điều trị khi kết hợp với lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G.W. Albers và các cộng sự.** (2018), "Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging", N Engl J Med. 378, tr. 708-18.
2. **Campbell B. C, Mitchell P. J và Kleinig T. J** (2015), "Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection, EXTEND IA", N Engl J Med. 372(11), tr. 1009-1018.
3. **Caplan L** (2009), "Caplan's stroke: a clinical approach", Fourth Edition. Saunders Elsevier.
4. **R.G. Nogueira và các cộng sự.** (2018), "Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct", N Engl J Med 2018. 378, tr. 11-21.
5. **Đào Việt Phương** (2019), "Nghiên cứu điều trị tắc động mạch lớn hệ tuần hoàn não trước trong vòng 6 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch kết hợp với lấy huyết khối cơ học", Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Fransen P. S, Beumer D và Berkhemer O. A** (2014), "MR CLEAN, a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in the Netherlands: study protocol for a randomized controlled trial". 15(343).
7. **Hatem A. Wafa và các cộng sự.** (2020), "Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years", Stroke.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI LỚN BẰNG NẸP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh[1,2], Quế Văn Huy[1], Nguyễn Tiến Dũng[1], Nguyễn Xuân Thùy[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng nẹp khóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu không đối chứng trên 56 bệnh nhân được quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy thân xương đùi ở người lớn từ tháng 8/2019 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 20 đến 29 tuổi (43%), đa phần là nam giới chiếm 88%, tai nạn giao thông là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (88%) và gãy vị trí 1/3 giữa chiếm đa phần (82%); tổn thương chủ yếu là nhóm A (71%) theo phân loại tiêu chuẩn AO. Kết quả chung theo thang điểm của Larson Bostman và kết quả PHCN của Ter-Schiport tốt chiếm tỷ lệ cao 96%, trung bình là 4%, xấu là 0%. **Kết luận:** Gãy kín thân xương đùi ở người lớn là tổn thương nặng, ảnh hưởng đến chức năng và tầm vận động chi dưới. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa 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.

Từ khóa: Gãy kín thân xương đùi, phẫu thuật.

SUMMARY

TO EVALUATE THE OUTCOME OF ORIF WITH LOCKING PLATE FOR CLOSED ADULT FEMORAL DIAPHYSEAL FRACTURE IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: We aim to evaluate the outcome of ORIF with locking plate for closed adult femoral diaphyseal fracture in Viet Duc university hospital. **Subject and Methods:** This is an uncontrolled retrospective study on 56 patients underwent ORIF with locking plate for closed adult femoral diaphyseal fracture from August 2019 to June 2021. **Results:** Most patients were male (88%) and ranged from 20 to 29 years old (43%). The most common cause of injury was traffic accident (88%). 82% of the fractures were in the middle one third. AO type A accounted for 71%. Overall outcome based on Larson Bostman score and rehabilitation score of Ter-Schiport were 96% good, 4% fair. **Conclusions:** Close femoral diaphyseal fracture in adult is one of the most severe injuries which affect patient significantly. ORIF with locking plate helps reduce and fix the fracture anatomically facilitate early rehab.

Keywords: Closed femoral diaphyseal fracture, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương đùi là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất ở độ tuổi lao động, nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt.

Ở người lớn, khi gãy thân xương đùi, phẫu thuật kết hợp xương là chỉ định tuyệt đối. Hiện nay, phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt được coi là phương pháp kết hợp xương lý tưởng cho gãy thân xương đùi nhờ ưu điểm là cố định ổ gãy vững chắc, chống được di lệch xoay, rất ít nguy cơ nhiễm trùng,... Tuy nhiên, đối với gãy thân xương đùi ở đoạn 1/3 trên hoặc 1/3 dưới do ống tủy loe rộng nên phương pháp phẫu thuật sử

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh
Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023
Ngày duyệt bài: 8.5.2023

dụng nẹp vít để kết hợp xương hay được áp dụng.

Thực tế cho thấy, tại một số bệnh viện có rất nhiều trường hợp không thể sử dụng được đinh nội tủy có chốt ngang khi mổ gãy thân xương đùi, do vậy nẹp vít khóa là phương án thay thế hay được sử dụng. Có rất nhiều nguyên nhân kể cả khách quan và chủ quan để lý giải thực trạng này như: không có đinh nội tủy, ống tủy hẹp và biến dạng, tâm lý phẫu thuật viên, trang thiết bị phòng mổ,…

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong vài năm trở lại đây chúng tôi áp dụng kỹ thuật mổ kết hợp xương sử dụng nẹp vít khóa để điều trị gãy thân xương đùi cho một số bệnh nhân nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá kết quả sau mổ, tỷ lệ thành công, biến chứng của phẫu thuật này. Với mục đích đánh giá kết quả xa của phương pháp phẫu thuật này trên một nhóm bệnh nhân cụ thể nhằm có thêm cái nhìn khách quan về mức độ hiệu quả thật sự của nẹp khóa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 56 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín thân xương đùi ở người lớn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 8/2019 đến tháng 6/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng hồi cứu (56 bệnh nhân).

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi do chấn thương. 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, di chứng sau chấn thương, các bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.4. Kĩ thuật mổ. Có nhiều đường mổ vào thân xương đùi nhưng đường mổ sau ngoài cho nhiều ưu thế

Đường rạch da ở mặt sau ngoài đùi, đi theo mặt trước vách gian cơ ngoài, giữa cơ rộng ngoài và cơ nhị đầu đùi. Đường mổ có thể mở rộng vào toàn bộ chiều dài thân xương đùi từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài

- Ưu điểm:

+ Hoàn toàn đi theo vách gian cơ nên không phải cắt ngang cơ và ít gây chảy máu

+ Chủ động cầm máu các nhánh xiên của động mạch đùi sâu ở sát xương đùi

+ Bảo tồn được hệ thống duỗi gối, bệnh nhân có thể tập vận động chủ động và thụ động sớm tránh được biến chứng teo cơ, cứng khớp gối.

+ Khi cần thiết đường mổ này có thể mở rộng lên trên để vào khớp háng hoặc mở rộng xuống dưới để vào khớp gối.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương
- Triệu chứng lâm sàng
- Đặc điểm tổn thương trên Xquang.
- Thời gian từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật
- 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, cận 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=56)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<20		10	18
	20-29		24	43
	30-39		10	18
	40-49		5	9
	50-59		4	7
	60-69		3	5
Giới	Nam		49	88
	Nữ		7	12
Nguyên nhân gãy xương	Tai nạn lao động		7	12
	Tai nạn xe máy–xe máy		11	20
	Tai nạn xe máy–ô tô		27	48
	Tai nạn xe máy tự ngã		11	20
Vị trí gãy thân xương đùi	1/3 T		6	11
	1/3 G		46	82
	1/3 D		4	7
Tỷ lệ bên gãy	Phải		33	59
	Trái		23	41
Phân loại tổn thương (AO)	A	A1	8	14
		A2	12	21
		A3	20	36
	B	B1	2	4
		B2	9	16
		B3	2	4
	C	C1	2	4
		C2	0	0
		C3	1	1
Thời điểm phẫu thuật	< 24h		15	27
	Từ 2-3 ngày		22	39
	Từ 4-7 ngày		12	21
	> 7 ngày		7	13
Tốn	Chấn thương ngực kín		3	5

thương phối hợp	Chấn thương bụng kín	5	9
	Chấn thương hàm mặt	13	23
	Chấn thương sọ não	14	25
	Chấn thương cột sống	2	4
	Gãy ổ cối	2	4
	Gãy bánh chè	2	4
	Gãy mâm chày	1	2

Bảng 3.1 cho thấy đa số BN ở nhóm 20-29 tuổi (chiếm 43%), giới tính nam chiếm đa phần (88%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNGT (88%).Vị trí gãy thân xương đùi 1/3 giữa chiếm tỉ lệ cao nhất 82 %. Tổn thương loại A chiếm tỷ lệ phổ biến nhất với 71%, tỷ lệ tổn thương loại C nhỏ nhất với 5%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu tiên tính từ khi chấn thương chiếm 87% bệnh nhân nghiên cứu. Trong số 56 bệnh nhân nghiên cứu có 42 bệnh nhân (chiếm 75 %) bệnh nhân có tổn thương phối hợp cho thấy tính chất phức tạp của gãy thân xương đùi.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả gần

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=56)	Tỷ lệ (%)
Diễn biến tại vết mổ	Liền vết mổ thì đầu	54	96
	Nhiễm trùng nông	2	4
	Nhiễm trùng sâu kéo dài	0	0
Kết quả chỉnh trục và kết hợp xương	Hết di lệch	54	96
	Di lệch ít	2	4
	Di lệch nhiều	2	0

Bảng 3.3. Kết quả xa

Đặc điểm	Phân loại		Số bệnh nhân (n=50)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sẹo mổ	Mềm mại		50	100
	Viêm rò		0	0
	Sẹo dính và co kéo		0	0
Kết quả liền xương	Liền xương hết di lệch		48	96
	Liền xương di lệc ít		2	4
	Liền xương di lệch lớn		0	0
	Không liền xương		0	0
Biên độ vận động khớp	Khớp háng	Bình thường	48	96
		Hạn chế ít	2	4
		Hạn chế nhiều	0	0
	Khớp gối	Bình thường	47	94
		Hạn chế ít	3	6
		Hạn chế nhiều	0	0
	Khớp cổ chân	Bình thường	48	96
		Hạn chế ít	2	4
		Hạn chế nhiều	0	0
Chiều dài đùi	Bình thường		48	96
	Ngắn chi ≤ 2 cm		2	4
Chu vi đùi	Bình thường		47	94
	Teo cơ 1-3 cm		3	6

Bảng 3.4. Kết quả chung

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=50)	Tỷ lệ (%)
Kết quả chung	Tốt	48	96
	Trung bình	2	4
	Xấu	0	0

Kết quả gần sau mổ là tốt với 96 % bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu. XQ sau mổ hết di lệch và di lệch ít trong mức cho phép là 100 %, trong đó hết di lệch là 96%. Kết quả xa sau mổ với tình trạng sẹo mổ mềm mại chiếm tỷ lệ cao với 100%, tỷ lệ liền xương hết di lệch 96%, biên độ vận động các khớp cổ chân, háng và gối trở về bình thường cao đạt 94 và 96%. Kết quả chung bệnh nhân đạt tốt chiếm 96%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: Nhóm tuổi hay bị gãy thân xương đùi là từ 20-39 tuổi chiếm 6 1% cỡ mẫu nghiên cứu. Đây là lực lượng lao động chính và là nhóm tuổi có năng suất lao động cao. Chính vì thế gây ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng đời sống xã hội. Kết quả nghiên cứu này cũng không khác biệt nhiều so với một số báo cáo của các tác giả khác. Cụ thể, trong một nghiên cứu của Lê Viết Thống năm 2020 trên 48 BN gãy thân xương đùi tại Bệnh viện HN Việt Đức nhóm tuổi từ 18-40 chiếm tỷ lệ cao nhất là 71 % [1]. Theo Võ Nam Định năm 2011, nghiên cứu 51 BN gãy kín thân xương đùi được điều trị phẫu thuật tại khoa Ngoại chấn thương – Bỏng Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định từ tháng 04/2010 đến tháng 02/2011, nhóm tuổi từ 18-40 có 32 BN chiếm tỷ lệ 63 %[2].

- Giới: Tỷ lệ nam/nữ = 7/1. Như vậy trong gãy thân xương đùi ở người lớn thì nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới. Trước hết, về khách quan, đến từ cơ cấu phương tiện sử dụng cũng như tần suất và cường độ điều khiển phương tiện. Nam giới lái xe nhiều hơn nữ giới, có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân, do yêu cầu

công việc, vai trò trụ cột trong gia đình, truyền thống văn hóa xã hội, trong đó nam giới có vị trí và cơ hội đi lại làm việc nhiều hơn nên xác suất gặp rủi ro cũng cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi số BN bị gãy bên phải là 33 BN chiếm tỷ lệ 59% còn số BN bị gãy bên trái là 23 BN có tỷ lệ 41%. Điều này cũng tương tự như nghiên cứu của Võ Nam Định năm 2011, tỷ lệ gãy chân trái chiếm 53%, tỷ lệ chân phải là 47%[2]. Thực tế, do nguyên nhân gây tai nạn là tai nạn giao thông, tai nạn lao động thì xác suất gặp rủi ro của các chi thể là tương đương nhau. Qua đó cho thấy khả năng gãy chân trái và chân phải không có sự khác biệt đáng kể.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 56 BN, 46 bệnh nhân vị trí gãy là 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 82% còn lại vị trí 1/3 trên có 6 BN (11%) và 1/3 dưới là 7%. Kết quả này có sự khác biệt so với các tác giả khác. Trong nghiên cứu của Hoàng Ngọc Minh gãy 1/3 dưới chiếm 56 %, gãy 1/3 trên chiếm 34%, gãy 1/3 giữa chiếm 10%[3]. Theo Trần Trung Dũng trong một nghiên cứu khác năm 2016: gãy 1/3 trên chiếm 25%, gãy 1/3 giữa chiếm 55%, gãy 1/3 dưới chiếm 20%[4]. Theo Võ Nam Định, tỷ lệ gãy 1/3 dưới thân xương đùi là 45%, 1/3 trên là 41% và 1/3 giữa là 14%[2].

4.2. Đặc điểm Xquang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy loại A chiếm tỷ lệ cao nhất là 71%, loại B là 24%, loại C là 5 %. Theo Võ Nam Định năm 2011, gãy loại A chiếm 55%, loại B chiếm 39%, loại C chiếm 6%[2]. Trong một nghiên cứu khác của Phạm Quang Trung năm 2003, gãy loại A chiếm 60 %, gãy loại B chiếm 35 %, gãy loại C chiếm 5%[5]. Mặt khác, theo Hoàng Ngọc Minh năm 2007 nghiên cứu 50 BN tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, gãy đơn giản nhóm A chiếm 52 %, gãy xương có mảnh rời nhóm B chiếm 42 %, gãy xương phức tạp nhóm C có 6%[3]. Như vậy KHX nẹp khóa được dùng cho tất cả các loại gãy theo phân loại của AO ở các vị trí thân xương đùi. Nhóm BN loại A chiếm tỷ lệ cao nhất và thấp nhất là loại C. Với các gãy xương đùi đơn giản nhóm A, khi sử dụng nẹp khóa sẽ ép hai đầu xương gãy khít vào nhau tạo điều kiện thuận lợi cho liền xương sinh lý sau này.

4.3. Kết quả gần sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 96% BN liền vết mổ thì đầu, 4% BN bị nhiễm trùng nông, điều trị nội khoa, thay băng là liền, không có BN bị nhiễm trùng sâu, viêm xương. Diễn biến tại vết mổ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: vấn đề vô trùng tại phòng mổ và bệnh phòng, kỹ thuật mổ, thời gian mổ, cầm máu sau mổ, kỹ thuật đặt dẫn lưu, thay băng thì đầu và sự vững chắc của ổ KHX. Tất cả các BN trong nghiên cứu đều được chúng tôi vệ sinh chi thể, cạo lông vùng mổ sạch sẽ, thụt tháo cẩn thận trước khi đưa lên phòng phẫu thuật. Chúng tôi có 2 BN bị nhiễm khuẩn vết mổ nông, biểu hiện lâm sàng là sau 5 – 7 ngày BN sốt nhẹ và sưng tấy tại vết mổ, chúng tôi đã tiến hành thay băng, tách chỉ vết mổ cho cấy dịch làm vi sinh và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Sau 3 – 4 ngày điều trị vết mổ thấm ít dịch, BN hết sốt và cảm thấy đỡ căng tức. Nguyên nhân nhiễm khuẩn vết mổ nông là do trong quá trình mổ dẫn lưu không triệt để, còn để lại khoang trống gây đọng dịch. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật KHX luôn được phẫu thuật viên quan tâm, nó quyết định đến thành công của cuộc mổ sau này. Tỷ lệ BN bị nhiễm trùng của chúng tôi cũng tương tự như trong một số nghiên cứu khác. Theo Đặng Kim Châu tỷ lệ này là 97%[6]; Nguyễn Xuân Lành là 4%[7]; Phạm Quang Trung là 4%[5] và Hoàng Ngọc Minh là 6%[3]

4.4. Kết quả xa sau mổ. Theo Hoàng Ngọc Minh báo cáo kết quả phẫu thuật 50 BN tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, tỷ lệ liền xương đạt 100%[3]. Hay theo Nguyễn Xuân Lành tiến hành nghiên cứu 270 BN gãy kín thân xương đùi người lớn do chấn thương tại Bệnh viện HN Việt Đức, tỷ lệ liền xương đạt 97%[7]. Trong nghiên cứu khác của Võ Nam Định kết quả liền xương hết di lệch đạt tỷ lệ 93%[2]. Theo nhóm nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2015) tại Bệnh viện HN Việt Đức, tỷ lệ liền xương là 94 %, không liền xương là 6%[8]; Matthijs P. Somfort (2013) kết quả liền xương 95%, không liền xương 5%[9]; Nguyễn Ngọc Long (2015) tỷ lệ liền xương là 93%, không liền xương là 7%. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho 56 BN, nghiên cứu đánh giá kết quả xa sau mổ ít nhất 9 tháng và dài nhất là 24 tháng được 50 BN cho thấy có 48 BN chiếm tỷ lệ 96 % ổ gãy liền xương hết di lệch. Nguyên nhân đạt được kết quả liền xương cao như trên là do ổ gãy được cố định vững chắc bằng nẹp khóa, các nguồn mạch máu nuôi dưỡng các đầu xương và mảnh xương được bảo toàn trong quá trình phẫu thuật và phục hồi tốt sau mổ. Màng xương được khâu đóng đúng kỹ thuật, đầu xương gãy được nắn chỉnh đúng giải phẫu.

Dựa trên tình trạng sẹo mổ, phim XQ đánh giá tình trạng liền xương, trục xương và kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật như sau: kết quả tốt: Có 48 BN chiếm tỷ lệ 96%, kết quả trung bình: có 2 BN chiếm tỷ lệ 4% (2 BN ngắn chi từ 1-2 cm do gãy có nhiều mảnh rời), kết quả

xấu: không có BN nào. Trong nghiên cứu của Phạm Quang Trung, kết quả tốt: 80%, kết quả trung bình 16% và kết quả xấu là 4%[5]. Hay trong báo cáo khác của Hoàng Ngọc Minh, kết quả tốt 93%, kết quả trung bình 7% và xấu là 0%[3]. Mỗi nghiên cứu của từng tác giả có phương pháp đánh giá kết quả chung khác nhau vì vậy kết quả cụ thể có sự khác nhau đôi chút về tỷ lệ. Từ kết quả trên cho thấy chỉ định mổ KHX nẹp khóa đối với gãy kín 1/3D, gãy không vững có mảnh rời 1/3 trên và 1/3 giữa thân xương đùi trong điều kiện cơ sở vật chất kỹ thuật tại Bệnh viện chúng tôi là hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Gãy kín thân xương đùi là một gãy xương lớn và phức tạp, 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. **Lê Viết Thống** (2020). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Việt Đức năm 2019-2020, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Võ Nam Định** (2011). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít theo nguyên tắc AO, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược – Đại học Huế.
3. **Hoàng Ngọc Minh** (2007). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi người lớn bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện đa khoa Đức Giang, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
4. **Trần Trung Dũng** (2016). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít. Tạp chí Y học Việt Nam, số 1 tháng 8
5. **Phạm Quang Trung** (2003). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi người lớn bằng kết xương nẹp vít, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
6. **Đặng Kim Châu** (1986). Kết quả điều trị 100 trường hợp kết xương bằng nẹp vít AO không dùng lực ép, Tạp chí ngoại khoa, 2, 1-5.
7. **Nguyễn Xuân Lành** (1995). Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật 270 trường hợp gãy kín thân xương đùi ở người lớn do chấn thương, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viên Quân Y.
8. **Nguyễn Văn Dũng** (2015). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật biến chứng bong, gẫy nẹp vít sau mổ gẫy thân xương đùi ở người lớn tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Bệnh viện HN Việt Đức.
9. **Matthijs P. Somford, Michel P.J Van den Bekerom, Petr Kloen** (2013). Operative treatment for femoral shaft nonunions, a systematic review of the liteature, Strat Traum Limb Recon, 8, 77-88.

PHẪU THUẬT RÔ-BỐT CẮT TUYẾN GIÁP QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM

Ngô Quốc Duy[1,2], Ngô Xuân Quý[1], Phạm Văn Bình[1], Lê Văn Quảng[1,2]

TÓM TẮT

Phẫu thuật rô-bốt cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (TORT) là kỹ thuật mới trong phẫu thuật tuyến giáp và có nhiều ưu điểm vượt trội do vừa kết hợp được ưu điểm của cách tiếp cận qua tiền đình miệng, vừa kết hợp được những ưu điểm của hệ thống phẫu thuật rô-bốt hiện đại bậc nhất thế giới. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp đầu tiên bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm cT1aN0M0 được phẫu thuật thành công TORT. Thời gian phẫu thuật của bệnh nhân lần lượt là 170 phút. Thời gian tạo khoang, doking, console ở bệnh nhân thứ nhất lần lượt là 30 phút, 30 phút và 110 phút. Thời gian hậu phẫu của bệnh nhân là 5 ngày và không có bất kỳ tai biến, biến chứng nào. Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng về kết quả phẫu thuật, đặc biệt là kết quả thẩm mĩ. **Kết luận:** Kỹ thuật TORT lần đầu tiên được thực hiện thành công để điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại Việt Nam. Đây là dấu mốc trong phẫu thuật tuyến giáp không chỉ ở Bệnh viện K mà còn ở Việt Nam.

Từ khoá: Cắt tuyến giáp rô-bốt, phẫu thuật rô-bốt, cắt tuyến giáp rô-bốt qua tiền đình miệng, TORT.

SUMMARY

TRANSORAL ROBOTIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH FOR PAPILLARY

[1]Bệnh viện K
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy
Email: duyyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023
Ngày duyệt bài: 5.5.2023