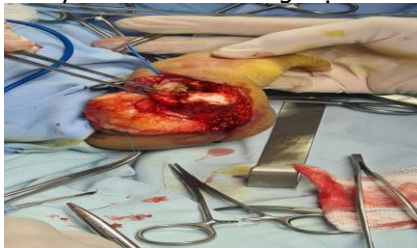


Hình 1: Bộc lộ và bảo vệ động mạch quay, thần kinh giữa.

Bộc lộ và giải phóng gân gấp cổ tay quay. Sau đó gấp khuỷu lên. Rạch da hình chữ L dọc theo bờ trụ.

Các khoang gân duỗi được bộc lộ và các gân được bảo vệ.

Mở bao khớp cổ tay ở phần xa của xương trụ, bộc lộ đầu xa xương trụ, bóc mô mềm xung quanh. Khối hàng xương cổ tay sẽ ở phía trước đầu xa xương trụ. Giải phóng phần mềm một cách từ từ cho tới khi có thể nắn được hàng xương cổ tay vào đầu xa xương trụ.



Hình 2: Mở bao khớp, bộc lộ đầu xa xương trụ.

Dùng một đinh Kirshner giữ sao cho trục đầu xa xương trụ, xương cẳng và xương bàn 3 thẳng hàng đây gọi là trung tâm hóa cổ tay.

Bảng 3: Tâm vận động cổ tay và các ngón

STT	Tâm vận động cổ tay (ban đầu)	Tâm vận động cổ tay (cuối cùng)	Tâm vận động các ngón tay (ban đầu)				Tâm vận động các ngón tay (cuối cùng)			
			I	M	R	L	I	M	R	L
Trung bình	78	30	113	106	140	129	165	150	188	180

Góc cẳng bàn tay trung bình ban đầu trên phim X quang là 71 độ. Góc cẳng bàn tay trung bình ở lần tái khám cuối cùng là 12 độ. Như vậy góc cẳng bàn tay trung bình đã giảm được 59 độ. Độ cong xương trụ giảm từ 21 độ xuống 14 độ.

Tỷ số chiều dài xương trụ và xương cẳng tay giảm từ 0.6 xuống 0.58. (Bảng 4)

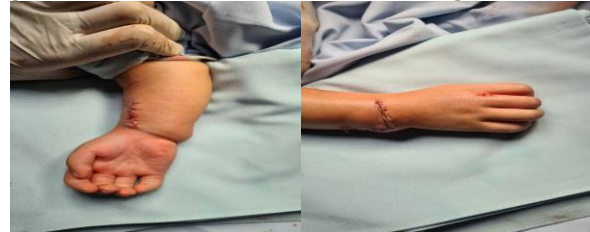
Bảng 4: Các kết quả đo đặc trên phim X quang

STT	Độ cong xương trụ (ban đầu)	Độ cong xương trụ (cuối cùng)	Tỷ số giữa xương trụ và xương cẳng tay (ban đầu)	Tỷ số giữa xương trụ và xương cẳng tay (cuối cùng)	Góc cẳng bàn tay (ban đầu)	Góc cẳng bàn tay (cuối cùng)
Trung bình	21	14	0.6	0.58	71	12

Dựa trên tiêu chuẩn của Bayne: 4 chi đạt kết quả rất tốt, 10 chi đạt kết quả tốt và 1 chi đạt kết quả kém, điều đáng lưu ý là tất cả phụ huynh trong nghiên cứu của chúng tôi đều hài lòng với việc điều trị của bệnh nhi (Bảng 6).

Nếu có chỉ định đục xương sửa trục xương trụ (xương trụ gập góc lớn hơn 30 độ) thì chúng tôi tiến hành đục xương góc đóng và cố định bằng 1 đinh Kishner.

Sau đó chúng tôi chuyển gân. Tiếp theo chúng tôi khâu lại bao khớp, khâu lại mạc giữ gân duỗi, khâu mô dưới da và da bằng chỉ tan.



Hình 3: Kết quả phẫu thuật

Sau cùng, chúng tôi làm nẹp bột cánh bàn tay khuỷu gập 90 độ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi mô tả tổng cộng 12 ca bệnh với 15 chi bị tật thiếu sản xương quay bẩm sinh với tuổi trung bình là 19 tháng tuổi (8 tháng tuổi – 35 tháng tuổi) được điều trị bằng phương pháp bó bột và trung tâm hóa cổ tay với thời gian theo dõi trung bình là 11 tháng.

Biên độ vận động khớp cổ tay giảm rõ rệt trong thời gian theo dõi 14 tháng; từ 78 độ xuống 30 độ, ngoài ra biên độ vận động các ngón cũng giảm. Biên độ vận động của các ngón từ ngón 2 tới ngón 5 lần lượt là 113°, 140°, 165°, và 188° lúc ban đầu sau đó giảm xuống còn 106°, 129°, 150°, và 180°. Điều này cho thấy biên độ giảm lần lượt là 7°, 11°, 15°, và 8°. (Bảng 3)

Bảng 6: Đánh giá kết quả

Rất tốt	4	26.7%
Tốt	10	66.7%
Kém	1	6.6%
Tổng số	15	100%

Chúng tôi ghi nhận 1 chi (7%) trong 15 chi bị loét tì đè khi bó bột, không ghi nhận tình trạng nhiễm trùng vết mổ hậu phẫu. 2 chi (13%) ghi nhận tình trạng viêm da kích ứng. 3 chi (20%) có tình trạng trồi đinh ra da gây kích ứng da. Không ghi nhận biến chứng về mạch máu trong nghiên cứu này. Có 1 chi (7%) bị tái phát biến dạng sau can thiệp và theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

Khác với loạt ca của Bora và Goldberg, tỷ lệ Nam:Nữ là 1.5:1, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhi đều là nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm các chi bị thiếu sản type III và IV do đúng với chỉ định phẫu thuật; theo thống kê thì tỷ lệ chi bị tật thiếu sản xương quay type IV là 73%. Trong khi đó tỷ lệ Bayne type IV trong lô nghiên cứu của Bayne và Klug được ghi nhận là 67%.

Bất thường ngón cái là tật hay đi kèm với tật thiếu sản xương quay. Chúng tôi ghi nhận 46.7% trường hợp không có ngón cái, 6.7% ngón cái lủng lẳng và 46.6% ngón cái bị giảm sản. Trong nghiên cứu của Pardini thì ghi nhận tỷ lệ không có ngón cái là 48.7%, ngón cái lủng lẳng đạt 30.7%, và ngón cái thiếu sản là 20.6%. Tỷ lệ không có ngón cái trong nghiên cứu của Bayne và Klug cũng tương tự là 48.5%.

Trong loạt ca của chúng tôi, số bệnh nhi bị tật một bên (75%) nhiều hơn bệnh nhi bị tật cả 2 bên (25%).

Chúng tôi đo đạc độ nghiêng quay dựa vào góc căng bàn tay trên phim X quang thẳng, đó là góc tạo bởi trục xương bàn 3 và đầu xa xương trụ. Góc căng bàn tay ghi nhận lúc ban đầu trung bình là 71 độ và ghi nhận ở lần tái khám cuối là 12 độ, như vậy chúng tôi chỉnh được 59 độ nghiêng quay. Trong nghiên cứu của Georges Pfister và cộng sự sử dụng phương pháp phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay ghi nhận trên 28 bệnh nhi góc căng bàn tay được chỉnh là 64 độ. Như vậy chúng tôi phương pháp phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay đã chỉnh được biến dạng nghiêng quay.

Vấn đề mất tầm vận động cổ tay sau phẫu thuật là một trong những vấn đề quan trọng cần được xét tới trong tật thiếu sản xương quay. Trước phẫu thuật tầm vận động cổ tay trung bình là 78 độ, sau phẫu thuật và rút đinh theo

dõi thì tầm vận động trung bình còn 30 độ. Có 4 chi (26.7%) tầm vận động cổ tay đạt trên 40 độ.

Biên độ vận động các ngón có xu hướng tăng dần từ ngón trỏ tới ngón út. Phát hiện này tương đồng với phát hiện của Lamb và cộng sự. Tầm vận động trung bình của ngón 2 là 113 độ, ngón 3 là 140 độ, ngón 4 là 165 độ, và ngón 5 là 188 độ. Tầm vận động các ngón được ghi nhận đã giảm đi ít sau phẫu thuật với ngón 2 là 106 độ, ngón 3 là 129 độ, ngón 4 là 150 độ, và ngón 5 là 180 độ. Trong nghiên cứu của Saini ghi nhận biên độ vận động ngón đã giảm như sau: ngón trỏ từ 187 độ xuống 166 độ, ngón giữa từ 195 xuống 189 độ, ngón nhẫn từ 206 xuống 202 độ, và ngón út từ 210 xuống 178 độ. Như vậy việc giảm biên độ vận động các ngón này cũng giống như trong nghiên cứu của chúng tôi. Việc đo biên độ vận động chúng tôi cũng giống như Saini là đo biên độ vận động thụ động do trẻ còn nhỏ khó hợp tác. Nhìn chung có lẽ biên độ vận động các ngón ghi nhận giảm sau can thiệp tuy nhiên điều này cần được đánh giá lại do thời gian theo dõi của chúng tôi còn khá ngắn, đa phần trẻ chưa đi nhà trẻ và thích ứng với các động tác trong sinh hoạt hàng ngày.

Để có thể đánh giá sự phát triển chiều dài cẳng tay, chúng tôi sử dụng tỷ số chiều dài xương trụ và xương cánh tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ số này là 0.6 trước khi can thiệp và đã giảm xuống còn 0.58 sau khi can thiệp. Nghiên cứu của Saini cũng ghi nhận tỷ số này giảm từ 0.67 xuống 0.57 trong loạt ca của ông. Như vậy việc can thiệp phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay có thể đã làm ảnh hưởng tới sự tăng trưởng chiều dài cẳng tay nhưng không đáng kể.

Độ cong của xương trụ là một vấn đề quan trọng cần xét tới trong loại dị tật này. Sự cong của xương trụ không chỉ làm chi trông ngắn hơn mà còn làm ảnh hưởng tới vấn đề thẩm mỹ của chi. Trong loạt ca của chúng tôi, Độ cong trung bình của xương trụ đạt 21 độ lúc ban đầu. Độ cong xương trụ giảm xuống 12 độ ở lần tái khám cuối cùng. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Saini có ghi nhận độ cong xương trụ giảm từ 25 độ xuống 12 độ.

Kết quả đánh giá cuối cùng được phân loại dựa trên tiêu chuẩn của Bayne và Klug, 93% (n = 14) đạt kết quả rất tốt hoặc tốt, và 7% (n = 1) đạt kết quả kém.

Trong loạt ca của chúng tôi 1 chi (7%) bị loét tì đè vùng khuỷu do bột, 2 chi (13%) bị viêm da, không có bệnh nhi nào bị nhiễm trùng vết mổ. Nhiễm trùng chân đinh ghi nhận trong 1 chi (7%). Hiện tượng trồi đinh ghi nhận trong 3 chi

(20%). Trong 2 ca chúng tôi phải gây tê bé và cắt ngắn phần đỉnh trồi ra sắp đâm lủng da. Có 1 ca ghi nhận đỉnh K chui vào xương và phải phẫu thuật đục xương để lấy đỉnh ra.

Tái phát biến dạng là một trong các vấn đề quan trọng cần được đặt ra trong tật thiếu sản xương quay. Định nghĩa tái phát biến dạng là khi góc cẳng bàn tay trên 30 độ. Chỉ có 1 chi (7%) trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự tái phát này. Điều này khác với báo cáo của Damore và cộng sự sau khi theo dõi 19 chi bị dị tật trong trung bình 6.5 năm, sự tái phát của góc cẳng bàn tay lên tới 38 độ. Trong loạt ca của chúng tôi sự tái phát chỉ là 12.8 độ.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi kết luận rằng phương pháp bó bột và phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay cho kết quả điều trị tốt. Việc phẫu thuật trung tâm hóa cổ tay sử dụng đinh Kirshner có ảnh hưởng nhẹ tới sự phát triển chiều dài cẳng tay; tầm vận động cổ tay giảm rõ sau phẫu thuật, tầm vận động các ngón giảm ít sau phẫu thuật.

Kiến nghị: Nghiên cứu này cần thời gian theo dõi dài hơn vì đây là một nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị một loại dị tật bẩm sinh và

trẻ phải cần thời gian để thích ứng với hoạt động của chi sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bayne, L. G. and Klug, M. S. (1987), "Long-term review of the surgical treatment of radial deficiencies", J Hand Surg Am. 12(2), pp. 169-79.
2. Bora, F. W., Jr., Nicholson, J. T., and Cheema, H. M. (1970), "Radial meromelia. The deformity and its treatment", J Bone Joint Surg Am. 52(5), pp. 966-79.
3. Bora, F. W., Jr., et al. (1981), "Radial club-hand deformity. Long-term follow-up", J Bone Joint Surg Am. 63(5), pp. 741-5.
4. Damore, E., et al. (2000), "The recurrence of deformity after surgical centralization for radial clubhand", J Hand Surg Am. 25(4), pp. 745-51.
5. Kanojia, R. K., Sharma, N., and Kapoor, S. K. (2008), "Preliminary soft tissue distraction using external fixator in radial club hand", J Hand Surg Eur Vol. 33(5), pp. 622-7.
6. Kotwal, P. P., Varshney, M. K., and Soral, A. (2012), "Comparison of surgical treatment and nonoperative management for radial longitudinal deficiency", J Hand Surg Eur Vol. 37(2), pp. 161-9.
7. Lamb, D. W. (1977), "Radial club hand. A continuing study of sixty-eight patients with one hundred and seventeen club hands", J Bone Joint Surg Am. 59(1), pp. 1-13.
8. Saini, N., et al. (2009), "Management of radial clubhand with gradual distraction followed by centralization", Indian J Orthop. 43(3), pp. 292-300.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TACE Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN KHỐI U GAN KÍCH THƯỚC TRÊN VÀ DƯỚI 5 CM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tiên lượng điều trị ung thư biểu mô tế bào gan giữa hai nhóm có khối u dưới và trên 5cm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thu nhận 99 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan chia làm hai nhóm, nhóm có khối u dưới 5 cm và nhóm có khối u trên 5 cm được tiến hành nút mạch hóa chất động mạch gan (TACE) được đưa vào phân tích. **Kết quả:** Kết quả với 99 bệnh nhân được đưa vào phân tích, nhóm I có 33 bệnh nhân với khối u trên 5 cm, nhóm II có 66 bệnh nhân có khối u dưới 5 cm, so sánh về thời gian sống trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có khối u dưới 5 cm và nhóm có khối u trên 5 cm với thời gian sống trung bình là 5.9 vs. 2.96 năm, $P < 0.05$. Nồng độ PIVKA-II (prothrombin induced by

Nguyễn Công Long*, Lưu Thị Minh Diệp*

vitamin K absence) cao ở nhóm có kích thước khối u trên 5 cm so với nhóm kích thước dưới 5 cm. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy với khối HCC đơn độc thì kích thước khối u nhỏ hơn 5 cm cho tiên lượng điều trị tốt hơn.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan; tiên lượng

SUMMARY

EVALUATED PROGNOSTIC FOR THE SINGLE HEPATOCELLULAR CARCINOMA LARGER THAN AND LESSER THAN 5 CM AFTER TACE TREATMENT

Objectives: This study aimed to determine which factors affect the prognosis for hepatocellular carcinoma (HCC), including the prognostic difference between tumor sizes from less than 5 cm and larger than 5cm. **Methods:** The medical records of 99 patients who underwent transarterial chemoembolization for single HCC. Patients were divided in to two group tumor larger than 5 cm and less than 5 cm were analyzed. **Results:** In the analysis of the entire cohort of 99 patients, group I had 33 patients with tumor larger than 5 cm, group II had 66 patients with tumor less than 5cm. In a

*Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022