

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHOÁ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Bá Ngọc<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Thắng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Sỹ Triều<sup>1</sup>, Thái Ngọc Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kết hợp xương nẹp khoá, nhận xét về phương pháp và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. **Đối tượng nghiên cứu:** 37 trường hợp gãy kín đầu dưới xương chày, có thể kèm theo gãy xương mác hoặc không gãy xương mác (24 nam, 13 nữ) tuổi từ 18-74, tuổi trung bình:  $47,81 \pm 13,7$  tuổi, được điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít khoá đầu dưới xương chày tại Bệnh Viện Quân Y 103 trong thời gian từ tháng 10/2018 - 5/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. Các bệnh nhân được phẫu thuật mở ổ gãy kết xương nẹp vít khoá đầu dưới xương chày, có thể kết xương xương mác hoặc không kết xương mác. **Kết quả:** Đánh giá kết quả xa theo tiêu chuẩn của Johner và Wruhs để đánh giá kết quả phục hồi chức năng của bệnh nhân, kết quả phục hồi chức năng rất tốt chiếm 76,9%, kết quả phục hồi chức năng tốt chiếm 15,4%, trung bình chiếm 7,7%, tất cả 100% liền xương. **Kết luận:** Phương pháp kết xương nẹp vít khoá điều trị gãy đầu dưới xương chày là một phẫu thuật phù hợp và đạt kết quả tốt. **Từ khoá:** Gãy đầu dưới xương chày, kết xương nẹp khoá

### SUMMARY

#### EVALUATION OF RESULT TREATMENT OF THE DISTAL TIBIAL FRACTURES BY LOCKING PLATE FIXATION AT 103 MILITARY HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation of result treatment of close distal tibia fracture by locking plate fixation. Comments on surgical method and risks influence to results. **Subjects:** 37 patients (24 males, 13 females), from 18 to 74 ages, average  $47,81 \pm 13,7$ ; diagnosed with the distal tibia fracture and fibula fracture or not. Were treated by locking plate osteosynthesis at Military Hospital 103 from October 2018 to May 2023. **Methods:** Prospective, clinical trials without control group, cross-sectional description combined with longitudinal follow-up. Patients with surgical method by ORIF for both distal tibia and fibula bones or only ORIF distal tibia. **Results:** Evaluation of result treatment by Johner và Wruhs score. 100% patients bone healing. Far result in 26 patients after surgery: excellent 76,9%, good 15,4%. Average 7,7%.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Thái Ngọc Bình

Email: binhthaingoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023

**Conclusions:** Locking plate fixation is good method surgical treatment of distal tibia fracture.

**Keywords:** Distal tibia, locking plate fixation

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương chày là loại gãy thường gặp, chiếm tỷ lệ 5- 10% trong các thương tổn của gãy hai xương cẳng chân đường gãy có thể phạm khớp hoặc không phạm khớp cổ chân [1]. Đây là loại gãy khó điều trị do vùng này có nguồn máu nuôi dưỡng nghèo nàn, phần mềm bao bọc chủ yếu là gân và da. Từ những năm 90 của thế kỷ XX nẹp vít khoá bắt đầu phát triển, giống như một cổ định ngoài đặt trong phần mềm, cổ định ổ gãy xương nhưng không nhất thiết phải áp sát nẹp vào xương như nẹp vít thường. Với hình dạng được thiết kế phù hợp giải phẫu đầu xương với các hướng vít khác nhau giúp cho đặt nẹp và cổ định ổ gãy và các mảnh xương rời dễ dàng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kết hợp xương nẹp khoá". Nhằm mục tiêu:

- Đánh giá kết quả điều trị gãy xương đầu dưới xương chày bằng phẫu thuật kết xương nẹp khoá

- Rút ra một số nhận xét về lựa chọn phương pháp kết xương và các yếu tố ảnh hưởng tới chức năng sau phẫu thuật.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 37 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương chày, tuổi từ 18-74, trung bình  $47,81 \pm 13,7$  tuổi, được điều trị bằng kết hợp xương nẹp khoá tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2018 đến 5/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tuổi  $\geq 18$ , gãy kín đầu dưới xương chày phân loại theo AO/ASIF: loại A và C; có hoặc không có gãy xương mác kèm theo đã được phẫu thuật kết hợp xương đầu dưới xương chày nẹp khoá.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN gãy xương do bệnh lý, gãy xương gót, xương sên kèm theo...

- Gãy đầu dưới xương chày có biến chứng như: Hội chứng chèn ép khoang, tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy xương ở chi sẵn có các di chứng như bại liệt, cứng khớp gối và khớp cổ chân... ảnh hưởng đến phục hồi chức năng

sau phẫu thuật.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca lâm sàng không nhóm chứng, kết hợp giữa mô tả cắt ngang và theo dõi dọc

### 2.2.2. Nội dung nghiên cứu:

- Tiến hành thăm khám lâm sàng và đánh giá phim X quang trước mổ.

- Phẫu thuật kết xương nẹp vít khoá đầu dưới xương chày

- Phương pháp vô cảm: Gây tê tuỷ sống, hoặc gây mê nội khí quản

- Sau mổ chân gãy được gác cao tránh phù nề, động dịch. Điều trị kháng sinh, giảm đau, giảm nề.

- Tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật: Tất cả các bệnh nhân được hướng dẫn các bài tập PHCN, khám định kỳ sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Sau 12 tháng ổ gãy liền xương tốt, mổ tháo nẹp.

\* Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

+ Kết quả gần

- Liền vết mổ kỳ đầu.

- Nhiễm khuẩn nông: vết mổ nề đỏ, chỉ dùng kháng sinh, thay băng

- Nhiễm khuẩn sâu: vết mổ mưng mủ, chảy dịch. Điều trị bằng kháng sinh, cắt chỉ, mở rộng vết mổ, tháo bỏ phương tiện kết xương.

- Đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy: X quang sau mổ theo Larson -Bostman

+ Kết quả xa

- Đánh giá kết quả xa dựa vào khám lâm sàng và hình ảnh X quang để đánh giá mức độ liền xương và mức độ PHCN. Thời gian là  $\geq 12$  tháng.

- Tình trạng sẹo mổ: sẹo mềm mại không dính xương, có sẹo lồi, sẹo loét hoặc sẹo viêm rỗ và dính xương.

- Kết quả liền xương: hết di lệch; còn di lệch ít; di lệch nhiều; không liền xương.

- Kết quả phục hồi chức năng: tiêu chuẩn PHCN của Johner – Wruhs [2].

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

#### + Đặc điểm chung:

- Tuổi từ 18-74, trung bình:  $47,81 \pm 13,7$  tuổi, từ 41-60 tuổi, 15/37 BN (40,5%), nhóm < 40 tuổi, 13/37 BN (35,2%), từ > 60 tuổi, 9/37 BN (24,3%).

- Tỷ lệ nam giới: 24/37 BN (64,9%), nữ giới: 13/37 (BN) 35,1%.

- Nguyên nhân: Tai nạn giao thông: 18/37 BN (48,6%), tai nạn sinh hoạt 15/37 BN

(37,9%), tai nạn lao động: 4/37 BN (13,5%).

#### + Đặc điểm tổn thương:

- Vị trí chân gãy: Chân trái: 23/37 BN (62,2%), chân phải: 14/37 BN (37,8%).

- Hình thái đường gãy: Gãy phức tạp, có mảnh rời, gãy nhiều mảnh: 22/37 BN (59,5%), gãy đơn giản: 15/37 BN (40,5%).

- Vị trí gãy xương kèm theo: 36/37 BN (97,3%). Gãy 1/3D xương mác: 26/37 BN (70,3%), gãy 1/3 G xương mác: 2/ 37 BN (5,4%).

- Phân loại ổ gãy đầu dưới xương chày theo AO/ ASIF (n=37)

**Bảng 1. Phân loại ổ gãy đầu dưới xương chày theo AO/ASIF (n=37)**

Phân loại			Số BN	Tỷ lệ (%)	Tổng	Tỷ lệ (%)
A	A1	14	37,9	29	78,4	
	A2	12	32,4			
	A3	3	8,1			
C	C1	2	5,4	8	21,6	
	C2	3	8,1			
	C3	3	8,1			
Tổng		37	100	37	100	

- Phương pháp nắn chỉnh: Nắn chỉnh ổ gãy với đường mổ mở rộng: 33/37 BN (89,2%), nắn chỉnh ổ gãy với đường mổ tối thiểu: 4/37 BN (10,8 %). Tất cả các bệnh nhân đều được nắn chỉnh dưới chụp C-arm.

- Điều trị gãy xương mác: Trong 36 BN có gãy xương mác kèm theo có 19/36 BN điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Kirschner, các bệnh nhân này đều gãy ở vị trí 1/3D. Có 18/19 bệnh nhân tiến hành kết xương bằng nẹp vít, có 1/19 bệnh nhân kết xương bằng đinh Kirschner.

### 3.2. Kết quả điều trị

\* **Kết quả gần:** Liền sẹo kỳ đầu: 33/37 BN (89,2%), nhiễm khuẩn nông: 4/37 BN (10,8%). Không có biến chứng hay nhiễm khuẩn sâu.

\* **Kết quả nắn chỉnh ổ gãy:** Hết di lệch: 32/37 BN (86,5%), di lệch ít: 5/37 BN (13,5%), di lệch nhiều: 0 BN (0%).

#### \* Kết quả xa:

- Trong nghiên cứu này có 26/37 BN thời gian theo dõi trên 12 tháng để đánh giá kết quả xa (chiếm 70,27%), trung bình  $25,81 \pm 10,86$  tháng, từ 12- 50 tháng.

- Tình trạng sẹo mổ: Sẹo mềm mại: 21/26 BN (80,8%). Sẹo xấu, dính xương: 5/26 BN (11,5). Sẹo viêm rỗ hoặc loét: 0 BN (0%).

- Kết quả liền xương: 26/26 BN liền xương tốt (100%).

- Kết quả chỉnh trục xương chày: hết di lệch: 23/26 BN (88,5%), còn di lệch ít: 3/26 BN

(11,5%). Không có trường hợp nào liền xương di lệch nhiều hoặc không liền xương.

- Kết quả phục hồi chức năng: Rất tốt: 20/26 BN (76,9%). Tốt: 4/26 BN (15,4 %). Trung bình 2/26 BN (7,7 %).

- Tất cả 26/26 BN (100%) chức năng về mạch máu và thần kinh chi thể bình thường, không có trường hợp nào xảy ra rối loạn.

- Lệch trục, cong vẹo hay ngắn chi: 0/26 BN (0%).

- Vận động khớp gối: Bình thường: 26/26 BN (100%)

- Vận động khớp cổ chân: Bình thường: 22/26 BN (84,6 %), hạn chế vận động nhẹ: 2/26 BN (7,7%), hạn chế vận động vừa: 2/26 BN (7,7%).

- Tình trạng đau khớp cổ chân: Không đau đi lại bình thường: 20/26 BN (76,9%). Đau nhẹ,

thoảng qua: 6/26 BN (23,1%).

- Tình trạng dáng đi: 25/26 BN trong nghiên cứu có khả năng đi lại bình thường 96,2%, 01/26 bệnh nhân chiếm 3,8% có dáng đi khập khiễng khi đi lại.

- Khả năng chịu tải trọng: 20/26 BN (76,9%), có thể chịu sức nặng bình thường, 6/26 BN (23,1%) hạn chế khi chịu sức nặng lên chi thể chấn thương.

- Kết quả chung theo dõi xa: Rất tốt: 20/26 BN (76,9%), tốt (4/26) BN (15,4%), trung bình: 2/26 BN (7,7%). Kém: 0/26 BN (0%).

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị:

*\* Môi liên quan giữa hình thái ổ gãy xương chày và kết quả nắn chỉnh (n=37)*

**Bảng 2. Môi liên quan giữa hình thái ổ gãy và kết quả nắn chỉnh (n=37)**

Hình thái gãy	Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên XQ				Tổng		p
	Hết di lệch		Còn di lệch ít				
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	
Đơn giản	16	100	0	0	16	43,2	0,036
Phức tạp	16	76.2	5	13,5	21	56,8	
Tổng	32	86,5	5	13,5	37	100	

- Hình thái phức tạp có kết quả nắn chỉnh rất tốt đạt 76,2%, gãy đơn giản có kết quả nắn chỉnh rất tốt chiếm tỷ lệ 100 %, 05 trường hợp cho kết quả nắn chỉnh tốt chiếm 13,5 % trong đó gãy phức tạp 5 trường hợp. Môi liên quan

giữa hình thái gãy xương và kết quả nắn chỉnh có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

*\* Môi liên quan giữa phân loại gãy đầu dưới xương chày theo AO/ASIF và kết quả PHCN (n=26)*

**Bảng 3. Môi liên quan giữa phân loại gãy đầu dưới xương chày theo AO/ASIF và kết quả PHCN (n=26)**

Phân loại AO/ASIF	Kết quả phục hồi chức năng						Tổng		p
	Rất tốt		Tốt		Trung bình				
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	
A	19	95	1	5	0	0	20	76,9	0,0001
C	1	16,7	3	50	2	33,3	6	23,1	
Tổng	20	76,9	4	15,4	2	7,7	26	100	

- Có 95% bệnh nhân phân loại A theo AO/ASIF có kết quả PHCN đạt rất tốt. 16,7% bệnh nhân phân loại C đạt kết quả rất tốt, có 2 bệnh nhân chiếm 33,3% phân loại C có kết quả PHCN đạt trung bình. Môi liên quan giữa phân loại AO/ASIF và kết quả PHCN có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

*\* Môi liên quan giữa vị trí gãy xương mác và kết quả phục hồi chức năng (n=26)*

**Bảng 4. Môi liên quan giữa vị trí gãy xương mác và kết quả phục hồi chức năng (n=26)**

Gãy xương mác	Kết quả phục hồi chức năng						Tổng	p	
	Rất tốt		Tốt		Trung bình				
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	
1/3D	16	80	2	10	2	10	20	76,9	0,395
1/3G	1	50	1	50	0	0	2	7,7	
1/3T	4	100	0	0	0	0	4	15,4	
Tổng	21	80,8	3	11,5	2	7,7	26	100	

Có 100% gãy xương mác ở vị trí 1/3T đạt kết quả phục hồi chức năng rất tốt, gãy xương mác ở vị trí 1/3D kèm theo gãy đầu dưới xương chày có 80% đạt kết quả rất tốt, 10% đạt kết quả trung bình. Môi liên quan giữa vị trí gãy xương mác và kết quả PHCN không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Hình 3.1: XQ trước mổ****XQ ngay sau mổ****XQ sau mổ 13 tháng****Hình 3.2: Kiểm tra chức năng BN Nguyễn Thị T sau mổ 13 tháng**

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Về lựa chọn phương pháp kết xương.** Chúng tôi chọn phương pháp kết xương nẹp khóa có mở ổ gãy hoàn toàn hoặc mở tối thiểu. Ưu điểm là nắn chỉnh phục hồi hoàn hảo về giải phẫu của xương, cố định ổ gãy vững chắc, bệnh nhân tập vận động sớm tránh được các di chứng như: teo cơ, cứng khớp. Tuy nhiên, phương pháp này còn một số nhược điểm lớn như lóc cốt mạc rộng, khoan nhiều lỗ để bắt vít ảnh hưởng đến quá trình liền xương. Với kết quả tỷ lệ liền xương hết di lệch 23/26BN chiếm 88,5%, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ nông thấp (10,8%), không có nhiễm khuẩn sâu và 92,3% phục hồi chức năng đạt tốt trở lên thì phương pháp lựa chọn kết hợp xương nẹp vít khóa cố định ổ gãy đầu dưới xương chày vẫn là chỉ định được lựa chọn hàng đầu. Chúng tôi tiến hành hai phương pháp nắn chỉnh đó là nắn chỉnh với mở rộng ổ gãy và nắn chỉnh với mở ổ gãy tối thiểu (MIPO), kết quả 33/37 (89,2%) BN chúng tôi nắn chỉnh ổ gãy với đường mổ mở rộng, 4/37 BN nắn chỉnh ổ gãy với đường mổ tối thiểu. Để đạt được mục đích giảm thiểu tối đa tổn thương phần mềm xung quanh ổ gãy là rất khó, khi tiến hành phẫu thuật chúng tôi luôn cố gắng nhẹ nhàng rạch da, cân để bảo vệ hệ mạch máu nuôi dưỡng da, hạn chế việc lóc các mô mềm, chỉ bóc lộ bề mặt xương dự định đặt nẹp. Khi lóc cốt mạc hạn chế lóc rộng xương quanh thân xương,

nhất là phía mặt trong xương chày vì phần này nếu bóc lộ rộng thì dễ nắn chỉnh nhưng sẽ làm tổn thương hệ mạch máu nuôi dưỡng xương.

Theo Mamidi A. K. (2021) kết xương đầu dưới xương chày bằng nẹp khóa cố định vững chắc ổ gãy, có nhiều ưu điểm trong những trường hợp gãy nhiều mảnh và mất vững cổ chân [3].

Theo Nick P và cộng sự (2023) theo dõi đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương đầu dưới xương chày bằng đinh nội tuỷ so với kết xương nẹp khóa sau 5 năm, kết quả cả hai nhóm đều cho kết quả chức năng tốt, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm lựa chọn phương tiện kết xương là đinh nội tuỷ và nẹp khóa [4].

**4.2. Về điều trị gãy xương mác.** Đối với gãy xương mác kèm theo, tùy thuộc vào vị trí gãy của xương mác có ảnh hưởng đến khớp chày mác dưới hay không mà quyết định phẫu thuật kết hợp xương mác. Đối với xương mác gãy đoạn 1/3T, 1/3G thì không cần thiết phải kết xương, với 1/3D và đầu dưới xương mác, ảnh hưởng đến mòng chày mác, khớp chày mác dưới và khi gãy đầu dưới xương chày phạm khớp, gãy nhiều mảnh, gãy không vững thì nên KHX mác. Theo nghiên cứu có 19/36 BN (52,8%) có gãy xương mác kèm theo phải kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh. Theo chúng tôi, với gãy đầu dưới của hai xương chày và xương mác, cố định ổ gãy xương chày không đủ vững được do di lệch theo

trục và di lệch xoay, cần phải kết hợp xương mác để lấy lại độ dài cũng như chống lại di lệch xoay. Trong di chứng khớp giả xương chày, một trong những nguyên nhân được cho là do xương mác liền nhanh hoặc không bị gãy làm chống lại sự tiếp xúc, tì nén giữa hai đầu gãy ảnh hưởng đến quá trình liền xương của xương chày. Phần ngoại vi của xương mác liên quan tới dây chằng chày mác dưới và tạo độ vững của khớp chày mác dưới, do đó việc chỉnh trục kết xương mác là cần thiết trong nhiều trường hợp cụ thể. Theo Nguyễn Đình Thủy (2017), đối với những trường hợp gãy thấp thì việc kết xương mác là cần thiết để tăng độ vững của ổ gãy xương chày [5].

Theo Court-Brown C.M và CS (1995) [6] nghiên cứu về dịch tể học trong gãy đầu dưới xương chày với tỷ lệ gãy xương chày đơn thuần chiếm 22,3% và kèm theo gãy xương mác chiếm 77,7% [6].

Theo Nick P và cộng sự (2023) [4], 80% gãy xương đầu dưới xương chày có gãy xương mác kèm theo. Việc kết hợp xương mác sẽ ảnh hưởng tới che phủ vết mổ phía xương chày do bị căng da và phần mềm, điều đó có thể gây ra những vấn đề như toác vết mổ, lộ nẹp. Bởi vậy chúng tôi chủ trương kết xương mác cho những trường hợp thật cần thiết, sau khi tình trạng sưng nề căng chân sau chấn thương đảm an toàn. Sau mổ cho gác chân, băng thun, chườm đá và dẫn lưu thật tốt, dung thuốc giảm sưng nề và theo dõi sát.

#### 4.3. Về kết quả phẫu thuật

**\*Kết quả nắn chỉnh.** Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi sử dụng C-arm cho 100% bệnh nhân, tuy nhiên có những bệnh nhân gãy phức tạp, phân độ AO/ASIF A3, C3 nên kết quả nắn chỉnh còn hạn chế. Chúng tôi cố gắng nắn chỉnh trục xương và mặt khớp để đạt kết quả có thể chấp nhận được, không cố làm tổn thương phần mềm, hay để tăng nguy cơ nhiễm trùng cho ổ gãy kết quả nắn chỉnh hết di lệch có 32/36 BN chiếm 86,5%, có 5/36 BN chiếm 13,5% còn di lệch ít, không có trường hợp nào di lệch nhiều. Theo Nguyễn Thành Trung (2019) kết quả nắn chỉnh hết di lệch 73,58%, di lệch ít chiếm 24,53% và 1,89% là di lệch lớn [7].

**\*Kết quả liền xương.** Chúng tôi căn cứ vào lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân tự đi lại được, không dùng nạng, tì nén lên chân gãy không đau thì được coi là liền xương lâm sàng và chụp phim X quang sau mổ 12 tháng trở lên để đánh giá sự liền xương một cách chính xác hơn. Trên phim X quang, sự liền xương được coi là đạt khi nhìn thấy sự liên tục của đường gãy trên

phim chụp thẳng và nghiêng, đặc biệt là phim nghiêng đối với các đường gãy xoắn, can xương độ I, II trở lên. Hình ảnh liền xương hết di lệch trên phim X quang 23/26 BN chiếm 88,5%, liền xương còn di lệch ít có 3/26 BN chiếm 11,5%. Trường hợp liền xương còn di lệch ít là những trường hợp gãy xương mức độ A3 với hình thái gãy phức tạp, kết quả nắn chỉnh ổ gãy còn di lệch ít. Những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được hướng dẫn chặt chẽ về chế độ dinh dưỡng, hướng dẫn tập phục hồi chức năng, hẹn tái khám định kỳ, chụp X quang kiểm tra quá trình liền xương rất tốt, không có trường hợp nào viêm xương phải tháo bỏ phương tiện hoặc thay đổi phương pháp điều trị.

Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ tương đồng so với nghiên cứu của Vũ Văn Vinh (2020) liền xương thẳng trục chiếm 96,7%, còn di lệch ít chiếm 3,3% [8], Nguyễn Đình Thủy (2017) tỷ lệ liền xương thẳng trục chiếm 78,3%, liền xương di lệch ít chiếm 17,4%, 01 bệnh nhân không liền xương chiếm 4,3% [5].

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 37 trường hợp gãy kín đầu dưới xương chày được điều trị kết hợp xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10 năm 2018 đến tháng 5 năm 2023, chúng tôi rút ra: Điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa, có nhiều ưu điểm về phục hồi tốt về giải phẫu, cố định vững chắc ổ gãy và phục hồi chức năng tốt.

- Kết quả liền xương: 22/26 BN (84,6%), kết quả liền xương hết di lệch, 4/26 BN (15,4%) có liền xương còn di lệch ít. Không có di lệch nhiều hoặc không liền xương.

- Kết quả PHCN: Rất tốt 76,9%, tốt 15,4%, trung bình 7,7%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc, Phùng Ngọc Hòa, Nguyễn Quang Trung (2010), Kỹ thuật mổ Chấn thương - Chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học.
2. Johner R., Wruhs O (1983). Classification of tibial shaft fractures and correlation with results after rigid internal fixation. Clinical Orthopaedics and Related Research. 178:7-25.
3. Mamidi A. K., Saini T. (2021). Study on Surgical Management of Distal Tibial Fractures by Locking Compression Plates (LCP). Cross Current International Journal of Medical and Biosciences 3(3): 30-35.
4. Nick P (2023). Five-year outcomes for patients with a displaced fracture of the distal tibia. The Bone & Joint Journal 105(7):795-800.
5. Nguyễn Đình Thủy (2017), Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng nẹp khóa, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học viện

- Quân y.
6. **Court-Brown C.M., McBirnie J** (1995). The epidemiology of tibial fractures. The Journal of Bone & Joint Surgery British 77-B(3):417-421.
  7. **Nguyễn Thành Trung** (2019), Đánh giá kết quả phẫu thuật xâm lấn tối thiểu điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kẹp khóa tại bệnh viện quân y 103, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.
  8. **Vũ Văn Vinh** (2020), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kết xương nẹp khóa tại bệnh viện 19-8 Bộ Công an, Luận văn chuyên khoa II, Học viện Quân y.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Thái<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hiếu<sup>1</sup>,  
Đỗ Anh Tú<sup>1</sup>, Vũ Thanh Phương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp trên bệnh nhân ung thư trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 68 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại bệnh viện K từ 2021 đến 2023. **Kết quả:** Diện cắt dưới đạt R0 ở 100% các trường hợp, số hạch vét được trung bình là 12,5 hạch. Biến chứng hay gặp là nhiễm trùng vết mổ (7,4%), rối loạn chức năng tiểu tiện (7,4%), bán tắc ruột sau mổ (4,4%). Không có trường hợp nào rò miệng nối và tử vong liên quan phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là 10,7 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng cho kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, khả năng hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn.

**Từ khóa:** Ung thư trực tràng, cắt trước thấp, phẫu thuật nội soi.

### SUMMARY

#### RESULTS OF LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION SURGERY IN TREATMENT RECTAL CANCER AT K HOSPITAL

**Purpose:** To evaluate early results of laparoscopic low anterior resection surgery in rectal cancer patients. **Patients and method:** A cross-sectional descriptive study on 68 rectal cancer patients who underwent low anterior resection laparoscopic surgery at the National cancer hospital from 2021 to 2023. **Results:** 100% of cases had R0 margin. The average number of lymph nodes removed was 12.5 lymph nodes. Common complications was surgical wound infection (7.4%), urinary dysfunction (7.4%), and postoperative obstruction (4.4%). There were no cases of anastomotic leak and death related to surgery. The average hospital stay was 10.7 days. **Conclusion:** Laparoscopic low anterior resection surgery for rectal cancer have good results with low

complication rates, quick recovery and short hospital stay. **Keywords:** Rectal cancer, low anterior resection, laparoscopic surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp của ống tiêu hóa. Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa chất, điều trị đích, miễn dịch, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo trong giai đoạn chưa di căn. Phẫu thuật nội soi đã trở thành xu hướng trong nhiều năm qua, không những vẫn đảm bảo về ung thư học mà còn có nhiều ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi của bệnh nhân nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện, tính thẩm mỹ. Trong nhiều năm qua phẫu thuật nội soi cắt trước thấp đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện K, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật này.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng cao hoặc ung thư trực tràng giữa được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại Bệnh viện K từ năm 2021 đến năm 2023.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến trực tràng.
- Tổn thương ở vị trí trực tràng cao hoặc trực tràng giữa.
- Chưa điều trị hóa chất, xạ trị trước phẫu thuật.

- Được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt trước thấp.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư trực tràng tái phát.
- Đang mắc bệnh nặng phối hợp hoặc ung thư khác đang tiến triển.

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Anh

Email: sudoku30491@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023