

3. **Lê Văn Vĩnh Quyền.** Kết quả điều trị bằng corticoid tại chỗ trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi tăng eosinophil ưu thế và không tăng eosinophil ưu thế. Hồ Chí Minh * Tập 23 * Số 3 * 2019.
4. **Sakuma Y, Ishitoya J, Komatsu M, Shiono O, Hiramata M, Yamashita Y, et al.** New clinical diagnostic criteria for eosinophilic chronic rhinosinusitis. counts Auris Nasus Larynx. 2011 Oct;38(5):583–8.
5. **Nguyễn Nam Hà.** Nghiên cứu kiểu hình các tế bào viêm và biểu hiện của gen FOXP3 và hGRA trong bệnh Polyp mũi. Luận án Tiến sĩ Y Học 2018.
6. **Ikeda K, Shiozawa A, Ono N, Kusunoki T, Hirotsu M, Homma H, Saitoh T, Murata J.** Subclassification of chronic rhinosinusitis with nasal polyp based on eosinophil and neutrophil. Laryngoscope. 2013Nov;123 (11):E1-9.
7. **Thompson CF, Price CP, Huang JH, Min JY, Suh LA, Shintani-Smith S, Conlev DB, Schleimer RP, Kern RC, Tan BK.** A pilot study of symptom profiles from a polyp vs an eosinophilic-based classification of chronic rhinosinusitis. Int Forum Allergy Rhinol. 2016 May;6(5):500-7.
8. **Zhong B, Yuan T, Du J, Tan K, Yang Q, Liu F, et al.** The role of preoperative blood eosinophil in distinguishing chronic rhinosinusitis with nasal polyps phenotypes. Int Forum Allergy Rhinol. 2021 Jan;11(1):16–23.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẠP KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Quang Anh¹, Trần Chiến¹, Hoàng Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân được theo dõi ít nhất 06 tháng sau phẫu thuật và được đánh giá theo thang điểm Green và O'Brien cải tiến. Kết quả đạt được 19 ca (59,4%) rất tốt, 7 ca (21,9,0%) tốt, 6 ca (18,7%) khá, không có trường hợp nào xếp loại xấu.

Từ khóa: Nẹp khóa, gãy đầu dưới xương quay

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL FIXATION WITH LOCKING PLATE TREATMENT FOR THE DISTAL RADIUS FRACTURE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Results of surgical fixation with locking plate treatment for the distal radius fracture at Thai Nguyen national hospital and analysis of several factors affecting the outcome of treatment. **Subjects and Method:** Cross-sectional descriptive study. A study of 32 adult patients with distal radius fractures who underwent surgical treatment with locking plate at Thai Nguyen national hospital from 01/2019 to

06/2023. **Results:** Patients were followed up at least 06 months post-operative and functional outcome base on Green and O'Brien modified. The final outcome was 19 cases (59,4,0%) excellent, 7 cases (21,9%) good, 6 cases (18,7%) fair and there are no cases of poor. **Keywords:** Locking plate, the distal radius fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay (ĐDXQ) là loại gãy xương chi trên thường gặp nhất, chiếm 1/6 số ca gãy xương trong cấp cứu [3], [4], 8% tổng số ca gãy xương, 26% các trường hợp gãy xương chi trên, 50% các trường hợp gãy xương cẳng tay. Gãy ĐDXQ gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất gặp ở 2 lứa tuổi: 6 - 10 tuổi và 60 - 69 tuổi [3], [4]. Năm 2001 tại Mỹ đã có tới hơn 640.000 trường hợp gãy ĐDXQ [8]. Các nghiên cứu ở nhiều quốc gia khác như: Anh, Thụy Điển, Phần Lan cũng có cùng kết luận tương tự [9], [10]. Theo các tác giả này, nguyên nhân của hiện tượng này là do sự gia tăng chấn thương thể thao ở người trẻ cùng với sự già hóa của dân số và gia tăng các hoạt động xã hội ở người lớn tuổi. Gãy ĐDXQ có 2 dạng: gãy ngoài khớp và gãy trong khớp. Trong đó, gãy ĐDXQ ngoài khớp khá phổ biến, đặc biệt trong chấn thương năng lượng thấp [8]. Chức năng cổ tay có vai trò hết sức quan trọng trong hoạt động hằng ngày. Gãy ĐDXQ nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ để lại di chứng nặng nề, làm mất hoặc giảm chức năng bàn tay dẫn đến không thực hiện được các động tác linh hoạt, khéo léo trong cuộc sống hàng ngày. Vì vậy, phẫu thuật điều trị gãy ĐDXQ càng được quan tâm và liên tục hoàn thiện.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Anh

Email: pham2357@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

Những năm gần đây với sự phát triển của các phương tiện kết xương mới, vật liệu tốt đã mở ra cơ hội nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân. Nẹp khóa là loại phương tiện kết xương có nhiều ưu điểm về cơ sinh học, đã khắc phục được những hạn chế của nẹp vít thông thường, hạn chế lỏng nẹp vít, chống lún mặt khớp tốt, chống di lệch thứ phát sau mổ, cố định ổ gãy vững, giúp bệnh nhân tập vận động sớm. Tại Việt Nam, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa đã được triển khai ở nhiều nơi, nhưng vẫn còn ít công trình nghiên cứu độc lập ở các cơ sở y tế để có sự đánh giá khách quan hiệu quả sau phẫu thuật. Tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cũng đã áp dụng điều trị và cũng chưa có công trình nghiên cứu cụ thể. Do đó, việc đánh giá hiệu quả của phương pháp là cần thiết. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu dưới xương quay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu dưới xương quay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ T1/2019 đến T6/2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy ĐDXQ và đã điều trị bằng phương pháp KHX nẹp khóa tại khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Trung ương Thái nguyên

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân gãy kín ĐDXQ loại A3, B1, B2, B3, C1, C2, (theo phân loại AO), thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, khám lại đầy đủ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương bệnh lý, bệnh nhân có dị tật cũ, đã mất một phần chức năng cổ bàn tay, thông tin không đầy đủ, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại Bv Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu :

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu, cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, tổn thương phối hợp, phân loại gãy đầu dưới xương quay.

- Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa

- Hệ thống thang điểm đánh giá chức năng gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney.

| Chỉ số đánh giá | Kết quả | Thang điểm |
|--------------------|----------|--|
| Đau | 25 | Không đau |
| | 20 | Nhẹ và thỉnh thoảng |
| | 15 | Vừa, chịu được |
| | 0 | Nhiều hoặc không chịu được |
| Phục hồi chức năng | 25 | Trở lại công việc cũ |
| | 20 | Công việc bị giới hạn |
| | 15 | Bỏ nghề cũ |
| | 0 | Không hoạt động được vì đau |
| Biên độ cử động | 25 | So với bên lành 100% |
| | 15 | 75 - 99% |
| | 10 | 50 - 74% |
| | 5 | 25 - 49% |
| | 0 | 0 - 24% |
| | 25 | Biên độ gấp - duỗi cổ tay $\geq 120^\circ$ |
| | 15 | 91 - 119° |
| | 10 | 61 - 90° |
| | 5 | 31 - 60° |
| | 0 | $\leq 30^\circ$ |
| Lực nắm | 25 | 100% so với bên lành |
| | 15 | 75 - 99% |
| | 10 | 50 - 74 |
| | 5 | 25 - 49 |
| | 0 | < 45 |
| Kết quả cuối cùng | 90 - 100 | Rất tốt |
| | 80 - 89 | Tốt |
| | 65 - 79 | Vừa |
| | < 65 | Xấu |

2.5. Điều trị

Bước 1: chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

Bước 2: Tiến hành phẫu thuật

* Kỹ thuật mổ

- Đường mổ: Đường mổ theo đoạn dưới cẳng tay của đường mổ Henry.

- Phương pháp mổ: Bộc lộ ổ gãy, nắn chỉnh: nắn, sửa các mảnh gãy, ghép xương nếu cần thiết, bắt nẹp cố định ổ gãy, cầm máu, khâu da: sau khi bắt nẹp, kiểm tra lại, cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu nếu cần. Khâu cơ sấp vuông và khâu lớp dưới da và khâu da.

* Theo dõi sau mổ

Bước 3: Chương trình vật lý trị liệu sau mổ

Bước 4. Đánh giá sau mổ: chủ quan, khách quan

2.6. Xử lý số liệu

+ Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

+ Các chỉ tiêu được so sánh, sự khác biệt kiểm định ý nghĩa thống kê bằng test khi bình phương (χ^2). Chấp nhận độ tin cậy 95% hay các phép so sánh được kết luận có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0.05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài thực hiện đã được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- BN được giải thích và đồng ý tham gia, tuân thủ các yêu cầu của nghiên cứu.

- Giữ bí mật thông tin, tôn trọng, thông cảm, chia sẻ với BN và gia đình.

- Đảm bảo đạo đức nghề nghiệp, chăm sóc chu đáo sức khỏe BN.

- Số liệu được thu thập đầy đủ, chính xác, khoa học và đáng tin cậy.

- Kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho nhân dân, phục vụ nghiên cứu khoa học và đào tạo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

| | | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------|-----------------|------------------|------------|
| Tuổi | Tuổi trung bình | 46,00 ± 14,02 | |
| | < 30 | 3 | 9,4 |
| | 30 - 40 | 10 | 31,3 |
| | 41 - 50 | 5 | 15,6 |
| | 51 - 60 | 8 | 25,0 |
| | > 60 | 6 | 18,8 |
| Tổng | | 32 | 100 |
| Giới | Nam | 23 | 71,9 |
| | Nữ | 9 | 28,1 |
| | Tổng | 32 | 100 |

Nhận xét: Nhóm tuổi 51- 60 tuổi và 30- 40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 25% và 31,3%, thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 30 chiếm 9,4%. Đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 71,9%.

Bảng 3.2 Nguyên nhân chấn thương

| Nhóm tuổi | Nguyên nhân | Tai nạn sinh hoạt | Tai nạn lao động | Tai nạn giao thông |
|-------------|------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | < 30 | 0 | 0 | 3 |
| 30 - 40 | 8 | 0 | 2 | |
| 41 - 50 | 4 | 0 | 1 | |
| 51 - 60 | 6 | 0 | 2 | |
| > 60 | 4 | 0 | 2 | |
| Tổng | 22 (68,8) | 0 (0,0) | 10 (31,2) | |

Nhận xét: Nguyên nhân gây chấn thương nhiều nhất là do tai nạn sinh hoạt chiếm 68,8%

Bảng 3.3. Phân loại gãy theo AO

| Phân loại gãy theo AO | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|------------------|-----------|
| A3 | 8 | 25,0 |
| B1 | 3 | 9,4 |
| B2 | 4 | 12,5 |
| B3 | 6 | 18,8 |

| | | |
|-------------|-----------|------------|
| C1 | 7 | 21,9 |
| C2 | 4 | 12,5 |
| Tổng | 32 | 100 |

Nhận xét: phân loại gãy xương theo AO cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là loại A3 (25,0%), tiếp đến là loại C1 (21,9%), loại B3 (18,8%).

Bảng 3.4. Đánh giá phục hồi chức năng chủ quan của bệnh nhân sau 6 tháng

| Các tiêu chí | Mức độ | n | % |
|-----------------|-----------------------------|----|------|
| Mức độ đau | Liên tục | 0 | 0 |
| | Thỉnh thoảng | 8 | 25 |
| | Khi làm việc | 1 | 3,1 |
| | Không đau | 23 | 71,9 |
| Sức nắm | Giảm nhiều | 0 | 0 |
| | Giảm ít | 10 | 31,2 |
| | Không giảm | 22 | 68,8 |
| Hoạt động | Hạn chế sinh hoạt hàng ngày | 0 | 0 |
| | Không làm việc được | 0 | 0 |
| | Đổi nghề | 3 | 9,4 |
| | Trở lại nghề cũ | 29 | 90,6 |
| Mức độ hài lòng | Không | 0 | 0 |
| | Hài lòng | 32 | 100 |

Nhận xét: 71,9% bệnh nhân không đau, 59,4% bệnh nhân không giảm sức nắm và có 40,6% bệnh nhân giảm ít sức nắm, phần lớn bệnh nhân trở lại nghề cũ chiếm 90,6%, 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị phẫu thuật sau 6 tháng.

Bảng 3.5. Đánh giá phục hồi chức năng khách quan của bệnh nhân sau 6 tháng

| Chỉ tiêu | Biên độ lớn nhất | Biên độ nhỏ nhất | Biên độ trung bình |
|----------------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Sấp | 86° | 60° | 78,2° |
| Ngửa | 82° | 65° | 74,0° |
| Gấp | 78° | 42° | 62,0° |
| Duỗi | 80° | 35° | 57,7° |
| Nghiêng trụ | 60° | 10° | 31,5° |
| Nghiêng quay | 30° | 8° | 20,0° |
| Lực nắm so với bình thường | 100% | 75% | 87,4% |

Nhận xét: Biên độ sấp trung bình là 78,2°; ngửa trung bình là 74,0°; gấp trung bình là 62,0°; biên độ duỗi trung bình là 57,7°; biên độ nghiêng trụ và nghiêng quay lần lượt là 31,5° và 20,0°. Lực nắm trung bình so với bình thường là 87,4%, tốt nhất đã trở về bình thường (100%) và thấp nhất đạt 75%.

Kết quả đánh giá tập phục hồi chức năng: Có 30 bệnh nhân chiếm 93,8% tập đúng theo quy trình được hướng dẫn.

Bảng 3.6. Kết quả chung theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney

| Phân loại | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|------------------|-----------|
|-----------|------------------|-----------|

| | | |
|---------|----|------|
| Rất tốt | 19 | 59,4 |
| Tốt | 7 | 21,9 |
| Khá | 6 | 18,7 |
| Xấu | 0 | 0 |

Nhận xét: 59,4% bệnh nhân đạt kết quả chung sau mổ là rất tốt

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Kết quả bảng 3.1 cho thấy độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là từ 30- 40 và 51-60 tuổi chiếm 31,3% và 25,0%, tiếp đến là nhóm tuổi 41-50 và > 60 chiếm 15,6 % và 18,8%; nhóm tuổi < 30 tuổi chiếm 9,4% chiếm tỉ lệ ít nhất. Độ tuổi trung bình nghiên cứu là $46,00 \pm 14,02$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của Antonio Piva Neto và cộng sự nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 55 tuổi, từ 20-89 tuổi [6].

Nguyên nhân dẫn đến chấn thương đầu dưới xương quay nhiều nhất là do tai nạn sinh hoạt chiếm 68,8%; nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 31,2% và không có nguyên nhân do tai nạn lao động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Minh Thắng và cộng sự (2013). Tác giả cho rằng tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân thường gặp nhất 21/32 bệnh nhân chiếm 65,5%; 11 bệnh nhân còn lại do tai nạn giao thông và tai nạn lao động chiếm 34,4% trong đó nam/nữ là 8/3 và tất cả đều thuộc nhóm tuổi dưới 40 tuổi [2].

Kết quả ở bảng 3.3 phân loại gãy xương theo AO cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là loại A3 (25,0%), tiếp đến là loại C1 (21,9%), loại B3 (18,8%), loại B2 và C2 (12,5%), thấp nhất là loại B1 chiếm 9,4%. Không có gãy xương nào được xếp vào loại A1, A2 và C3. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương ứng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Minh Thắng (2013), tác giả chọn đối tượng tham gia nghiên cứu là những bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay A2, A3 theo AO [5].

4.2. Kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 cho thấy có 23/32 bệnh nhân không đau sau 6 tháng chiếm 71,9%, chỉ có 8/32 bệnh nhân thỉnh thoảng đau chiếm 25,0%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đặng Việt Công (2016) khi tác giả chỉ ra rằng có 23/33 bệnh nhân không có tình trạng đau cổ tay [1]. Điều này là tín hiệu tốt cho sự hồi phục xương của bệnh nhân trở lại bình thường và có thể trở lại làm việc, sinh hoạt bình thường.

Về tình trạng nắm của bàn tay ở bệnh nhân: có 22/32 bệnh nhân không bị giảm sức nắm chiếm 68,8% và có 10/32 bệnh nhân có giảm sức nắm ít. Như vậy có thể thấy mặc dù tỷ lệ bệnh nhân không còn đau sau mổ 6 tháng đã tương đối cao nhưng sức nắm của bệnh nhân trở lại như bình thường còn chưa được tốt, do vậy về phía nhân viên y tế cần phối hợp với bệnh nhân và gia đình hướng dẫn và tập luyện các bài tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân để sớm trở lại công việc hàng ngày.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 29/32 bệnh nhân quay trở lại làm nghề cũ và 03 có trường hợp phải đổi nghề sang nghề khác. 100% bệnh nhân của chúng tôi hài lòng về kết quả điều trị. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Đặng Việt Công (2016) khi tác giả chỉ ra rằng có 84,8% bệnh nhân trở lại làm việc bình thường, không có ai không thể làm việc [1]. Điều này cho thấy kết quả điều trị cho bệnh nhân rất tốt, việc sử dụng phương thức phẫu thuật là nẹp vít đã mang lại hiệu quả rất cao cho những bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay.

Kết quả đánh giá khách quan sự phục hồi chức năng vận động của chúng tôi cho thấy: Biên độ sắp trung bình là 78,2; giữa trung bình là 74,0; gấp trung bình là 62,0; biên độ duỗi trung bình là 57,7; biên độ nghiêng trụ và nghiêng quay lần lượt là 31,53 và 20,0. Lực nắm trung bình so với bình thường là 87,4%, tốt nhất đã trở về bình thường (100%) và thấp nhất đạt 75%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đặng Việt Công và cộng sự (2016) [1] và Hoàng Minh Thắng (2013) [2]. Dựa vào kết quả này, chúng tôi nhận thấy sự phục hồi vận động sau mổ là khả quan, sau điều trị phẫu thuật, biên độ vận động đã cải thiện rõ rệt.

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy 81,3% đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả rất tốt và tốt sau điều trị phẫu thuật nẹp vít xương quay sau 6 tháng, trong đó có 59,4 % bệnh nhân đạt kết quả chung sau mổ là rất tốt và 21,9% bệnh nhân đạt kết quả chung sau mổ là tốt. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ruschel P và cộng sự (2005) cũng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt sau điều trị phẫu thuật là 89,7% [7]. Lý giải điều này chúng tôi cho rằng có sự khác biệt giữa đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

- Đối tượng nghiên cứu phân bố đa dạng ở các lứa tuổi

- Nguyên nhân gây chấn thương nhiều nhất là do tai nạn sinh hoạt, tiếp đến là tai nạn giao thông và tai nạn lao động

- Đánh giá phục hồi chức năng sau 6 tháng: đa phần bệnh nhân không còn đau, Không có bệnh nhân nào giảm nhiều sức nắm sau 6 tháng phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân trở lại nghề cũ chiếm 90,7%; 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị phẫu thuật sau 6 tháng

VI. KHUYẾN NGHỊ

Phương pháp phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay cho bệnh nhân bằng nẹp vít khóa là một phương pháp điều trị đem lại hiệu quả liền xương theo giải phẫu và phục hồi chức năng tốt cho người bệnh, đặc biệt là những gãy xương phức tạp, có phạm khớp (C1, C2). Do đó có thể ứng dụng phương pháp này vào thực tiễn, cải tiến kỹ thuật và nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Việt Công** (2016), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108". Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Học viện Quân Y.
2. **Hoàng Minh Thắng và cộng sự** (2013), Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay theo

- kỹ thuật Kapandji. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Đỗ Đức Kiêm** (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức". Luận văn chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội.
 4. **J. Zabinski và A. J. Weiland** (1999), Fractures of the distal radius, Clinical Orthopaedics, 3-16.
 5. **J. J. Gartland, Jr. và C. W. Werley** (1951), Evaluation of healed Colles' fractures, J Bone Joint Surg Am. 33-A(4), 895-907.
 6. **Neto A.P., Lhamby F.C** (2011). Fixation of fractures of the distal extremity of the radius. The Orthopedic clinics of North America.
 7. **Ruschel P.H., Albertoni W.M** (2005), Treatment of unstable extra-articular distal radius fractures by modified intrafocal Kapandji method. Tech Hand Up Extrem Surg. 9(1), 7-16.
 8. **K. W. Nellans, E. Kowalski và K. C. Chung** (2012), The epidemiology of distal radius fractures, Hand Clin. 28(2), 113-25.
 9. **M. K. Wilcke, H. Hammarberg và P. Y. Adolphson** (2013), Epidemiology and changed surgical treatment methods for fractures of the distal radius: a registry analysis of 42,583 patients in Stockholm County, Sweden, 2004-2010, Acta Orthop. 84(3), 292-6.
 10. **T. Flinkkila và các cộng sự** (2011), Epidemiology and seasonal variation of distal radius fractures in Oulu, Finland, Osteoporos Int. 22(8), 2307-12.

ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ TKIS BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TRÊN CÁC NHÓM ĐỘT BIẾN GEN EGFR TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Lê Chí Hiếu¹, Lê Thị Khánh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: - Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIb-IV điều trị TKIs bước 1 tại khoa Ung bướu – Bệnh viện Hữu Nghị. - Đánh giá đáp ứng, thời gian sống bệnh không tiến triển và thời gian sống còn toàn bộ trên các loại đột biến gen EGFR sau điều trị TKIs thế hệ 1 bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIb-IV tại khoa Ung bướu – Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 45 bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIb-IV điều trị TKIs thế hệ 1 tại khoa Ung bướu – Bệnh viện Hữu Nghị từ 6/2015 đến 9/2022. Thời gian sống bệnh không tiến triển tính từ thời điểm điều trị thuốc đến khi dùng điều trị hoặc đến thời điểm ngừng theo dõi (9/2022). **Kết**

quả: Các đột biến gen EGFR được ghi nhận: L858R: 19 trường hợp (42,2%); 19DEL: 12 trường hợp (26,7%); L747: 3 trường hợp (6,7%); E746: 6 trường hợp (13,3%); khác 5 trường hợp (11,1%). Đáp ứng toàn bộ trên tổn thương chính về tỉ lệ đáp ứng toàn bộ và tỉ lệ kiểm soát bệnh của hai loại đột biến chính hay gặp là L858R là 42,1% và 84,21% và 19DEL là 41,67% và 75%. Thời gian sống bệnh không tiến triển trung vị là 18,5 tháng trên toàn bộ bệnh nhân, các nhóm đột biến lớn gồm L858R và 19DEL trung vị là 12,97 tháng và 12,63 tháng. **Kết luận:** Các dưới nhóm đột biến thường gặp nhất là L858R trên exon 21 và 19DEL trên exon 19 với kết quả điều trị khi dùng TKIs tốt. Các nhóm đột biến khác cần mở rộng thêm số liệu để có đánh giá tin cậy hơn.

Từ khóa: TKIs, Erlotinib, Gefitinib, ung thư phổi không tế bào nhỏ, tiến xa, di căn.

SUMMARY

RESPONSE TO FIRST-LINE TKIS TREATMENT FOR NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN SUBGROUPS OF EGFR MUTATION AT HUU NGHİ HOSPITAL

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Lê Chí Hiếu

Email: dr.lehieue@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023