

- Med J. 2021.
5. **Otto CM, Nishimura RA.** 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. Journal of the American College of Cardiology. 2021;77(4).
 6. **Đinh Thị Tuyết Lan.** Nghiên cứu kết quả nong van hai lá bằng bóng inoue ở bệnh nhân hẹp hai lá có rung nhĩ. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội. 2008. 24-25
 7. **Arora R, Kalra GS, Singh S, et al.** Percutaneous transvenous mitral commissurotomy: immediate and long-term follow-up results. Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv. 2002;55(4):450-456.
 8. **Junjiro Kobayashi, MD KB MD.** Early and late stroke after mitral valve replacement with a mechanical prosthesis: Risk factor analysis of a 24-year experience. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GÃY KÍN GALEAZZI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Mạnh Tiến¹, Vũ Trường Thịnh², Lương Minh Diễm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị gãy kín Galeazzi ở người trưởng thành bằng phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín Galeazzi trên 18 tuổi đã được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức - Hà Nội từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 18 đến 40 tuổi (72,6%), trong đó nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (66%); tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (88,7%) và loại tổn thương gãy xương đơn thuần không kèm chấn thương cơ quan lớn kèm theo chiếm tỉ lệ cao nhất (69%). Cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm đa số (93,5%). Kết quả chung tốt và khá chiếm tỷ lệ cao 85,6%, đạt là 9,6%, xấu là 4,8%. **Kết luận:** Gãy Galeazzi là gãy xương thường gặp trong chấn thương chi trên và ảnh hưởng đến chức năng vận động sấp ngửa bàn tay và cổ tay. Phẫu thuật kết hợp xương bên trong nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật và mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: Gãy kín Galeazzi ở người trưởng thành

SUMMARY

EVALUATE SURGERY OUTCOME FOR CLOSED GALEAZZI FRACTURE IN ADULT

Introduction: The study aims to evaluate surgery outcome for closed Galeazzi fracture in adult in Viet Duc Hospital. **Subjects and methodology:** We retrospectively and prospectively described 62 Galeazzi fractures in 18 and older patients treated with surgery in Viet Duc University Hospital between

January 2018 and December 2020. **Result:** Most patients were between 18 – 40 years old (72,6%), there were more male patients (66%). Most common causes of injury was traffic accident and household accident (88,7%), 69% of the patients had isolated fracture without any concomitant injuries and indirect mechanism accounted for 93,5%. Results were mostly excellent and good (85,6%), 9,6% of the cases had fair outcome and only 4,8% had poor result. **Conclusion:** Galeazzi fracture is one the more common fractures of the upper limb, it affects the ability to prone and supine the hand and the wrist. ORIF helps anatomically reduce and stabilize the fracture to facilitate early post-operative rehabilitation which will leads to good results.

Keywords: Adult Galeazzi closed fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Galeazzi là gãy thân xương quay và bán trật hoặc trật khớp quay trụ dưới. Ngoài ra, gãy Galeazzi còn có một số tên gọi khác như: gãy Monteggia ngược, gãy Piedmont, gãy Darrach - Hughston – Milch.¹ Gãy Galeazzi có thể bị bỏ sót vì không phát hiện trật khớp quay trụ dưới. Điều này dẫn đến nguy cơ khớp giả, cal lệch xương quay và mất vững khớp quay trụ dưới.¹

Trên thực tế hiện nay ở các cơ sở có chuyên khoa về chấn thương chỉnh hình khi chẩn đoán gãy Galeazzi ở người trưởng thành thì phẫu thuật là phương án được lựa chọn đầu tiên. Mặc dù vậy trong quá trình làm việc ở địa phương và học tập tại bệnh viện Việt Đức em vẫn gặp những trường hợp mà bệnh nhân được điều trị bảo tồn ở các cơ sở y tế khác. Bệnh nhân đến viện muộn sau chấn thương. Điều này làm gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật cũng như ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị.

Điều trị gãy Galeazzi ở người trưởng thành với mục đích: kết hợp xương xương quay và nắn trật khớp quay trụ dưới từ đó phục hồi trục xoay đảm bảo biên độ sấp ngửa cổ tay sau này và làm vững khớp cổ tay, ngăn ngừa tình trạng mất vững khớp quay trụ dưới, dẫn tới tình trạng thoái

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Tiến

Email: manhtien2307@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 16.11.2022

Ngày duyệt bài: 23.11.2022

hoá khớp và ảnh hưởng tới chức năng cổ tay.

Việc chẩn đoán gãy Galeazzi dựa trên lâm sàng và X-Quang thẳng nghiêng. Tuy nhiên đây lại là thương tổn dễ bỏ sót do phẫu thuật viên chưa thực sự quan tâm, thái độ và chiến lược điều trị chưa rõ ràng, khả năng phục hồi chức năng của bệnh nhân chưa được quan tâm nên chúng tôi nhận thấy việc điều trị, phục hồi chức năng gãy Galeazzi đáp ứng yêu cầu bức thiết cho việc phục hồi lao động của bệnh nhân phòng ngừa các biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 62 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín Galeazzi trên 18 tuổi đã được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức - Hà Nội từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp hồi cứu (46 bệnh nhân) và tiến cứu (16 bệnh nhân).

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là gãy kín Galeazzi. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và X-quang. Đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim Xquang trước và sau mổ, bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, gãy thân hai xương cẳng tay, gãy đầu dưới xương quay, di chứng sau chấn thương, các bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ chỉnh hình tay bệnh nhân đặt trên bàn mổ tư thế tùy hình dạng mỏ tiếp cận.

- Đường mổ vào xương quay theo đường mỏ Henry hoặc Thomson.

➢ Đường Henry: Rạch da theo đường dọc trước ngoài cẳng tay của Henry (1926). Đường rạch da thường dài hơn nếp 2cm theo bờ trong cơ cánh tay quay.

➢ Đường Thomson: Tạo một đường rạch cổ tay đến điểm dưới lồi cầu ngoài xương cánh tay 1,5 cm. Khi cẳng tay ở tư thế sấp, đường này gần như một đường thẳng. Bộc lộ bờ ngoài (quay) của cơ duỗi chung các ngón ở phần xa của đường rạch.

- Kết hợp ổ gãy xương quay: Theo đúng nguyên tắc của AO, nắn chỉnh hoàn hảo về mặt giải phẫu, kết hợp xương vững chắc.

- Nắn trật khớp quay trụ dưới: Sau khi kết hợp xương quay đúng theo giải phẫu thì nắn trật khớp quay trụ dưới sẽ dễ dàng. Bó bột cánh

cẳng bàn tay tư thế ngửa cẳng tay, cổ tay.^{2,3}

Nếu khớp quay trụ dưới dễ bị trật lại thì xuyên đinh ngang từ xương trụ qua xương quay từ 1 - 2 k-wire, cần tránh xuyên qua mặt khớp.⁴

- Kết hợp xương mẫu trám trụ: Khi gãy mẫu trám trụ lớn thì kết hợp bằng k-wire hoặc vít xoắn nhỏ. Còn đối với mảnh nhỏ thì không làm gì.⁵

2.5. Biện số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương.
- Các bệnh lý mạn tính kèm theo, tổn thương phối hợp.

- Triệu chứng lâm sàng.

- Thời gian từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật.

- Thời gian nằm viện.

- Phương pháp phẫu thuật: kỹ thuật mổ, đường mổ.

- Kết quả điều trị, biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=62)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-40	45	72,6
	41-60	14	22,6
	> 60	3	4,8
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	39	62,9
	Tai nạn lao động	4	6,5
	Tai nạn sinh hoạt	16	25,8
	Tai nạn thể thao	3	4,8
Loại tổn thương phối hợp	Đơn thuần (không có tổn thương phối hợp)	43	69
	Đa chấn thương	11	18
	Gãy xương chi trên cùng bên	5	8
	Gãy xương chi dưới	8	13
Xử lý trước phẫu thuật	Gãy xương chi trên khác bên	2	3
	Bó bột	29	46,8
	Bó thuốc nam	1	1,6
	Không làm gì	10	16,1
Thời điểm phẫu thuật	Nẹp cố định tạm thời	22	35,5
	Dưới 7 ngày	47	75,8
	7-14 ngày	6	9,6
	15-21 ngày	4	6,5
Tay bị tổn thương	Trên 21 ngày	5	8,1
	Tay Phải	31	50
	Tay Trái	31	50

Bảng 3.1 cho thấy đa số BN ở nhóm 18-40

tuổi (chiếm 72,6%), Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNGT (62,9%). Phần lớn bệnh nhân không có tổn thương nặng cơ quan phối hợp (69%). Bệnh nhân ít có tổn thương phối hợp, một phần cũng nói lên lứa tuổi gặp bệnh nhân tổn thương gãy kín Galeazzi ở bệnh nhân trẻ

tuổi. Bệnh nhân đa phần được xử lý bất động trước phẫu thuật. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu tiên tính từ khi chấn thương. Tay bị tổn thương đồng đều 2 bên.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả gắn dựa trên Xquang sau mổ trước xuất viện

Phân loại theo AO	Kết quả sau phẫu thuật							
	Tốt		Khá		Đạt		Xấu	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
A	36	58,1	3	4,8	0	0	0	0
B	13	21,0	4	6,5	1	1,6	0	0
C	1	1,6	2	3,2	2	3,2	0	0
Tổng	50	80,7	9	14,5	3	4,8	0	0

Bảng 3.3. Kết quả xa

	Phân loại	Số bệnh nhân (n=62)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng muộn sau phẫu thuật	Khớp giả	1	1,6
	Cong hoặc gãy nẹp	2	3,2
	Gãy lại sau tháo dụng cụ	2	3,2
Biên độ sấp ngửa cổ bàn tay theo Retting và Raskin	Tốt	44	71,2
	Khá	9	14,4
	Đạt	6	9,6
	Xấu	3	4,8
Đánh giá sự liền xương	Tốt	48	77,5
	Khá	11	17,7
	Đạt	2	3,2
	Xấu	1	1,6

Bảng 3.4. Kết quả chung

Kết quả	Số bệnh nhân (n=62)	Tỷ lệ (%)
Tốt	44	71,2
Khá	9	14,4
Đạt	6	9,6
Xấu	3	4,8

Kết quả gắn sau mổ là tốt với XQ sau mổ hết di lệch và di lệch ít trong mức cho phép là 80,7%. Kết quả xa sau mổ với tỷ lệ liền xương cao đạt 77,5%, biến chứng sau mổ gồm khớp giả, cong nẹp, gãy nẹp sau mổ chiếm tỉ lệ thấp 8%. Biên độ sấp ngửa sau mổ đạt kết quả tốt là 44/62 bệnh nhân chiếm 71,2%. Kết quả chung bệnh nhân đạt tốt và khá chiếm 85,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giới nam của chúng tôi là 41/62 chiếm 66%, nữ là 21/62 chiếm 34%. So sánh với tác giả

Nguyễn Minh Châu có nam chiếm 68,9% và nữ chiếm 31,1% là tương đương.⁶

Từ trên ta thấy tỷ lệ bệnh nhân nam cũng cao hơn so với nữ có thể giải thích nam trong lao động và di chuyển tham gia giao thông nhiều hơn nên bị tai nạn nhiều hơn nữ. Nhóm tuổi dưới 40 chiếm 72,6% ít hơn so với tác giả Nguyễn Minh Châu là 85,5% và tác giả Mikic là 81,4%

Độ tuổi trung bình của chúng tôi là 36±12,6 đây là độ tuổi lao động và chiếm tỷ lệ cao do đó nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến công việc và cuộc sống của chính bệnh nhân và gia đình họ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì nguyên nhân là TNGT chiếm 62,9%. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Nguyễn Minh Châu (2016) 70,0%, Trương Công Đạt (2002) 76,7%. Và cao hơn so với tác giả Mikic (1975) chiếm 16%. Điều này cho ta thấy sự phát triển giao thông và ý thức của người tham gia giao thông ở chúng ta còn nhiều hạn chế.

Từ nghiên cứu trên ta thấy tổn thương 2 tay trong nghiên cứu của chúng tôi là như nhau và khác so với tác giả Mikic, Nguyễn Minh Châu, Trương Công Đạt thì bên trái gặp nhiều hơn bên phải. Từ nghiên cứu trên ta thấy cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm tỷ lệ rất nhỏ so với chấn thương gián tiếp. Và kết quả của chúng tôi cao hơn với nghiên cứu của Mikic, Nguyễn Minh Châu, Trương Công Đạt.

Như vậy cơ chế chấn thương hay gặp là ngã chống tay với bàn tay duỗi, với cơ chế này thì xương quay bị tổn thương đầu tiên và với lực đủ mạnh có thể làm tổn thương gãy trật khớp hoặc bán trật khớp quay trụ dưới.

Quan niệm chung trước đây với gãy trật Galeazzi đều có thể điều trị bảo tồn nhưng kết quả nghiên cứu của Hughston, Mikic, Wong,

Reckling đều cho kết quả thành công không cao do đó phương án điều trị bảo tồn ngày nay rất ít khi được đưa ra.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang. Triệu chứng sưng nề, đau, biến dạng, hạn chế vận động xuất hiện với các tỷ lệ tăng dần lần lượt là 79%, 83,9%, 85,5%, 98,4%. Điều này được giải thích theo thời chấn thương tình trạng sưng nề, đau có xu hướng giảm dần, dấu hiệu biến dạng vận động có thể không gặp ở những trường hợp di lệch ít. Nhưng dấu hiệu hạn chế vận động thì gặp ở phần lớn các bệnh nhân cho dù đến sớm hay muộn. Dấu hiệu này chúng tôi gặp ít hơn so với tác giả Nguyễn Minh Châu 100%.

Qua bảng trên ta thấy có sự khác biệt giữa các tác giả về đặc điểm đường gãy xương quay trong gãy Galeazzi. Từ đó cho ta thấy đặc điểm về hình thái đường gãy phụ thuộc rất nhiều vào nguyên nhân, cơ chế chấn thương. Ta thấy rằng so kết quả của Trương Công Đạt và Nguyễn Minh Châu thì kiểu gãy loại C của chúng tôi cao hơn nhiều vì đặc điểm của loại C là ít gặp xương quay gãy phức tạp nhiều mảnh nhiều tầng có thể phải dùng những loại nẹp dài mà không phải bệnh viện nào cũng sẵn có và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Qua bảng 3.7 có 4 dấu hiệu để hướng tới tổn thương khớp quay trụ dưới trong đó dấu hiệu ngắn xương quay trên 5mm là gặp thường xuyên nhất chiếm tỷ lệ 88,7%. Gãy mỏm trâm trụ chỉ chiếm 16,1% ít hơn so với nghiên cứu Mikic 31,1%. Trong nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào gãy mảnh lớn của mỏm trâm trụ và phải kết hợp xương.

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật. Ta thấy rằng gãy 1/3 dưới và giữa xương quay thường được sử dụng đường mổ là Henry nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng việc các phẫu thuật viên dùng đường mổ Henry 88,7% thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Công Đạt tất cả đều được sử dụng đường mổ Henry. Có thể giải thích việc này vì đường mổ Henry bóc tách phần mềm thuận tiện và việc đặt nẹp vít mặt trước thì phù hợp với đặc điểm giải phẫu của xương quay. Ngoài ra, còn phụ thuộc vào vị trí gãy của xương quay, thói quen của phẫu thuật viên lựa chọn cho phù hợp.

Chúng tôi nhận thấy rằng ngày nay với ưu điểm của nẹp vít khi sử dụng cho chi trên cụ thể là xương quay trong kết hợp xương gãy Galeazzi thì ở nghiên cứu của chúng tôi có đến 100,0% được dùng nẹp vít và nẹp vít AO thẳng thường được sử dụng hơn cả chiếm 88,7% (Bảng 3.9). Không có trường hợp nào dùng đinh nội tuỷ để kết hợp xương quay trong đó nghiên cứu của Vũ

Trọng Tùng 2004 có 13,3% dùng đinh nội tuỷ,⁷ Mikic trong 52 ca phẫu thuật có 39/52 ca là dùng đinh nội tuỷ và ông nhận thấy dùng nẹp vít và đinh Rush cho kết quả khả quan hơn các đinh khác sự khác biệt này theo xu hướng thời gian.⁸

Chúng tôi nhận thấy rằng khớp quay trụ dưới tự về mà không phải làm gì hoặc phải nắn kín lại sau khi đã mổ kết hợp xương quay hoàn hảo tỷ lệ này 98,4%. Chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân được mổ đến muộn sau 2 tháng phải mổ mở để đặt lại khớp quay trụ dưới tương đương với tác giả Trương Công Đạt có 1 bệnh nhân chiếm 6,8%.⁹

4.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật. Chúng tôi theo dõi được 62 bệnh nhân thì thấy kết quả tốt chiếm 71,2% so sánh với Vũ Trọng Tùng thì kết quả của chúng tôi là tương đương. Và kết quả này thấp hơn so với Mikic và Nguyễn Minh Châu. Kết quả xấu chúng tôi ghi nhận được 1 ca khớp giả 2 ca cong nẹp vít chiếm tỷ lệ 4,8%. Chúng tôi không gặp biến chứng như nhiễm trùng, chảy máu, tổn thương thần kinh nào như một số biến chứng mà các tác giả khác gặp phải. Có thể giải thích do bệnh nhân đến mổ với chúng tôi đều là những cuộc mổ có sự chuẩn bị, trang thiết bị đầy đủ, và các phẫu thuật viên chuyên khoa nên những biến chứng sớm này chúng tôi không gặp.

Chúng tôi gặp 2 trường hợp gãy xương sau khi tháo nẹp khoảng 1 năm. Tâm lý bệnh nhân của Việt Nam nói chung thì việc có dụng cụ trong cơ thể là điều bất thường nên bệnh nhân thường có tâm lý muốn lấy và đã lấy nẹp khỏi cơ thể cho nên việc giải thích cho bệnh nhân hiểu được rằng nẹp vít không ảnh hưởng tới sức khoẻ bệnh nhân thì có thể không cần phải tháo bỏ chỉ khi có biến chứng mới thực sự cần thiết phải tháo bỏ. Khi tháo bỏ nẹp thì các bác sỹ cần xem xét các yếu tố về thời gian tình trạng lâm sàng và hình ảnh liên xương trên x-quang để giải thích kỹ cho bệnh nhân để tháo dụng cụ tránh việc tháo quá sớm sẽ dẫn tới việc gãy lại xương như 2 trường hợp trên. Chúng tôi gặp 2 trường hợp cong nẹp vít sau mổ 5 và 6 tháng sau khi làm nặng sớm và 1 trường hợp khớp giả được kiểm tra sau mổ 8 tháng. So sánh với các tác giả khác như Nguyễn Minh Châu có 1 trường hợp gãy nẹp vít.

Từ đó ta thấy nói đến phẫu thuật đặc biệt là phẫu thuật xương khớp thì biến chứng nào cũng đáng sợ vì vậy chúng ta cần phải làm đúng nguyên tắc trong mổ, sau mổ thì sẽ làm giảm bớt các biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Gãy Galeazzi là 1 gãy xương chi trên ảnh hưởng đến khớp quay trụ dưới, độ tuổi gặp

thường là độ tuổi lao động nên nhu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau mổ là rất quan trọng, kết quả cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vis khóa mang lại hiệu quả hồi phục cao và sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Đức** (2004), Chấn thương chỉnh hình chi trên, Nhà xuất bản lao động - xã hội, TP.HCM, 381 - 390.
2. **Anderson, L.D** (1991), "Fractures of the shafts of the radius and ulna", Fractures in Adults of Rockwood C.A Lippincott Co3rd Edit 1991, pp. 728 - 739.
3. **Browner** (1992), "Diaphyseal fractures of the forearm", Skeletal trauma W.B. Saunders Co 3rd Edit, pp. 1113 -1114..
4. **Hughston JC.** Fracture of the distal radial shaft; mistakes in management. J Bone Joint Surg Am.

- 1957;39-A(2):249-264; passim.
5. **Zenke Y, Sakai A, Oshige T, Moritani S, Nakamura T.** Treatment with or without internal fixation for ulnar styloid base fractures accompanied by distal radius fractures fixed with volar locking plate. Hand Surg Int J Devoted Hand Up Limb Surg Relat Res J Asia-Pac Fed Soc Surg Hand. 2012;17(2):181-190. doi:10.1142/S0218810412500177.
6. **Nguyễn Minh Châu** (2014), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy Galeazzi , Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Việt Đức.
7. **Vũ Trọng Tùng** (2004), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy kín Galeazzi, Masters, Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Việt Đức Hà Nội.
8. **Mikić ZD.** Galeazzi fracture-dislocations. J Bone Joint Surg Am. 1975;57(8):1071-1080.
9. **Trương Công Đạt** (2002), Điều trị phẫu thuật gãy trật Galeazzi, Specialist II, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP HCM.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC
ĐIỀU TRỊ U TỦY THƯỢNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC
GIAI ĐOẠN 2018-2022**

Nguyễn Văn Trường¹, Đỗ Trường Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u tủy thượng thận bằng phương pháp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2018-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc phối hợp hồi cứu và tiền cứu trên 33 trường hợp (27BN hội cứu, 6BN tiền cứu) có u tủy thượng thận được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại khoa Phẫu thuật tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2018 – 4/2022. Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, cận lâm sàng, theo dõi các chỉ số trong và sau mổ để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** 33 BN gồm 11 nam (33,3%) và 22 nữ (67,3%). Tuổi trung bình 47.70 ± 12.30 tuổi (31-69). U tủy thượng thận bên phải chiếm 60,6%, u bên trái 39,4%. Kích thước trung bình trên CLVT: 41.27 ± 11.23mm (25-62mm). Thời gian phẫu thuật trung bình: 77.3 ± 16.3 phút (50-105 phút). Không có rối loạn huyết động trong mổ. Biến chứng sau mổ: có 1BN (3%) chảy máu phải mổ mở để khâu cầm máu; 1BN (3%) hạ huyết áp điều trị ổn sau 2 ngày; không có biến chứng suy tuyến thượng thận. Thời gian hậu phẫu trung bình: 3.79 ± 0.70 ngày (3-6 ngày). Kết quả kiểm tra sau mổ: tốt 80,9%, trung bình 19,1%, xấu 0%. **Kết luận:** Phẫu

thuật nội soi sau phúc mạc điều trị u tủy thượng thận là phương pháp an toàn và khả thi với nhiều ưu điểm như: thời gian mổ ngắn, hậu phẫu ngắn và nhẹ nhàng, tính thẩm mỹ cao, kết quả phẫu thuật tốt.

Từ khóa: u tủy thượng thận, nội soi sau phúc mạc.

SUMMARY

**TO EVALUATE THE RESULTS OF
RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY
FOR PHEOCHROMOCYTOMA AT VIET DUC
HOSPITAL IN THE PERIOD 2018-2022**

Objective: To evaluate the results of retroperitoneal laparoscopic surgery for pheochromocytoma at Viet Duc Hospital in the period 2018-2022. **Subjects and methods:** A prospective and retrospective longitudinal follow-up study on 33 pheochromocytoma cases (27 patients retrospectively, 6 prospectively) undergoing retroperitoneal laparoscopic surgery at the Urological Surgery Department, Viet Duc Hospital from January 2018 to April 2022. Patients were clinically and subclinically examined during and postoperation to evaluate study indicators. **Results:** 33 patients included 11 men (33.3%) and 22 women (67.3%). Average age 47.70 ± 12.30 (31-69). The right side were 60.6%, the left side were 39.4%. Average size on CT: 41.27 ± 11.23mm (25-62mm). Average surgery time: 77.3 ± 16.3 minutes (50-105 minutes). There was no intraoperative hemodynamic instability. Postoperative complications: 1 patient (3%) bleeding required open surgery to stop bleeding; 1 patient (3%) had low

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trường Thành

Email: thanhtietnieucd@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022