

của CLVT và CHT còn nằm ở chỗ, có thể xác định mối liên quan giữa NBHOB với các cấu trúc xung quanh như quai ruột, hay mạch máu, từ đó có thể lên kế hoạch điều trị [9]. Trong một số trường hợp hiếm gặp, kích thước nang quá lớn, siêu âm và CLVT ổ bụng chẩn đoán nhầm với tình trạng dịch tự do ổ bụng nhiễm trùng có khoang vách. Các tác giả đều nhấn mạnh rằng, phẫu thuật nội soi có giá trị vừa chẩn đoán vừa điều trị trong những trường hợp chưa rõ ràng này [2],[9].

V. KẾT LUẬN

NBHOB ở trẻ em có triệu chứng lâm sàng không điển hình, triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng, sờ thấy khối bụng bụng và bụng chướng. Các triệu chứng có thể thay đổi tùy theo lứa tuổi phát hiện bệnh, đôi khi không có triệu chứng. Các phương tiện CĐHA có giá trị trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt cũng như phát hiện các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ricketts RR.** Mesenteric and Omental Cysts. In:

Coran AG, ed. Pediatric Surgery (Seventh Edition). Mosby; 2012:1165-1170.

2. **Goh BKP, Tan YM, Ong HS, et al.** Intra-abdominal and retroperitoneal lymphangiomas in pediatric and adult patients. *World J Surg.* 2005;29(7):837-840.
3. **Kim SH, Kim HY, Lee C, et al.** Clinical features of mesenteric lymphatic malformation in children. *J Pediatr Surg.* 2016;51(4):582-587.
4. **Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A, et al.** Mesenteric cystic lymphangioma. *J Am Coll Surg.* 2003;196(4):598-603.
5. **Nam SH, Kim DY, Kim SC, et al.** The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children. *J Korean Surg Soc.* 2012;83(2):102.
6. **Maung M, Saing H.** Intestinal volvulus: an experience in a developing country. *J Pediatr Surg.* 1995;30(5):679-681.
7. **Wohlgemuth WA, Brill R, Dendl LM, et al.** Abdominal lymphatic malformations. *Radiol.* 2018;58(S1):29-33.
8. **Konen O, Rathaus V, Dlugy E, et al.** Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Pediatr Radiol.* 2002;32(2):88-94.
9. **Son TN, Liem NT.** Laparoscopic Management of Abdominal Lymphatic Cyst in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech.* 2012;22(5):505-507.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SAU MỔ CỐ ĐỊNH XƯƠNG SỬ DỤNG SPACER VÀ CHUỖI HẠT XI MĂNG KHÁNG SINH

Đoàn Lê Vinh¹, Lê Mạnh Sơn¹, Nguyễn Văn Phan¹,
Nguyễn Thành Luân¹, Phạm Vũ Anh Quang¹, Ngô Đức Quang¹,
Nguyễn Văn Đạt¹, Vũ Đình Thắng¹, Đỗ Trọng Hùng¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 37 bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ kết hợp xương bên trong và cố định ngoại vi, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị nhiễm trùng sau mổ cố định xương sử dụng spacer và chuỗi hạt xi măng kháng sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn, tiến hành phẫu thuật 2 thì, khám lại đánh giá kết quả sau mổ 6 tháng. **Kết quả:** Sau phẫu thuật 6 tháng, có 1 bệnh nhân (2.7%) phải mổ lại do nhiễm trùng tái phát, 36 bệnh nhân (97.3%) vết mổ liền sẹo tốt, không rò, không có dấu hiệu nhiễm trùng tái phát. Trên phim XQ, trong số 36 bệnh nhân, có 33 bệnh nhân (91.7%) đã liền xương, 2 bệnh nhân

(5.6%) chậm liền và 1 bệnh nhân (2.7%) khớp giả phải phẫu thuật ghép xương. **Kết luận:** Điều trị nhiễm trùng sau mổ cố định xương sử dụng spacer, chuỗi hạt xi măng kháng sinh là an toàn, hiệu quả, ít biến chứng, cho tỉ lệ khỏi nhiễm trùng và tỉ lệ liền xương cao.

Từ khóa: nhiễm trùng sau mổ, cố định xương, spacer, chuỗi hạt, xi măng kháng sinh

SUMMARY

INITIAL RESULT OF SURGERY TREATMENT FOR INFECTION AFTER FRACTURE FIXATION USING ANTIBIOTIC- LOADED POLYMETHYLMETHACRYLATE BEADS AND SPACER

This study was conducted on 37 infected patients after surgery for internal fixation and external fixation who were treated at Viet Duc Hospital from 8/ 2021 to 8/2022 by using antibiotic-loaded polymethylmethacrylate beads and spacer. Objectives: Evaluate the initial result of surgery treatment for infection after fracture fixation using antibiotic-loaded polymethylmethacrylate beads and spacer. Methods: This is a descriptive prospective study. We selected

¹Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Lê Vinh

Email: drdoanlevinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023

patients according to selection criteria, perform 2-stage surgery, re-examine and evaluate results after surgery 6 months. Results: At six-month postoperative, 1 patient (2.7%) had to re-operate due to recurrent infection, 36 patients (97.3%) had good scar healing, no fistula, no sign of recurrent infection. On X-ray, out of 36 patients, 33 patients (91.7%) have bone union, 2 patients (5.6%) have delayed union and 1 patient (2.7%) has non union, that was required a bone graft surgery. Conclusions: Surgery treatment for infection after fracture fixation using antibiotic-loaded polymethylmethacrylate is safe, effective, with few complications, high cure rate and high bone union rate. **Keywords:** infection after surgery, fracture fixation, spacer, beads, antibiotic-loaded polymethylmethacrylate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những biến chứng đáng sợ và thách thức nhất trong điều trị gãy xương là nhiễm trùng sau cố định xương, tình trạng này có thể dẫn đến việc trì hoãn sự liền xương, mất chức năng chi thể hoặc thậm chí là cắt cụt chi. Cùng với sự phát triển của xã hội hiện đại, sự gia tăng của các trường hợp gãy xương, tỉ lệ kháng kháng sinh cao của các chủng vi khuẩn, vấn đề nhiễm trùng xương ngày càng trở nên bức thiết. Có nhiều phương pháp điều trị nhiễm trùng xương như: kháng sinh toàn thân liều cao, kéo dài, phẫu thuật cắt lọc nạo viêm, lấy xương chết, hút liên tục áp lực âm... Điều trị kháng sinh liều cao dài ngày gây nhiều tác dụng phụ, ảnh hưởng chức năng gan thận. Phẫu thuật cắt lọc, nạo viêm lấy xương chết tiến hành rất nhiều lần để lại một khoảng khuyết xương lớn vô hình chung tạo ra một khoảng chết làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tái phát. Điều trị nhiễm trùng xương bằng liệu pháp kháng sinh tại chỗ được bắt đầu từ ý tưởng của Buchholz và Klemm năm 1970 và sau đó được thực hiện rộng rãi hơn với nhiều ưu điểm nổi bật như tăng nồng độ kháng sinh tại chỗ giúp tăng hiệu quả diệt khuẩn và giảm tác dụng phụ của việc sử dụng kháng sinh toàn thân, lấp đầy khoảng khuyết xương tạo điều kiện thuận lợi cho ghép xương sau này.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá kết quả sớm điều trị nhiễm trùng sau mổ cố định xương sử dụng spacer và chuỗi hạt xi măng kháng sinh" nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được đoán nhiễm trùng sau mổ cố định gãy xương kín và gãy xương hở, được điều trị tại khoa Phẫu thuật chấn thương chung Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022, có đầy đủ hồ sơ

bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân nhiễm trùng nông vết mổ, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.
- Phẫu thuật thì 1: Nạo viêm, lấy xương chết đặt xi măng kháng sinh:

+ Sau khi vô cảm, rạch da, mở rộng vết mổ theo vết mổ cũ, hoặc qua lỗ rò, lấy dịch mủ nuôi cấy định danh vi khuẩn. Cắt lọc tổ chức phần mềm đến vùng khoẻ mạnh.

+ Tháo dụng cụ kết hợp xương với những bệnh nhân ở giai đoạn mạn tính, giữa và cuối giai đoạn bán cấp khi màng sinh học đã hình thành vững chắc. Giữ lại dụng cụ với những bệnh nhân ở giai đoạn cấp tính, đầu giai đoạn bán cấp khi màng sinh học chưa hình thành vững chắc, lấy mảnh xương chết gửi giải phẫu bệnh. Cắt xương đến phần xương có chảy máu bơm rửa bằng 5-7 lít dung dịch NaCl 0.9%. Cố định xương bằng phương tiện thích hợp: Nẹp vít bên trong, khung cố định ngoại vi, đảm bảo sự ổn định ổ gãy.

+ Trộn xi măng kháng sinh: Sử dụng loại xi măng có sẵn kháng sinh Gentamicin (xi măng BonOs của hãng Orsatis 40g chứa 0.8g Gentamicin và xi măng Palacos của hãng Heraeus 40g chứa 0.6g Gentamycin). Trộn với kháng sinh khác theo kháng sinh đồ (nếu đã có kết quả từ trước) hoặc trộn thêm đồng thời 2 kháng sinh Meronem + Vancomycin (nếu chưa có kết quả kháng sinh đồ từ trước). Tỉ lệ trộn khoảng 10-15%. Tạo hình phương tiện xi măng kháng sinh tại chỗ: Tạo spacer lấp đầy khoảng trống khuyết xương. Tạo chuỗi hạt bằng xi măng kháng sinh và chỉ Prolene số 0, kích thước mỗi hạt 3-5mm, mỗi chuỗi có khoảng 15-20 hạt, đặt chuỗi quanh vị trí xương nhiễm trùng.

+ Đặt dẫn lưu, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu, rút dẫn lưu sau 48h.

- Điều trị sau mổ:

+Kháng sinh đường tĩnh mạch 2 tuần theo kháng sinh đồ, sau đó sử dụng kháng sinh phổ rộng đường uống 4 tuần.

+Theo dõi triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm số lượng bạch cầu, CRP, tốc độ máu lắng 2 tuần/lần.

- Phẫu thuật thì 2: Sau khoảng 6-8 tuần

+ Điều kiện ghép xương thì 2: Phần mềm tại chỗ ổn định, không sưng tấy, không rò, xét nghiệm số lượng bạch cầu, CRP, tốc độ máu lắng

về giá trị bình thường ở 2 lần xét nghiệm liên tiếp. Đánh giá trong mổ: Nếu tại chỗ không còn dấu hiệu viêm: tháo phương tiện tạm thời, lấy bỏ xi măng kháng sinh, kết hợp xương và ghép xương ổ gãy bằng xương chậu, xương mác tự thân, xương nhân tạo. Nếu tại chỗ còn dấu hiệu viêm: lặp lại phẫu thuật thì 1 và phẫu thuật ghép xương sẽ thực hiện sau đó 6-8 tuần.

- Khám lại sau mổ thì 2: Ở thời điểm 6 tháng. Khám lâm sàng, đánh giá mức độ liền xương trên phim XQ theo thang điểm mRUST, (điểm số dao động từ 4 đến 16 điểm, theo phân loại của Kizkapan, ≥ 12 điểm đánh giá là liền xương, 8-11 điểm: chậm liền xương, ≤ 7 điểm: khớp giả[1].

Phân tích và xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20. Các kết quả được tính toán: tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ, mối tương quan giữa các biến số. Các test nghiên cứu: χ^2 test, T test với $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau phẫu thuật 6 tháng, chúng tôi đã theo dõi được 37 bệnh nhân. Trong đó có 31 bệnh nhân nam chiếm 83.8%, 6 bệnh nhân nữ chiếm 16.2%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 37.86 (± 13.07) với bệnh nhân trẻ nhất là 15 tuổi, lớn tuổi nhất là 66 tuổi. Thời gian từ lần phẫu thuật cố định xương đến khi phẫu thuật liệu pháp xi măng kháng sinh tại chỗ: dưới 2 tuần có 17 bệnh nhân chiếm 45.9%, từ 3 đến 10 tuần có 12 bệnh nhân chiếm 32.4%, trên 10 tuần có 8 bệnh nhân chiếm 21.7%. Theo vị trí nhiễm trùng, chi trên có 3 bệnh nhân chiếm 8.1%, chi dưới có 33 bệnh nhân chiếm 89.2%, có 1 bệnh nhân nhiễm trùng 2 vị trí là cẳng tay và thân xương đùi chiếm 2.7%.

Theo loại vi khuẩn gây nhiễm trùng, chủ yếu là tụ cầu vàng có 23 bệnh nhân chiếm 62.2%, trực khuẩn mủ xanh có 5 bệnh nhân chiếm 13.5%. (Bảng 1)

Bảng 1: Loại vi khuẩn gây nhiễm trùng (N=37)

Loại vi khuẩn	n	Tỉ lệ
E.coli	3	8.1%
Enterobacter cloacae	2	5.4%
Enterococcus	1	2.7%
Klebsiela	3	8.1%
Trực khuẩn mủ xanh	5	13.5%
Tụ cầu vàng	23	62.2%
Tổng	37	100%

Theo loại kháng sinh được trộn, chúng tôi sử dụng loại xi măng có sẵn kháng sinh Gentamicin nồng độ thấp, sau đó trộn thêm các kháng sinh

khác. Trộn thêm Vancomycin có 16 bệnh nhân chiếm 43.2%, trộn thêm Meronem có 4 bệnh nhân chiếm 10.9%, trộn thêm Amikacin có 1 bệnh nhân chiếm 2.7%, trộn thêm Vancomycin và Meronem có 16 bệnh nhân chiếm 43.2% (Bảng 2)

Bảng 2: Loại kháng sinh được trộn (N=37)

Kháng sinh trộn	n	Tỉ lệ
Amikacin + Gentamicin	1	2.7%
Meronem + Gentamicin	4	10.9%
Vancomycin + Gentamicin	16	43.2%
Vancomycin+Meronem+Gentamicin	16	43.2%
Tổng	37	100%

Theo phương pháp đặt xi măng kháng sinh tại chỗ, có 19 bệnh nhân chiếm 51.4% đặt Spacer kèm chuỗi hạt, có 14 bệnh nhân chiếm 37.8% đặt spacer đơn thuần, còn lại 4 bệnh nhân đặt chuỗi hạt đơn thuần chiếm 10.8%. Phương tiện cố định xương gồm 14 bệnh nhân giữ lại phương tiện cũ chiếm 37.8%, 10 bệnh nhân cố định bằng nẹp vít bên trong chiếm 27%, 8 bệnh nhân sử dụng khung cố định ngoài chiếm 21.6% và 5 bệnh nhân xương vững tương đối nên không cần phương tiện cố định chiếm 13.5%.

Sau 6 tháng theo dõi, 1 bệnh nhân phải mổ lại do nhiễm trùng tái phát sau ghép xương chiếm 2.7%, 36 bệnh nhân còn lại vết mổ liền sẹo tốt, không rò, không có dấu hiệu nhiễm trùng tái phát chiếm 97.3%. Trên phim chụp X-quang sau 6 tháng của 36 bệnh nhân, đánh giá mức độ liền xương theo thang điểm mRUST, có 33 bệnh nhân liền xương (mRUST ≥ 12) chiếm 91.7%, 2 bệnh nhân chậm liền xương (mRUST 8-11) chiếm 5.6% và 1 bệnh nhân khớp giả (mRUST ≤ 7) phải phẫu thuật ghép xương chiếm 2.7% (Bảng 3).

Bảng 3: Mức độ liền xương trên phim X-quang sau mổ 6 tháng theo thang điểm mRUST (N=36)

Mức độ liền xương	N	Tỉ lệ
Liền xương (mRUST ≥ 12)	33	91.7%
Chậm liền xương (mRUST 8-11)	2	5.6%
Không liền xương (mRUST ≤ 7)	1	2.7%
Tổng	36	100%

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm trùng sau phẫu thuật cố định xương vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ chấn thương chỉnh hình do bệnh nhân phải gặp đồng thời 2 vấn đề nghiêm trọng là gãy xương và nhiễm trùng. Để điều trị hiệu quả, điều quan trọng ban đầu là phải giải quyết tình trạng nhiễm trùng, sau đó mới tính đến việc kết hợp xương.

Hầu hết các trường hợp nhiễm trùng sau cố định xương là do vi khuẩn tạo màng sinh học gây ra. Màng sinh học bao gồm mạng lưới ngậm nước của polysaccharide và protein vững chắc, nó bảo vệ vi sinh vật khỏi các chất kháng khuẩn và thực bào góp phần vào tính miễn dịch của bệnh nhiễm trùng [2]. Để điều trị nhiễm trùng liên quan đến màng sinh học, cần phải tuân thủ bốn nguyên tắc do Cierny và Mader đưa ra: 1. Cắt lọc tổ chức hoại tử, lấy bỏ xương chết đồng thời lấp đầy không gian chết. 2. Ổn định ổ gãy 3. Che phủ xương bằng phần mềm. 4. Nồng độ kháng sinh đủ lớn [3]. Ở xương khỏe mạnh, nồng độ kháng sinh tại chỗ có thể thấp hơn 20% nồng độ trong huyết thanh, hiệu quả của chúng tiếp tục bị giảm đi trong tình trạng nhiễm trùng do các tổ chức hoại tử, sự tưới máu nghèo nàn và màng sinh học vững chắc ngăn cản sự thẩm thấu của các phân tử kháng sinh. Sử dụng kháng sinh toàn thân trong thời gian dài được coi là cần thiết tuy nhiên liệu pháp này có thể dẫn đến các tác dụng phụ và độc tính. Để đạt được nồng độ kháng sinh lớn tại chỗ đòi hỏi phải sử dụng liều lượng cao kháng sinh toàn thân, điều này dẫn đến các tác dụng phụ của thuốc. Xi măng sinh học là chất lý tưởng để phân phối kháng sinh tại chỗ và lấp đầy khoảng trống chết trong điều trị nhiễm trùng [2]. Spacer xi măng kháng sinh có tác dụng giải phóng kháng sinh tại chỗ, lấp đầy khoảng trống chết giúp điều trị nhiễm trùng và tạo điều kiện cho ghép xương sau này. Chuối hạt xi măng kháng sinh giúp tăng diện tích bề mặt, tăng khả năng giải rửa kháng sinh.

Theo Willeneger và Roth, các bệnh nhân được phân loại theo thời gian tính từ khi được phẫu thuật cố định xương cho đến khi được chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng: Giai đoạn sớm (<2 tuần), giai đoạn trì hoãn (3-10 tuần), giai đoạn muộn (> 10 tuần) [4]. Phân loại này rất quan trọng vì ảnh hưởng đến các quyết định điều trị do có liên quan đến sự vững chắc của màng sinh học và mức độ ổn định ổ gãy. 17 bệnh nhân chiếm 45.9% ở giai đoạn sớm, màng sinh học chưa vững chắc, ổ gãy chưa ổn định vì chưa có cal xương, vì vậy chúng tôi giữ lại phương tiện. 12 bệnh nhân chiếm 32.4% ở giai đoạn trì hoãn, màng sinh học có thể đã hình thành vững chắc hoặc chưa, tùy vào sự liền xương ổ gãy và sự ổn định của phương tiện chúng tôi đưa ra các chiến lược điều trị phù hợp. Có 8 bệnh nhân ở giai đoạn nhiễm trùng muộn chiếm 21.7%, màng sinh học rất vững chắc vì vậy chúng tôi tháo bỏ phương tiện cố định xương bên trong, nếu xương liền xương chưa ổn định, chúng tôi sử

dụng dụng cụ cố định xương mới để tạo sự ổn định ổ gãy. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là tụ cầu vàng chiếm 62.2%, trong đó tụ cầu vàng kháng methylcilline chiếm phần lớn. Tác nhân đứng hàng thứ 2 là trực khuẩn mủ xanh có 5 bệnh nhân chiếm 13.5%, là những vi khuẩn có nhu cầu dinh dưỡng tối thiểu, chịu được nhiệt độ cao và đa kháng kháng sinh, có liên quan đến tỷ lệ tái phát cao hơn đáng kể so với tụ cầu vàng [5].

Chúng tôi sử dụng loại xi măng có kháng sinh với nồng độ Gentamicin thấp. Nồng độ này chỉ có tác dụng chống vi khuẩn bám dính, tuy nhiên khi trộn cùng các kháng sinh khác sẽ tăng sự rửa giải của các kháng sinh được trộn [6]. Với những bệnh nhân đã có kết quả kháng sinh đồ, chúng tôi sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ, với những bệnh nhân phẫu thuật lần đầu, chưa có nuôi cấy vi khuẩn trước đó, chúng tôi sử dụng phối hợp kháng sinh phổ rộng là Vancocycin và Meronem. 37.8% bệnh nhân có khuyết xương với mức độ nhiễm trùng khu trú chúng tôi chỉ sử dụng spacer, 51.4% bệnh nhân có khuyết xương kèm theo nhiễm trùng lan rộng, chúng tôi sử dụng đồng thời spacer và chuối hạt. 5 bệnh nhân sau khi nạo viêm không cần cố định xương do xương đã liền một phần và ổn định chiếm 13.5%. 14 bệnh nhân chiếm 37.8% giữ lại phương tiện cũ là những bệnh nhân ở giai đoạn sớm, phương tiện còn vững, màng sinh học chưa hình thành. 10 bệnh nhân chiếm 27% được cố định bằng nẹp vít bên trong, sẽ tháo ra và thay bằng phương tiện thích hợp ở thì sau. Khung cố định ngoài có nhược điểm là không vững chắc, công kèn, bệnh nhân khó chịu, tỉ lệ nhiễm trùng chân đinh cao, những bệnh nhân có tình trạng mô mềm thuận lợi, chúng tôi sử dụng phương tiện cố định bên trong là nẹp vít.

Sau 6 tháng theo dõi sau phẫu thuật thì 2, 36 bệnh nhân không có dấu hiệu nhiễm trùng tái phát chiếm 97.3%, 1 bệnh nhân phải phẫu thuật lại do nhiễm trùng tái phát sau ghép xương chiếm 2.7%. Trên phim chụp XQ sau 6 tháng, đánh giá mức độ liền xương có 33 bệnh nhân liền xương chiếm 91.7%, 2 bệnh nhân chậm liền xương chiếm 5.6% và 1 bệnh nhân khớp giả phải phẫu thuật ghép xương chiếm 2.7%. Kết quả của chúng tôi tương tự với Kanakaris (2014) tỉ lệ thành công từ 96-100%[7], Morelli (2016) tỉ lệ liền hết nhiễm trùng là 91.1%, tỉ lệ liền xương hoàn toàn là 89.7%[8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị nhiễm trùng sau mổ cố định xương sử dụng spacer và chuối hạt xi măng kháng sinh

cho kết quả bước đầu an toàn, hiệu quả, ít biến chứng, cho tỉ lệ khỏi nhiễm trùng và tỉ lệ liền xương cao. Tuy nhiên cần thời gian theo dõi dài hơn để có thể đánh giá được kết quả xa về phương pháp điều trị này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kizkapan T.B., Misir A., Oguzkaya S. và cộng sự.** (2021). Reliability of radiographic union scale in tibial fractures and modified radiographic union scale in tibial fractures scores in the evaluation of pediatric forearm fracture union. *Jt Dis Relat Surg*, 32(1), 185–191.
2. **Nelson C.L.** (2004). The current status of material used for depot delivery of drugs. *Clin Orthop Relat Res*, (427), 72–78.
3. **Cierny G., Mader J** (1983). The surgical treatment of adult osteomyelitis. New York, NY, USA: Churchill Livingstone, 4814–4834.
4. **Willenegger H, Roth B** (1986). Treatment tactics and late results in early infection following osteosynthesis. 12, 241–246.
5. **Musahl V, Tarkin I, Kobbe P, et al** (2009). New trends and techniques in open reduction and internal fixation of fractures of the tibial plateau. 9(14), 426–433.
6. **Anagnostakos K. và Kelm J.** (2009). Enhancement of antibiotic elution from acrylic bone cement. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*, 90(1), 467–475.
7. **Kanakaris N., Gudipati S., Tosounidis T. và cộng sự.** (2014). The treatment of intramedullary osteomyelitis of the femur and tibia using the Reamer-Irrigator-Aspirator system and antibiotic cement rods. *Bone Joint J*, 96-B(6), 783–788.
8. **Morelli I, Drago L, George DA, Gallazzi E, Scarponi S, Romano CL** (2016). Masquelet technique: myth or reality? A systematic review and meta-analysis. 68–76.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Văn Tiệp¹, Phạm Nguyễn Nghĩa Đô¹, Hồ Chí Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn điều trị ung thư dạ dày. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 108 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn điều trị ung thư dạ dày trong thời gian 02/2018 đến 6/2021 tại bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Có 108 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn: Tuổi trung bình là 61,8 ± 12,1 tuổi (23 – 85), nam chiếm 75,9%, nữ chiếm 24,1%. ASA = 2 (63,9%), ASA = 3 (36,1%). Giai đoạn bệnh IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC lần lượt là 20,4%; 18,5%; 21,3%; 11,1%; 16,7%; 12,0%. Loại tế bào: ung thư biểu mô tuyến ống: 84,3%; ung thư biểu mô tế bào nhân: 9,2%, ung thư biểu mô tế bào dạng nhầy: 6,5%. Kỹ thuật: cắt gần toàn bộ dạ dày: 92,6%, cắt toàn bộ dạ dày 7,4%; phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux – en – Y: 79,6%, kiểu Polya 8,3%, kiểu Pean 12,1%. Tổng số hạch vét trung bình 27,2 ± 8,2 hạch (14 – 63). Biến chứng sau phẫu thuật: nhiễm khuẩn vết mổ: 4,6%; rò móm tá tràng 1,9%, tắc ruột sau mổ 1,9%; chảy máu trong ổ bụng 0,9%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật 7,2 ± 2,3 ngày (7-18). Thời gian sống trung bình thêm sau phẫu thuật 44,8 ± 3,5 tháng. Dự báo tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm lần lượt là: 96,0%; 80,2%; 73,3%;

57,4%. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật với thang điểm Spitzer: 5 – 6 điểm; 7 – 8 điểm; 9 – 10 điểm lần lượt là: 18,5%; 39,8%; 41,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn là phương pháp hiệu quả được lựa chọn ưu tiên trong điều trị ung thư dạ dày, kết quả phẫu thuật khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian phục hồi sau phẫu thuật sớm, thời gian sống thêm sau phẫu thuật kéo dài cho bệnh nhân.

Từ khóa: phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, ung thư dạ dày, cắt dạ dày triệt căn

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF RADICAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER TREATMENT AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: To review some clinical and sub-clinical characteristics and evaluate the results of radical gastrectomy for gastric cancer treatment. **Patients and research methods:** a retrospective, cross-sectional study of 108 patients undergoing radical gastrectomy for gastric cancer from February 2018 to June 2021 at Military Hospital 103. **Results:** There were 108 patients undergoing radical gastrectomy: The mean age was 61.8 ± 12.1 years (23 - 85), male accounted for 75.9%, female accounted for 24.1%. ASA = 2 (63.9%), ASA = 3 (36.1%). Stage IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC were 20.4%, respectively; 18.5%; 21.3%; 11.1%; 16.7%; 12.0%. Cell type: tubular adenocarcinoma: 84.3%; signet ring cell carcinoma: 9.2%, mucinous adenocarcinoma: 6.5%. Technique: sub-total gastrectomy 92.6%, total gastrectomy 7.4%; Roux-en-Y: 79.6%, Polya 8.3%, Pean 12.1%. The average number of dissected lymph nodes was 27.2 ± 8.2 nodes (14 – 63). Postoperative complications: wound

¹Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiệp

Email: chiductam@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023