

comparison with functional ambulation outcome measures in 273 patients. Spinal Cord. 2009; 47(7):555-560. doi:10.1038/sc.2008.162

8. **Spiess MR, Müller RM, Rupp R, Schuld C.** Conversion in ASIA Impairment Scale during the First Year after Traumatic Spinal Cord Injury. :10.
9. **Nguyễn Quang Huy.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực bằng

phương pháp bắt vít qua công tại bệnh viện Việt Đức. Published online 2010.

10. **Esses SI, Sachs BL, Dreyzin V.** Complications associated with the technique of pedicle screw fixation. A selected survey of ABS members. Spine (Phila Pa 1976). 1993;18(15):2231-2238; discussion 2238-2239. doi:10.1097/00007632-199311000-00015

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VIS KHÓA TẠI BỆNH VIỆN E

Vũ Trường Thịnh^{1,3}, Nguyễn Ngọc Hải², Phí Văn Tường¹,
Nguyễn Xuân Thùy¹, Nguyễn Minh Anh³, Dương Duy Thanh³,
Nguyễn Mạnh Tiến³, Trương Văn Kiều³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gầy liên mẩu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại bệnh viện E từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 31 bệnh nhân gãy liên mẩu chuyển xương đùi được phẫu thuật KHX bằng nẹp khóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện E. Trong thời gian từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 60-79 chiếm tỷ lệ 61,2%, đa phần là nam giới chiếm 77,4%, tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (64,6%), và gãy có mảnh rời (nhóm A2) chiếm đa phần (80,6%). Kết quả chung theo thang điểm của Merle -d'Aubigné - Postel tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 87,1%, trung bình là 6,5%, xấu là 6,4%. **Kết luận:** Gãy liên mẩu chuyển 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 nhằm 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 liên mẩu chuyển xương đùi, phẫu thuật.

SUMMARY

TO ASSESS THE OUTCOMES OF SURGICAL INTERVENTION FOR COMBINED FRACTURE-DISLOCATION OF THE HIP USING LOCKING PLATE FIXATION AT E HOSPITAL

Introduction: This study aims to assess the outcomes of surgical intervention for combined fracture-dislocation of the hip using locking plate

fixation at Hospital E from September 2020 to March 2022. **Subject and Methods:** A cross-sectional descriptive study and a non-randomized prospective study were conducted on 31 patients with fracture-dislocation of the hip who underwent surgical treatment with locking plate fixation at the Orthopedic Trauma Department of Hospital E during the period from September 2020 to March 2022. **Results:** The majority of patients (61.2%) were in the age group of 60-79 years, predominantly males (77.4%). Leisure accidents accounted for the highest proportion of injuries (64.6%), and the majority of fractures were classified as A2 type with displaced fragments (80.6%). According to the Merle-d'Aubigné-Postel scoring system, the overall results were good or excellent in 87.1% of cases, with an average score of 6.5, and poor outcomes in 6.4%. **Conclusions:** Fracture-dislocation of the hip in adults is a severe injury that significantly affects function and lower limb mobility. Surgical intervention involving the use of locking plate fixation aims to anatomically restore and stabilize the fractured region, creating conditions for early postoperative functional rehabilitation. **Keywords:** Fracture-dislocation of the hip, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy vùng mẩu chuyển xương đùi là gãy ở phần chuyển tiếp giữa cổ và thân xương đùi, bao gồm cả mẩu chuyển lớn và mẩu chuyển bé, là loại gãy xương ngoài bao khớp. Đây là loại gãy xương khá phổ biến, chiếm gần 2/3 trường hợp gãy đầu trên xương đùi; hay xảy ra ở người cao tuổi (chiếm đến 95%) xảy ra ở phụ nữ nhiều gấp 2-3 lần nam giới. Nguyên nhân là do loãng xương, có thể gây gãy xương chỉ do một chấn thương nhẹ như trượt chân ngã, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt.

Trước đây, với gãy liên mẩu chuyển xương đùi (đặc biệt ở người cao tuổi) chủ yếu được điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, điều trị bảo tồn (như kéo nắn bó bột, xuyên đinh kéo liên tục...) có thể có nhiều biến chứng do bệnh nhân phải nằm lâu.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024

Ngày nay, quan điểm điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật đã được thống nhất chấp nhận, nhằm phục hồi giải phẫu, tạo điều kiện cho liên xương sớm, bệnh nhân sớm ngồi dậy và phục hồi chức năng đi lại được, tránh các biến chứng do nằm lâu.

Tại bệnh viện E gãy liên mấu chuyển xương đùi có nhiều lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật như thay khớp (ở người cao tuổi loãng xương) hoặc kết hợp xương (đóng đinh nội tủy, nẹp DHS, nẹp khóa). Nhưng gãy liên mấu chuyển xương đùi được kết hợp xương bằng nẹp khóa có ưu điểm là các vít được bắt cố định vào nẹp ở một góc cố định mang lại sự vững chắc cho cấu trúc mà không phụ thuộc vào lực ma sát giữa vít - nẹp - xương tạo nên sự vững chắc cho khối mấu chuyển. Nhằm tổng kết các ca đã mổ gãy liên mấu chuyển xương đùi, chúng tôi thực hiện đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 31 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật KHX bằng nẹp khóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện E. Trong thời gian từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu không đối chứng.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân gãy kín khối mấu chuyển xương đùi do các nguyên nhân chấn thương (TNGT, TNSH, TNLĐ) vào điều trị tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện E.

Tiêu chuẩn loại trừ: các nguyên nhân bệnh lý, bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiền triển, bệnh nhân bị liệt không đi lại được trước khi gãy liên mấu chuyển xương đùi, bệnh nhân có bệnh hoặc tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

2.4. Kỹ thuật mổ

Thi I: - Rạch da vào ổ gãy theo đường bên ngoài đùi, bắt đầu từ trên đỉnh mấu chuyển lớn khoảng 2cm kéo dài xuống dưới sao cho đường rạch da tương ứng với chiều dài của nẹp. Rạch cân đùi (fascia lata) bằng đường rạch da.

- Cắt ngang một phần dưới chỗ bám cơ rộng ngoài ở mào cân dưới mấu chuyển lớn và mặt ngoài xương đùi khoảng 1cm, vén cơ, bộc lộ ổ gãy.

- Kiểm tra đánh giá, nắn chỉnh ổ gãy.

Thi II: - Cố định nẹp vít vào khối cổ chỏm bằng đinh kirschner.

- Đo chiều dài khối cổ chỏm gián tiếp qua đinh đã xuyên để xác định chiều dài của vít cổ

chỏm sẽ dùng.

Thi III: - Tiến hành khoan và bắt các vít cố định khối cổ chỏm

- Có 3 vít được bắt vào khối cổ chỏm, các vít ở 3 bình diện khác nhau và ở trong khối cổ chỏm tạo ra độ vững chắc của phương tiện kết hợp xương.

- Khoan, bắt vít cứng đường kính 4,5 cố định nẹp vào thân xương đùi.

- Kiểm tra vận động của khớp háng để đánh giá sự vững của ổ gãy.

Thi IV: - Kiểm tra cầm máu kỹ, cắt lọc tổ chức cơ dập nát.

- Bơm rửa phẫu trường.

- Đặt dẫn lưu kín có áp lực âm

- Khâu phục hồi cơ rộng ngoài, cân đùi và khâu da.

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.

- Các bệnh lý kèm theo

- 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		0	0%
	20 - 39		2	6,5%
	40 - 59		10	32,3%
	60 - 79		19	61,2%
Giới	Nam		24	77,4%
	Nữ		7	22,6%
Nguyên nhân Gãy xương	Tai nạn lao động		2	6,4%
	Tai nạn giao thông		9	29%
	Tai nạn sinh hoạt		20	64,6%
Vị trí gãy liên mấu xương đùi	A1		0	0%
	A2		25	80,6%
	A3		6	19,4%
Tỷ lệ bên gãy	Phải		20	64,5%
	Trái		11	35,5%
Phân loại tổn thương (AO)	A1	A1.1	0	0%
		A1.2	0	0%
		A1.3	0	0%
	A2	A2.1	6	19,4%
		A2.2	11	35,6%
		A2.3	5	16,1%

	A3	A3.1	5	16,1%
		A3.2	2	6,4%
		A3.3	2	6,4%
Chỉ số ASA		1	15	48,4%
		2	9	29%
		3	7	22,6%
		4	0	0
Bệnh lý nội khoa kèm theo		Tiểu đường	6	19,4%
		Tim mạch	14	45,2%
		Hô hấp	2	6,4%
		Bệnh khác	2	6,4%

Bảng 3.1 cho thấy đa số BN ở nhóm 60-79 tuổi chiếm 61,2 %, giới tính nam chiếm đa phần (77,4 %). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNSH (64,6%). Vị trí gãy liên mấu chuyển xương đùi theo phân loại A2 chiếm tỉ lệ cao nhất 71 %. Chủ yếu bệnh nhân được xếp loại ASA 1 với 15 bệnh nhân (48,4%) trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Có 16 BN có các bệnh nội khoa mạn tính kèm theo (51,6%), chủ yếu là bệnh tim mạch (45,2%), các bệnh lý khác như tiểu đường (19,4%), hô hấp (6,4%) và các bệnh khác (6,4%).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gắn

- Tại chỗ vết mổ: khi ra viện, tất cả 31 bệnh nhân (100%) đều có tình trạng vết mổ khô, liền da kỳ đầu, không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc còn dịch.

- Toàn thân: tất cả 31 bệnh nhân đều không có biến chứng trong thời gian nằm viện. Không có trường hợp nào bị viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét do tỳ đè hoặc chảy máu sau mổ. Các bệnh nhân có bệnh kết hợp được điều trị duy trì ổn định.

- Trục xương: kiểm tra lại sau mổ, trên hình ảnh X quang thấy các nẹp, vis ở vị trí đạt yêu cầu; xương được cố định tốt, ở 31 bệnh nhân sau mổ đều có các phần xương gãy về đúng vị trí giải phẫu.

3.2.2. Kết quả xa

Bảng 3.2. Kết quả xa

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=50)	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau	Không đau	7	22,6%
	Thỉnh thoảng đau, lao động bình thường	17	54,8%
	Đau nhẹ khi đi lại, hết đau khi nghỉ ngơi	6	19,4%
	Đau khi làm việc nhẹ	0	0
	Đau nhiều khi đi lại, không làm việc được	1	3,2%
	Đau nhiều về đêm	0	0
	Rất đau, đau liên tục	0	0

Khả năng đi lại	Đi lại bình thường	12	38,7%
	Đi lại vững, thỉnh thoảng cần gậy	14	45,2%
	Đi bộ xa cần gậy, gần không cần	3	9,7%
	Chống gậy đi được ~1h	0	0
	Phải dùng gậy chống	0	0
	Phải dùng 2 nạng	1	3,2%
	Không đi lại được	1	3,2%
Biên độ vận động khớp	Bình thường và gần bình thường, gấp háng > 90°	11	35,5%
	Hạn chế gấp còn 80°- 90°	15	48,4%
	Hạn chế gấp còn 60°- 80°	3	9,7%
	Hạn chế gấp còn 40°- 60°	0	0
Chiều dài đùi	Gấp háng dưới 40°	2	6,4%
	bình thường, không ngắn hoặc ngắn chỉ dưới 1cm	24	77,4%
	ngắn chỉ từ 1-2 cm	6	19,4%
Tình trạng ổ gãy	ngắn chỉ >3cm	1	3,2%
	Bình thường	30	96,8%
	Bụng nẹp	1	3,2%

Bảng 3.3. Kết quả chung

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=50)	Tỷ lệ (%)
Kết quả chung	Rất tốt	13	41,9%
	Tốt	13	41,9%
	Trung bình	3	9,8%
	Kém	2	6,4%

Kết quả gắn 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 mức độ không đau và đau ít chiếm đa số 96,8%, tình trạng đi lại không cần gậy hoặc ít cần gậy chiếm tỷ lệ cao với 83,9%, biên độ vận động khớp háng trên > 90 độ và từ 80- 90 độ chiếm tỷ lệ 35,5% và 48,4%, chiều dài chi bình thường hoặc ngắn dưới < 1 cm chiếm 77,4%, chỉ có 1 trường hợp ổ gãy bụng nẹp. Kết quả chung bệnh nhân đạt tốt chiếm 83,9 %.

IV. BÀN LUẬN

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

- Tuổi: Độ tuổi trung bình là 61,2±16,8 (độ tuổi thấp nhất là 22 tuổi - cao nhất là 79 tuổi). Qua nghiên cứu chúng tôi thấy độ tuổi càng cao thì tỷ lệ gãy LMC càng lớn, có lẽ do mức độ loãng xương

- Giới: tỷ lệ bệnh nhân nam gãy LMC xương đùi cao hơn bệnh nhân nữ (24 bệnh nhân nam và 7 bệnh nhân nữ).

- Nguyên nhân gãy LMC do tai nạn sinh hoạt

là thường gặp nhất 20 BN (64,6%). Cơ chế chấn thương thường gặp nhất là ngã đập vùng mông xuống nền cứng (nền nhà, bậc thềm, sân giếng, nền nhà vệ sinh...), chủ yếu gặp ở những bệnh nhân trên 60 tuổi. Điều này phản ánh đúng thực tế vì người cao tuổi (≥ 60) đều có loãng xương tuổi già, chỉ cần một lực chấn thương nhẹ cũng đã có thể gây gãy xương. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Hữu Thắng¹; Lê Quang Trí và cộng sự².

- Có 16 bệnh nhân có các bệnh nội khoa mãn tính và các thương tổn phối hợp kèm theo (51,6%). Bệnh lý mãn tính kèm theo hay gặp chủ yếu là tim mạch (45,2%), bệnh lý tiểu đường có 6 bệnh nhân (19,4%), và 2 bệnh nhân mắc bệnh hô hấp mãn tính (6,4%). Nghiên cứu của Nguyễn Thái Sơn (2006)³ trên 44 bệnh nhân gặp 12 bệnh nhân kèm theo đái tháo đường, 6 bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, 4 bệnh nhân viêm phế quản. Trần Quang Toàn (2007)⁴ gặp 19/45 bệnh nhân (42,2%) mắc bệnh mạn tính kèm theo.

4.2. Đặc điểm Xquang

- Loại gãy xương chủ yếu là loại A2 với 22 BN chiếm 71,1%. Tiếp đến là A3 với 9 BN chiếm tỷ lệ 28,9% và nhóm A1 không có bệnh nhân nào.

- Đặc biệt trong phân nhóm nhỏ A2.2 gặp nhiều nhất với 11 BN (chiếm 35,6% tổng số BN).

4.3. Kết quả gần sau mổ

- Thời gian nằm viện: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nằm viện ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 28 ngày, có 3 bệnh nhân nằm viện dưới 7 ngày (9,7%), có 26 bệnh nhân thời gian nằm viện từ 7-15 ngày. Có 2 bệnh nhân nằm viện trên 15 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 12,9 ngày. Thời gian nằm viện của bệnh nhân phẫu thuật gãy LMC xương đùi ở một số tác giả khác như: Nguyễn Tiến Bình và cs⁵ có thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 18,5 ngày; Nguyễn Hữu Thắng⁶ cho biết thời gian nằm viện từ 5 ngày đến 33 ngày, trung bình là 10,8 ngày

- Sau điều trị, kết quả gần cho thấy, khi ra viện tất cả 31 bệnh nhân đều có tình trạng vết mổ khô, không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc còn dịch. Toàn thân không có biến chứng trong thời gian nằm viện.

- Trục xương: kiểm tra lại sau mổ, trên hình ảnh X quang thấy các nẹp, vis ở vị trí đạt yêu cầu; xương được cố định tốt, ở 31 bệnh nhân sau mổ đều có các phần xương gãy về đúng vị trí giải phẫu

4.4. Kết quả xa sau mổ

- Chức năng sau mổ: kiểm tra kết quả xa từ

sau điều trị 6 tháng đến 18 tháng được 31 bệnh nhân. Trên lâm sàng thấy 12 bệnh nhân (38,7%) đi lại bình thường, không đau; 14 bệnh nhân (45,2%) đi lại nhiều thì đau ít, đau khi gắng sức; 3 bệnh nhân (9,7%) đi lại xa, nhiều thì đau cần dùng gậy hỗ trợ; có 1 bệnh nhân đi lại sớm và bị ngã lại nên bị bung nẹp và vis trượt ra ngoài khối cổ chỏm phải dùng 2 nạng để di chuyển; 1 bệnh nhân không đi lại được phải di chuyển bằng xe đẩy do tổn thương phối hợp ban đầu nặng

- Đánh giá biên độ vận động khớp háng: Có 11 BN (35,5%) Biên độ vận động khớp háng bình thường, gấp háng lớn hơn 90 độ. Có 15 BN biên độ vận động khớp háng hạn chế 80-90 độ. Gấp háng hạn chế dưới 40 độ có 2 BN (6,4%)

- Ngắn chân sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24 bệnh nhân (77,4%) phục hồi chiều dài chi về bình thường, không ngắn hoặc ngắn chỉ dưới 1cm. Có 6 bệnh nhân (19,4%) bệnh nhân ngắn chi từ 1-2 cm. Chỉ có 1 bệnh nhân bị bung nẹp và vis ra ngoài chỏm xương đùi thì chi ngắn hơn >3cm.

Mai Châu Thu (2004)⁷ đã báo cáo trong 36 bệnh nhân mổ kết hợp xương bằng nẹp gấp góc có 1 bệnh nhân khớp giả do gãy nẹp. 28 bệnh nhân đi bộ được như trước gãy, 5 bệnh nhân dùng nạng, 1 bệnh nhân ngồi xe lăn.

Trần Quang Toàn (2008)⁴ đã báo cáo trong 26 bệnh nhân mổ kết hợp xương bằng nẹp DHS có 11,5% can xương lệch trục.

Harrington K.D. (1973)⁸, theo dõi xa 72 bệnh nhân (tuổi trung bình 70) gãy LMC được kết hợp xương bằng nẹp DHS cho thấy: 60 bệnh nhân (83,3%) đi bộ được, 12 bệnh nhân (16,7%) phải ngồi xe lăn. Hans Habernack và cs (1995)⁹ đã điều trị 157 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS kết quả 100% liền xương, trong đó có 4 bệnh nhân hoại tử chỏm.

V. KẾT LUẬN

Gãy liên mấu chuyển 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 nhanh chóng phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật, 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. Nguyễn Hữu Thắng. Kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng mấu chuyển xương đùi bằng nẹp góc, Y học thực hành, 2005; 3(505), 72-74.
2. Lê Quang Trí, Điều trị gãy liên mấu chuyển

- xương Đùi người già bằng khung cố định ngoài. Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2014.
3. **Nguyễn Thái Sơn, Đoàn Anh Tuấn**, DHS với đường mổ tối thiểu (MIS) áp dụng điều trị gãy vùng mấu chuyển xương đùi, Tạp chí Ngoại Khoa, 2006; 56(5), 82-87.
 4. **Trần Quang Toàn**, Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng mấu chuyển xương đùi người lớn bằng kết xương nẹp DHS tại bệnh viện Xanh pôn. Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y, 2008.
 5. **Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Văn Tín, Lưu Hồng Hải và cs.** Kết quả điều trị gãy kín khối mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng kết hợp xương không mở ổ gãy với đinh nội tủy Ender, Tạp chí Y học Việt Nam, Số đặc biệt, 2002;4-68
 6. **Nguyễn Hữu Thắng**. Kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng mấu chuyển xương đùi bằng nẹp góc, Y học thực hành, 2005;3(505), 72-74.
 7. **Mai Châu Thu**, Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng mấu chuyển xương đùi người lớn bằng nẹp gấp góc liền khối tại bệnh viện Xanh pôn 2002-2004. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y, 2004.
 8. **Harrington K.D**, The use of methylmethacrylate as an adjunct in the internal fixation of unstable comminuted intertrochanteric fractures in osteoporotic patients, J Bone Joint Surg Am, 1975; 57, 744-750.
 9. **Habernack H., et al**, Comparison of Ender nails, dynamic hip screws and gamma nails in the treatment of peritrochanteric femoral fractures, Orthopaedic, 2000;23(2), 121-127.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHÁC ĐỒ XELOX TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Mai Phương¹, Đỗ Anh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị trên lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn điều trị với phác đồ XELOX. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, được điều trị bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K từ tháng 6/2016 đến tháng 3/2020. So sánh tỷ lệ: dùng test χ^2 ($p < 0,05$) để kiểm định ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 48,1%, trong đó 3,9% BN ($n=2$) đạt đáp ứng hoàn toàn và 44,2% BN ($n=23$) đạt đáp ứng một phần. Bệnh giữ ổn định chiếm 23,1% ($n=12$) BN. Có 28,8% BN ($n=15$) bệnh tiến triển. Sau điều trị, hầu hết các triệu chứng cơ năng và thể trạng đều có sự cải thiện đáng kể so với trước điều trị với ($p < 0,05$). Tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân điều trị liều chuẩn là 62,5% cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân điều trị dưới liều chuẩn là 35,7% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Điều trị phác đồ XELOX trên bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng và tỷ lệ đáp ứng khách quan toàn bộ là 48,1%, trong đó bệnh nhân điều trị với liều chuẩn có tỷ lệ đáp ứng cao hơn đáng kể so với bệnh nhân điều trị liều dưới chuẩn.

Từ khóa: ung thư dạ dày, giai đoạn muộn, XELOX, đáp ứng điều trị

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF INITIAL

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 16.4.2024

TREATMENT OF PATIENTS WITH LATE-STAGE GASTRIC CANCER WITH XELOX REGIMEN AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Evaluate the clinical and paraclinical treatment response of patients with late-stage gastric cancer treated with the XELOX regimen. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study on 52 patients with a confirmed diagnosis of late-stage gastric cancer, no longer amenable to radical surgery, treated with the XELOX regimen at the hospital, at Vietnam National Cancer Hospital from June 2016 to March 2020. Compare proportions: use the χ^2 test ($p < 0,05$) to test statistical significance. **Results:** The overall response rate reached 48,1%, in which 3,9% of patients ($n=2$) achieved a complete response and 44,2% of patients ($n=23$) achieved a partial response. The disease remained stable in 23,1% ($n=12$) of patients. There were 28,8% of patients ($n=15$) with progressive disease. After treatment, most of the clinical symptoms and PS improved significantly compared to before treatment ($p < 0,05$). The response rate of the group of patients treated with the standard dose was 62,5%, significantly higher than the group of patients treated with less than the standard dose was 35,7% ($p < 0,05$). **Conclusion:** XELOX regimen treatment in patients with late-stage gastric cancer helps improve clinical symptoms and the overall objective response rate was 48,1%, in which patients treated with standard dose had a lower rate of Response was significantly higher than in patients treated with substandard doses. **Keywords:** Gastric cancer, late stages, XELOX, response treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo ghi nhận của GLOBOCAN 2018, UTDD đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc