

(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: nguyenconglongbvbvm@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

comparison of survival rates between groups, tumor sizes less than 5 cm and larger than 5 cm, the overall and disease-free survival rates were significantly different, respectively (5.9 vs. 2.96 years, $P < 0.05$). High prothrombin induced by vitamin K absence were in larger tumor compare tumor less than 5 cm group.
Conclusion: This study shows that solitary HCC lesser than 5 cm showed favorable overall survival.

Keywords: Hepatocellular carcinoma; Prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là một trong năm loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới, ở Việt nam ung thư gan đứng hàng thứ nhất ở nam giới, ung thư gan thường xuất hiện trên gan xơ, tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng[1, 2]. Kích thước khối u được xem là một yếu tố tiên lượng quan trọng và được xem như là một yếu tố cho hệ thống phân loại ung thư gan gần đây của ủy ban liên hợp về ung thư của Mỹ (AJCC) với điểm khối u là dưới hoặc trên 5 cm[3]. Mặc dù có những tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh hiện nay, nhưng chẩn đoán HCC vẫn gặp những trường hợp bệnh nhân đến muộn và có các khối lớn và giai đoạn muộn bởi vì bệnh nhân này không có triệu chứng cũng như là không được sàng lọc. Phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị triệt căn tuy nhiên là nếu chỉ định không đúng sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong sau cắt gan vì vậy nút mạch hóa chất động mạch gan(TACE) và ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy vai trò của TACE với HCC giai đoạn đầu. Mặc dù kết quả điều trị TACE ở bệnh nhân có ung thư gan giai đoạn trung gian, và TACE vẫn chỉ được xem như là một biện pháp điều trị hỗ trợ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở hai nhóm bệnh nhân có khối u kích thước trên 5 cm và nhóm bệnh nhân có khối u trên 5 cm nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp TACE.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu bệnh nhân có chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan dựa trên khám lâm sàng, cận lâm sàng và sinh thiết gan tại

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu(n=172)

Đặc điểm nhóm nghiên cứu	Nhóm khối trên 5 cm (N=33) (n%)		Nhóm khối dưới 5 cm (N=66) (n%)	
Tuổi	59.65 ± 11.83		59.96 ± 11.30	
Triệu chứng thường gặp				
Đau bụng	12	36,4	34	51,5
Chướng bụng	9	27,3	27	40,9
Mệt mỏi	25	75,8	54	81,8
Chán ăn	19	57,6	32	48,5
Vàng da	2	6	3	4,5

Tuổi trung bình của hai nhóm nghiên cứu tương tự nhau bệnh nhân ở tuổi 59 tuổi. Triệu chứng

trung tâm tiêu hoá gan mật bệnh viện Bạch mai.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào gan khi hình ảnh khối u gan điển hình trên chụp cắt lớp ổ bụng có thuốc cản quang(CT) + nồng độ AFP > 400ng/ml hoặc hình ảnh khối u gan điển hình trên CT ổ bụng có thuốc cản quang + nồng độ AFP < 400ng/ml kết hợp với sinh thiết gan làm mô bệnh học có tổn thương điển hình HCC.

Loại trừ bệnh nhân có tiểu cầu thấp < 90.000/mm³, Creatinin huyết thanh > 1,5 lần so với mức bình thường, vàng da tắc mật, có kèm các bệnh lý mạn tính như suy tim, phụ nữ có thai, đang cho con bú.

Chúng tôi lựa chọn bệnh nhân không còn chỉ định phẫu thuật đưa vào hai nhóm:

Nhóm có ung thư biểu mô tế bào gan có kích thước khối u dưới 5 cm: 66 bệnh nhân

Nhóm có ung thư biểu mô tế bào gan có kích thước khối u trên 5 cm: 33 bệnh nhân

Các bệnh nhân sau được lựa chọn tiến hành can thiệp TACE được tiến hành tại trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch mai.

Phương pháp: Bệnh nhân ung thư gan được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào tại trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai được chia làm hai nhóm, và phân chia giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan theo bảng phân loại Barcelona (BCLC), bệnh nhân được lựa chọn nút mạch hóa chất động mạch gan có sử dụng Doxorubicin với liều 50mg/m² và Cisplatin 50mg/m². Sau can thiệp TACE 1 tháng bệnh nhân được theo dõi đánh giá lại bằng chỉ số lâm sàng, xét nghiệm hóa sinh, và chụp CT có tiêm thuốc cản quang. Nếu còn tăng sinh mạch tiếp tục TACE.

Xử lý số liệu: Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu , quá trình xử lý được làm trên máy tính với phần mềm xử lý số liệu SPSS 11.5 version, giá trị $P < 0,05$ được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

đến khám của bệnh nhân hay gặp nhất là mệt mỏi.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng hai nhóm

Cận lâm sàng	Nhóm khối trên 5 cm (N=33)	Nhóm khối dưới 5 cm (N=66)
RBC	4,6 (3,12 – 6,7)	4,8 (2,8 – 148,0)
WBC	6,9 ± 2,6	6,9 ± 2,0
PLT	182,9 ± 102,0	190,2 ± 96,5
PT	85,7 ± 11,7	87,3 ± 13,2
INR	1,1 ± 0,1	1,1 ± 0,1
Bilirubin tp	15,6 (5,0 – 224,0)	14,9 (6,1 – 555,0)
Bilirubin tt	6,8 (3,0 – 179,7)	4,3 (3,0 – 179,7)
Albumin	38,3 ± 5,6	40,0 ± 4,8
AST	46,5 (20 – 511)	47 (20 – 360)
ALT	37,5 (15 – 324)	45 (9 – 266)
AFP	65,7 (1,7 – 60652,0)	13,5 (1,0 – 435140,0)
AFPL3	5,8 (0,1 – 74,0)	7,3 (0,1 – 723,0)
PIVKAI	136,5 (9,0 – 15237,0)	92,5 (9,0 – 139479,0)

Nồng độ AFP và PIVKA-II huyết thanh ở nhóm khối u có kích thước lớn cao hơn ở nhóm bệnh nhân có kích thước khối u dưới 5 cm.

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ và mức độ xơ gan

	Nhóm khối trên 5 cm (N=33)		Nhóm khối dưới 5 cm (N=66)	
HBV	27	79,4	110	79,7
HCV	0	0	7	5,1
Rượu	1	2,9	19	13,8
Điểm Child-Turcotte-Pugh				
A	20	58,8	97	15,0
B	2	5,9	5	4,2
Không xơ gan	12	35,3	36	15
Huyết khối tĩnh mạch cửa	2	5,9	10	7,2
Đi căn	1	2,9	5	3,6

Child-Pugh A: 0-6 điểm; Child-Pugh B: 7-9 điểm; Child-Pugh C: 10-15 điểm; HBV: viêm gan virus B; HCV: viêm gan virus C.

Chúng tôi gặp nguyên nhân chủ yếu gây ung thư gan là viêm gan virus B, và xơ gan chủ yếu ở mức độ Child-pugh A.

Bảng 4: Tỷ lệ sống sau năm năm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm khối u	N	Thời gian sống sót trung bình (năm)	Sai số chuẩn	95% khoảng tin cậy	
				Mức thấp	Mức cao
Một khối, < 5cm	66	5,902	0,547	4,831	6,974
Một khối, ≥ 5cm	33	2,962	0,629	1,729	4,194
Overall	99	4,990	0,483	4,044	5,936

Thời gian sống sót trung bình ở nhóm có khối u dưới 5 cm cao hơn hẳn bệnh nhân có khối u lớn hơn 5 cm là 5,9 năm so với 2,9 năm.

IV. BÀN LUẬN

Ở bệnh nhân HCC có kích thước lớn thì tiên lượng lâu dài nói chung là kém ở một số nghiên cứu[4]. Trong các nghiên cứu trước đây thì kích thước của HCC là một yếu tố dự báo độc lập về khả năng sống sót cũng như sự tái phát của khối u. Nó liên quan đến sự xâm lấn mạch, các khối u vệ tinh, cũng như sự tiến triển về mô bệnh học ở những bệnh nhân HCC có khối u lớn hơn HCC khối nhỏ[5]. Chính vì vậy giá trị cut off kích thước khối u liên quan đến thời gian sống trong phân loại của ủy ban quốc gia Mỹ về ung thư lấy giới hạn là 5 cm. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi

chia làm hai nhóm khối u có kích thước lớn hơn và nhỏ hơn 5 cm, đều được điều trị can thiệp nút mạch hóa chất động mạch gan kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian sống sót ở nhóm khối u có kích thước dưới 5 cm có thời gian sống trung bình là 5,9 năm lớn hơn hẳn so với nhóm có kích thước khối u dưới 5 cm có thời gian sống sót trung bình là 2,9 năm. TACE là phương pháp điều trị cơ bản ở bệnh nhân HCC giai đoạn trung bình. nghiên cứu đều cho thấy TACE đã chứng tỏ khả năng kéo dài thời gian sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ

AFP, PIVKA-II trung bình trong huyết thanh ở nhóm có khối u lớn hơn 5 cm cao hơn so với nhóm có khối u dưới 5 cm, điều này cho thấy đây cũng là yếu tố góp phần tiên lượng tốt thời gian sống sót và mức độ tiến triển của ung thư.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng với can thiệp bằng phương pháp điều trị TACE thì nhóm bệnh nhân có khối u dưới 5 cm thì có tiên lượng tốt hơn so với nhóm bệnh nhân có khối u trên 5 cm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., 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): p. 209-249.

2. **Bosch, F., et al.**, Bosch FX, Ribes J, Diaz M, Cleries R. Primary liver cancer: worldwide incidence and trends. Gastroenterology 127(5 Suppl 1):S5-S16. Gastroenterology, 2004. **127**: p. S5-S16.

3. **Huang, W.J., et al.**, Tumor size is a major determinant of prognosis of resected stage I hepatocellular carcinoma. Langenbecks Arch Surg, 2015. **400**(6): p. 725-34.

4. **Predictive factors for** long term prognosis after partial hepatectomy for patients with hepatocellular carcinoma in Japan. The Liver Cancer Study Group of Japan. Cancer, 1994. **74**(10): p. 2772-80.

5. **Pawlik, T.M., et al.**, Tumor size predicts vascular invasion and histologic grade: Implications for selection of surgical treatment for hepatocellular carcinoma. Liver Transpl, 2005. **11**(9): p. 1086-92.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG ĐINH CÓ CHỐT

Dương Đình Toàn^{1,2}, Lê Duy Trung³

CLOSED DOUBLE SHIN BONES FRACTURES WITH INTRAMEDULLARY LOCKING NAILS

Currently, the treatment of closed fractures of the two shin bones is mainly by two methods: bone fixation with screws and plates and bone fixation with intramedullary nails. Intramedullary nails, locking intramedullary locking nails, are still the preferred method for this type of injury. However, locking intramedullary fixation is not an easily available means in provincial hospitals. **Objective:** To evaluate the results of surgical treatment of closed two shin fractures with intramedullary locking nails at Thanh Hoa General Hospital. **Methods:** A prospective and retrospective descriptive study on 72 patients with double shin bones fractures undergoing SIGN nailing surgery at Thanh Hoa General Hospital from November 2019 to December 2020. Evaluate the results according to the Larson-Bostman and RUST scale. **Results:** After 6 months of follow-up, 98.6% had good and very good results, only 1.4% had average results, there were no cases of poor results. **Conclusion:** SIGN nails is an effective means of shin bone fixation and suitable for provincial hospitals.

Keywords: shin fracture, intramedullary nails, SIGN nails

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân chủ yếu bằng hai phương pháp là kết hợp xương (KHX) bằng nẹp vít và KHX bằng đinh nội tuỷ, tuy nhiên phương pháp KHX nẹp vít yêu cầu vết mổ dài, bóc tách phần mềm kéo dài hết chiều dài nẹp, dập nát phần mềm nhiều, tổn thương màng xương và hệ thống mạch máu nuôi xương, áp lực ổ gãy kém dẫn tới chậm liền xương, gãy nẹp,

TÓM TẮT

Hiện nay việc điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân chủ yếu bằng hai phương pháp là kết hợp xương (KHX) bằng nẹp vít và KHX bằng đinh nội tuỷ. Đinh nội tuỷ, đặc biệt là đinh nội tuỷ có chốt vẫn là phương pháp tối cho loại tổn thương này. Tuy nhiên, đinh nội tuỷ có chốt không phải là phương tiện để có ở các bệnh viện tỉnh. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín hai xương cẳng chân bằng đinh có chốt tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu và hồi cứu trên 72 bệnh nhân đứt gãy kín thân hai xương cẳng chân được phẫu thuật đóng đinh SIGN có chốt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 12 năm 2020. Đánh giá kết quả theo thang điểm Larson- Bostman và RUST. **Kết quả:** Thời gian theo dõi sau 6 tháng, 98,6% cho kết quả tốt và rất tốt, chỉ có 1,4% cho kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. **Kết luận:** Đinh SIGN có chốt là phương tiện kết xương hiệu quả trong điều trị phẫu thuật gãy xương cẳng chân, phù hợp với các bệnh viện tuyến tỉnh.

Từ khóa: gãy xương cẳng chân, đinh có chốt, đinh SIGN

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF

¹Trường Đại Học Y Hà Nội,

²Bệnh viện HN Việt Đức,

³Bệnh Viện 71 Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022