

6. **Gattozzi D, Friis L, Arnold P.** Surgery for traumatic fractures of the upper thoracic spine (T1–T6). *Surg Neurol Int.* 2018;9(1):231. doi:10.4103/sni.sni_273_18
7. **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.
8. **NashLawrason J.** Early detection of thoracic spine fracture in the multiple trauma patient: Role of the initial portable chest radiograph. *Emergency Radiology.* Published online 1997:11.
9. **Fracrs RS.** Health-related quality-of-life outcomes after thoracic (T1-T10) fractures. *The Spine Journal.* Published online 2013:8.
10. **Haba, Hitoshi, et al.** "Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging for detecting posterior ligamentous complex injury associated with thoracic and lumbar fractures." *Journal of Neurosurgery: Spine* 99.1 (2003): 20-26.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH BẰNG NẸP VÍT KHOÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

Vũ Trường Thịnh^{1,3}, Nguyễn Văn Khước², Phạm Nguyễn Trọng Nguyên¹, Nguyễn Xuân Thuý¹, Nguyễn Minh Anh³, Nguyễn Mạnh Tiên³, Dương Duy Thanh³, Trương Văn Kiều³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành bằng nẹp vít khoá tại bệnh viện đa khoa Đức Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 35 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khoá điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu có 15 (42,86%) bệnh nhân nam và 20 (57,14%) bệnh nhân nữ với tuổi trung bình $48,60 \pm 19,07$ tuổi (từ 18 - 81 tuổi). 74,29% bệnh nhân có tổn thương thuộc loại A, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Kết quả 94,29% bệnh nhân liền xương tốt. Biên độ vận động khớp gối: 51,43% gấp gối $\geq 125^\circ$, 28,57% gấp gối từ $100^\circ - 124^\circ$, 14,29% gấp gối $90^\circ - 99^\circ$, 5,71% gấp gối $< 90^\circ$. Kết quả phục hồi chức năng theo Sanders. R: rất tốt (48,57%), tốt (34,28%), trung bình (14,29%) và kém là 2,86%. **Kết luận:** Điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khoá mang lại kết quả khả quan, thích hợp với các loại gãy xương đầu dưới xương đùi, hiện là lựa chọn tối ưu cho loại gãy này tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương đùi, nẹp khoá, gãy kín

SUMMARY

THE OUTCOME OF CLOSED FRACTURES AT DISTAL FEMUR IN ADULTS BY LOCKING PLATE FIXATION AT DUC GIANG HOSPITAL

Objectives: Evaluating the initial outcome of

treatment of distal femur fractures in adults by locking plate fixation in Duc Giang hospital. **Material and methods:** A retrospective and prospective study without control on 35 patients who underwent internal osteosynthesis treatment of closed distal femur fracture, from 1/2018 to 4/2022 in Duc Giang hospital. **Results:** There were 15 (42,86%) males and 20 (57,14%) females with a mean age of $48,60 \pm 19,07$ years (range 18 - 81). 74,29% were of types A, and the main cause was traffic accidents. The rate of bone union was 94,29%. Range of knee motion: 51,43% achieved a complete flexion $\geq 125^\circ$, 28,57% range $100^\circ - 124^\circ$, 14,29% range $90^\circ - 99^\circ$, 5,71% knee flexion $< 90^\circ$. Results of rehabilitation by Sanders.R: excellent: 48,57%, good: 34,28%, average: 14,29% and poor 2,86%. **Conclusion:** Results of treatment of distal femur fractures by locking plate is very positive, including older patients with osteoporosis, which is now the optimal treatment choice for this type of fracture to improve early rehabilitation after surgery. **Keywords:** Distal femoral fractures, locking plate, closed fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi (ĐDXĐ) là gãy phần chuyển tiếp giữa vùng hành xương và thân xương của đoạn xa xương đùi, có thể đường gãy kéo dài lên đoạn 1/3 giữa xương đùi hay có đường phạm khớp, chiếm dưới 1% tổng số ca gãy xương và khoảng 3 đến 6% tổng số ca gãy xương đùi.^{1,2} Điều trị gãy ĐDXĐ đòi hỏi chỉnh hình tốt về giải phẫu, phục hồi diện khớp, cố định vững chắc ổ gãy giúp BN (BN) tập vận động sớm, tránh biến chứng hạn chế vận động khớp gối, can lệch và thoái hóa khớp.

Có nhiều phương pháp điều trị gãy kín ĐDXĐ như: kéo nắn bó bột, phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít, nẹp góc, nẹp DCS, nẹp ốp lõi cầu... Mỗi phương pháp kết xương đều có ưu nhược điểm khác nhau. Hiện nay, nẹp khoá được áp dụng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biên khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

phổ biến, nẹp khóa giúp cố định vững chắc ổ gãy, phục hồi tốt về mặt giải phẫu tạo điều kiện cho BN tập vận động phục hồi chức năng sớm sau mổ.

Tại bệnh viện đa khoa Đức Giang trong khoảng thời gian ngắn 4 năm gần đây cũng đã triển khai nẹp vít khóa trong điều trị phẫu thuật kết hợp xương ĐDXĐ, ngoài những kết quả khả quan đạt được vẫn còn tồn tại những hạn chế. Do vậy nhằm nâng cao chất lượng điều trị và có cái nhìn hợp lý về nẹp vít khóa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 35 BN từ 18 tuổi trở lên bị gãy kín ĐDXĐ do chấn thương, được phẫu thuật KHX bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 1/2018 - 4/2022. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 18 trở lên, gãy kín ĐDXĐ do chấn thương (nhóm A và C theo phân loại của AO/ASIF), đã kết hợp xương bằng nẹp khóa, đủ hồ sơ bệnh án, có phim X-quang trước và sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện với tất cả các BN phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Kỹ thuật mổ KHX bên trong gãy ĐDXĐ bằng nẹp vít khóa

Chuẩn bị BN

- + Giải thích cho BN hiểu rõ về mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể có.
- + Nếu khớp gối sưng nề lớn, tiến hành chọc hút dịch khớp gối kết hợp với cố định bằng bột.
- + Dùng kháng sinh, giảm đau, giảm nề.
- + Nếu phù nề nhiều thì kéo liên tục, khi giảm phù nề mới phẫu thuật.
- + Nếu ổ gãy phức tạp thì chụp CT-Scanner để xác định tổn thương.

Tư thế BN: Để BN nằm ngửa có kê đệm dưới khoeo một gối nhỏ. Nếu trường hợp gãy xương phức tạp thì cần phải tính toán sao cho gấp gối được nhiều hơn để thuận lợi cho thì nắn chỉnh và cố định, Garo gốc đùi.

Kỹ thuật mổ:

- Đường mổ: đi theo đường mổ phía bên ngoài
- Thì 1: Rạch da 1/3 dưới đùi theo đường chuẩn đích từ mẫu chuyển lớn đến phía sau lồi cầu ngoài xương đùi, đến ngang bình diện khớp gối, sau đó cong nhẹ vào trong xuống tới gần bờ ngoài lồi củ trước xương chày, bóc tách cân cơ bộc lộ ĐDXĐ

- Thì 2: Bộc lộ và nắn chỉnh ổ gãy: sau khi

bộc lộ ổ gãy tiến hành bơm rửa lấy hết máu tụ, làm sạch các đầu, diện xương gãy, nắn chỉnh các mảnh xương vỡ về vị trí giải phẫu, găm kim cố định tạm thời các diện gãy, sau nắn kiểm tra trên màn hình tăng sáng

- Thì 3: Đặt nẹp khóa và kiểm tra bằng màn tăng sáng: Nắn chỉnh hết các di lệch, chọn và đặt nẹp khóa phù hợp với vị trí và chiều dài của xương. Bờ trước và bờ sau nẹp khóa song song với phần loe rộng của các khối lồi cầu trước và sau. Đầu thấp nhất của nẹp xuống sát chỗ bám của bao khớp phía trên bờ sụn. Khoan bắt vis khóa trên nẹp theo định hướng ống khoan. Kiểm tra sau bắt vis bằng màn hình tăng sáng

- Thì 4: Cầm máu và đóng vết mổ

2.4. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới
- Phân loại gãy ĐDXĐ theo AO/ASIF
- Đánh giá tình trạng vết mổ, thời gian nằm viện sau phẫu thuật
- Kết quả liền xương sau 6 tháng
- Tình trạng sẹo mổ, nẹp vít sau 6 tháng
- Biên độ vận động khớp gối
- Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo Sanders R (1991)

2.5. Xử lý số liệu. Bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỷ lệ % cho các biến định tính, biến danh mục, biến thứ hạng, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, giá trị tối thiểu cho các biến định lượng.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Các thông tin riêng về bệnh lý của BN trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

BN hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu (n=35)

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	18 – 30	7	20,00	
	31 – 60	16	45,71	
	> 60	12	34,29	
Giới tính	Nam	15	42,86	
	Nữ	20	57,14	
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	20	57,14	
	Tai nạn lao động	9	25,72	
	Tai nạn sinh hoạt	6	17,14	
Phân loại gãy xương theo AO	A	A1	10	28,57
		A2	15	42,86
		A3	1	2,86
	C	C1	5	14,28

	C2	3	8,57
	C3	1	2,86

Độ tuổi trung bình là $48,60 \pm 19,07$ tuổi (từ 18 - 81 tuổi), đa số BN ở nhóm tuổi 31 - 60 (chiếm 45,71%) với tỷ lệ nam / nữ = 15 / 20. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 57,14%.

Số BN nhóm A chiếm nhiều nhất 26/35 BN (74,29%), trong đó nhóm A2 cao nhất với 15/35 BN (42,86%). Sau đó đến nhóm C với 9/35 BN (25,71%), với loại gãy C1 chiếm nhiều nhất 5/35 BN (14,28%).

3.2. Kết quả điều trị

Kết quả gần: Có 34/35 BN vết mổ liền thì đầu (97,14%), chỉ có 01 BN bị nhiễm khuẩn nông vết mổ (2,86%), không có ca nào nhiễm khuẩn sâu, viêm xương, dò mủ. Thời gian nằm viện trung bình $12,77 \pm 3,79$, ngắn nhất 6 và dài nhất 23 ngày. Đa số BN có thời gian nằm viện từ 8 - 14 ngày chiếm 20/35 BN (57,14%), thời gian nằm viện trên 14 ngày chiếm 13/35 BN (37,15%), có 2/35 BN (5,71%) có thời gian nằm viện dưới 7 ngày.

Kết quả xa: - Tình trạng sẹo mổ: Có 25/35 BN tình trạng sẹo mềm mại (71,43%), 10/35 BN sẹo lồi (28,57%), không có BN nào sẹo dính và co kéo.

- Có 1 trường hợp gãy vít bắt vào lồi cầu đùi (chiếm 2,86%), không có trường hợp nào gãy nẹp, bung vít, vít bắt vào trong ổ khớp gối.

- Kết quả liền xương: Có 33/35 BN có kết quả liền xương tốt (94,29%), có 2 BN (5,71%) có kết quả chậm liền xương trong đó 1 ca sau đó liền hoàn toàn và 1 ca có biến chứng gãy vít phải can thiệp phẫu thuật.

Bảng 2. Biên độ vận động khớp gối (n=35)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Biên độ vận động gấp gối	$\geq 125^0$	18	51,43
	$100^0 - 124^0$	10	28,57
	$90^0 - 99^0$	5	14,29
Mức hạn chế vận động duỗi gối	$< 90^0$	2	5,71
	0^0	17	48,57
Mức hạn chế vận động duỗi gối	$< 5^0$	11	31,43
	Từ 6 - 10^0	6	17,14
	$> 10^0$	1	2,86

Biên độ gấp gối $\geq 125^0$ chiếm 18/35 BN (51,43%), gấp khớp gối từ $100 - 124^0$ chiếm 10/35 BN (28,57%), gấp gối từ $90 - 99^0$ chiếm 5/35 BN (14,29%), gấp gối $< 90^0$ chiếm 2/35 BN (5,71%).

Duỗi gối về 0^0 chiếm 17/35 BN (48,57%), duỗi gối $< 5^0$ chiếm 11/35 BN (31,4%), duỗi gối từ 6 - 10^0 chiếm 6/35 BN (17,14%), có 1/35 BN

(2,86%) có mức duỗi gối hạn chế $> 10^0$.

Bảng 3. Kết quả chung sau phẫu thuật (n=35)

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Theo thang điểm của Sander R.	Rất tốt	17	48,57
	Tốt	12	34,28
	Trung bình	5	14,29
	Kém	1	2,86

Có 29/35 BN có kết quả rất tốt và tốt (82,85%), có 5 BN đạt kết quả trung bình (14,29%), có 1 BN kết quả kém (2,86%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Về tuổi, giới: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $48,60 \pm 19,07$ tuổi, đa số là nhóm tuổi lao động cũng như tham gia giao thông chính chiếm 65,71%. Kết quả của chúng tôi gần tương đương với một số nghiên cứu trong nước của Lê Đức Anh (2017)³ là 79%, Dương Duy Thanh (2019)⁴ là 69,44%. So với các tác giả trên nhận thấy số BN gãy kín ĐDXĐ nhóm tuổi < 60 tuổi theo thời gian giảm dần và nhóm tuổi > 60 tuổi tăng dần do mức sống của người dân ngày càng được cải thiện, tuổi thọ người dân tăng đáng kể, như vậy trong những năm tới tỉ lệ gãy ĐDXĐ ở BN cao tuổi do ngã có thể tăng lên. Tỷ lệ về giới nam/nữ là 15/20, ở tuổi trên 60 mức độ loãng xương của người già ở nữ giới cao hơn so với nam vì trải qua quá trình phá hủy xương mạnh ở giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh dễ gãy ĐDXĐ hơn nam giới.

Về nguyên nhân: Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất 20 BN (57,14%), chủ yếu gặp trong độ tuổi 31- 60 với 11 BN. Nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ thấp nhất 6 BN (17,14%), chủ yếu gặp độ tuổi trên 60 với 5 BN. Do tai nạn lao động chiếm 9 BN (25,72%). Tỷ lệ tai nạn giao thông của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây khi cũng đưa ra nguyên nhân chính gây kín ĐDXĐ là do tai nạn giao thông: Dương Duy Thanh (2019)⁴ tỷ lệ tai nạn giao thông là 72,22%. Theo Virk J.S và Cs (2016)⁵ tỷ lệ tai nạn giao thông là 80%. Theo Ranjan R. và Cs (2017)⁶ tỷ lệ tai nạn giao thông 78,6%.

4.2. Đặc điểm Xquang

Phân loại tổn thương theo AO/ASIF: Các BN thuộc nhóm gãy A là chủ yếu với 26/35 BN (74,29%), đây là loại gãy trên lồi cầu, là vùng chuyển tiếp giữa thân xương đùi và phần xương xẹp ĐDXĐ, do đó vùng này thường yếu và dễ tổn thương khi có lực tác động vào, đặc biệt là trên những BN lớn tuổi có chất lượng xương

kém. So với một số nghiên cứu như Dương Duy Thanh (2019)⁴ nghiên cứu tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức có tỉ lệ nhóm A chiếm 38,89%, nhóm C chiếm 50%. Quế Văn Huy (2020)⁷ nghiên cứu tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức tỷ lệ nhóm A chiếm 42,22%, nhóm C chiếm 57,78%. So với một số nghiên cứu trên loại C của chúng tôi thấp hơn hẳn loại A do bệnh viện chúng tôi nghiên cứu là bệnh viện tuyến dưới còn hạn chế hơn về chuyên môn, kỹ thuật cũng như danh tiếng nên khi giải thích tình trạng bệnh những BN gây phức tạp thường có xu hướng xin chuyển tuyến cuối để được phẫu thuật.

4.3. Kết quả điều trị

Kết quả gần: Vết mổ liền thì đầu chiếm cao nhất 34/35 BN (97,14%), nhiễm khuẩn nông chiếm 1/35 BN (2,86%), không có ca nào nhiễm khuẩn sâu, viêm xương, dò mủ. BN này được tách chỉ, đắp gạc betadin, thay băng, nặn dịch hàng ngày và bổ sung kháng sinh điều trị sau đó vết mổ khô, liền tốt, không có biến chứng dò mủ, viêm xương. Theo Hoàng Ngọc Minh (2020)⁸ nghiên cứu trên 54 BN thì có 1 trường hợp nhiễm khuẩn nông vết mổ chiếm 1,85%.

Kết quả xa:

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp gãy vít bắt vào lõi cầu đùi (chiếm 2,86%), không có trường hợp nào gãy nẹp, bung vít, vít bắt vào trong ổ khớp gối có thể do các nguyên nhân: BN già, loãng xương, đá tháo đường và phẫu thuật nắn chỉnh xương còn di lệch nhiều là những yếu tố dẫn đến tình trạng chậm liền xương, kết hợp với tình trạng BN tự tập phục hồi chức năng tại nhà mà không đi khám định kỳ theo hẹn, tập tỷ chân không đúng cách làm tăng áp lực vào nẹp vít dẫn đến tình trạng gãy mỏi ở đầu vít khóa. Nghiên cứu có biến chứng gãy và bung nẹp vít như Ranjan R. và Cs (2017)⁶: điều trị 28 BN gặp 1 BN gãy nẹp

- Vấn đề liền xương: kết quả liền xương tốt chiếm 33/35 BN (94,29%), có 2 BN (5,71%) có kết quả chậm liền xương trong đó 1 ca sau đó liền hoàn toàn và 1 ca có biến chứng gãy vít. Đây là BN có rất nhiều yếu tố làm chậm liền xương mặc dù trong phẫu thuật có ghép thêm xương nhân tạo như tuổi cao, loãng xương lại có bệnh lý đá tháo đường đi kèm, việc nắn chỉnh xương sau phẫu thuật còn di lệch nhiều, tập tỷ sớm không theo hướng dẫn của bác sỹ và gãy vít sớm ở tháng thứ 6 sau phẫu thuật.

Kết quả chung sau phẫu thuật: Kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối sau mổ được đánh giá theo Sanders R (1991). Kết quả này phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Trước mổ,

trong mổ, sau mổ, trong đó tập vận động phục hồi chức năng là một trong những yếu tố quan trọng đưa lại kết quả tốt khi đã được kết hợp xương vững chắc.

- Có 18 BN (51,43%) đạt biên độ vận động gấp gối $\geq 125^{\circ}$, 10 BN (28,57%) gấp gối từ $100^{\circ} - 124^{\circ}$, 5 BN (14,29%) từ $90^{\circ} - 99^{\circ}$, 2 BN (5,71%) hạn chế gấp gối $< 90^{\circ}$, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Minh (57,89%) gấp gối $\geq 125^{\circ}$ và không có BN nào hạn chế gấp gối $< 90^{\circ}$.⁸

- Kết quả phục hồi chức năng theo Sander R: Rất tốt và tốt có 29 BN (82,85%), trung bình có 5 (14,29%), kém chỉ có 1 BN (2,86%), kết quả này cho thấy khả năng cố định vững chắc ổ gãy của nẹp khóa ĐDXĐ, cho phép BN tập vận động sớm sau phẫu thuật, mang lại kết quả phục hồi chức năng cao. Kết quả này tương đương với kết quả trong nghiên cứu Ranjan R và Cs (2017)⁶, rất tốt và tốt chiếm 75% nhưng cao hơn kết quả của Quế Văn Huy (2021)⁷, tỷ lệ tốt và rất tốt là 28/45 BN chiếm tỉ lệ 62,22%. Có lẽ do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ cao nhóm gãy xương thuộc nhóm gãy đơn giản A1, A2 (tỷ lệ 68,57%), còn tác giả Quế Văn Huy tỷ lệ cao thuộc các nhóm gãy xương phức tạp C2, C3 (44,45%).⁷

V. KẾT LUẬN

Sử dụng nẹp khóa trong điều trị gãy kín ĐDXĐ cho kết quả cao: 94,29% BN liền xương sau 6 tháng, kết quả phục hồi chức năng theo Sander rất tốt và tốt đạt 82,85%.

Kết hợp xương bằng nẹp khóa ĐDXĐ có thể áp dụng cho tất cả các loại gãy ĐDXĐ, bao gồm cả những BN lớn tuổi loãng xương, đặc biệt là phụ nữ, nẹp khóa giúp cố định vững chắc ổ gãy, kể cả những ổ gãy phức tạp bởi tính ưu việt của nó, tỷ lệ biến chứng thấp, từ đó giúp BN vận động sớm sau mổ, hạn chế được các di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coon M.S, Best B.J. Distal Femur Fractures. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Published online 2021.
2. Campana V, Ciolli G, Cazzato G, et al. Treatment of distal femur fractures with VA-LCP condylar plate: A single trauma centre experience. Injury. 2020;51: S39-S44. doi:10.1016/j.injury.2019.10.078
3. Lê Đức Anh, Nguyễn Xuân Thùy. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín trên và liên lõi cầu đùi bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội; 2017.
4. Dương Duy Thanh, Vũ Trường Thịnh, Nguyễn Xuân Thùy. Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu xa xương đùi ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. VMJ. 2023;520(2).

- doi:10.51298/vmj.v520i2.4121
- Virk JS.** Distal Femur Locking Plate: The Answer to All Distal Femoral Fractures. JCDR. Published online 2016. doi:10.7860/JCDR/2016/22071.8759
 - Ranjan R, Kumar R, Singh A.** Role of distal femoral locking plate in management of distal femoral fracture: a prospective study. Int J Res Orthop. 2017; 3(5): 1062-1065. doi:10.18203/issn.2455-4510.IntJResOrthop20173942
 - Văn Huy Q, Xuân Thùy N, Văn Khoa V, Trường Thịnh V.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có sự hỗ trợ của màn tăng sáng. VMJ. 2022;509(2). doi:10.51298/vmj.v509i2.1824
 - Hoàng Ngọc Minh.** Nghiên cứu khả năng cố định ổ gãy trên thực nghiệm và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi người lớn bằng nẹp khóa. Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân Y; 2020.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ GEMCITABIN- CISPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG NIỆU GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Trần Mai Phương¹, Trần Khắc Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phác đồ gemcitabin-cisplatin trên bệnh nhân UTBMĐN giai đoạn tiến triển tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 32 bệnh nhân UTBMĐN giai đoạn tiến triển (14 bệnh nhân giai đoạn tiến xa, 18 giai đoạn di căn) tại Bệnh viện K từ 4/2021 đến 11/2023. **Kết quả:** Độ tuổi hay gặp là ≥ 60 tuổi, tuổi trung bình là $61,25 \pm 9,9$. Tỷ lệ nam giới chiếm 84,4%. Tỷ lệ BN mắc ung thư bàng quang là 50%. Tỷ lệ đáp ứng là 62,5%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,6 tháng (4,9-6,3). Điểm chỉ số toàn trạng PS=2 là yếu tố tiên lượng xấu liên quan tới giảm trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết là chủ yếu. Độc tính của phác đồ gem-cis là nhẹ và chấp nhận được. **Kết luận:** Phác đồ gemcitabin- cisplatin điều trị bệnh nhân UTBMĐN giai đoạn tiến xa, di căn có tỷ lệ đáp ứng cao. Điểm chỉ số toàn trạng PS=2 là yếu tố tiên lượng xấu liên quan tới giảm trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Phác đồ hóa trị gem-cis an toàn với các tác dụng không mong muốn nhẹ và kiểm soát được.

Từ khóa: Ung thư biểu mô đường niệu, Gemcitabin- cisplatin

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF GEMCITABIN- CISPLATIN REGIMEN ON PATIENTS WITH UROTHELIAL CANCER AT K HOSPITAL

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

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: 12.4.2024

Objective: To describe some clinical characteristics, subclinical characteristics and treatment results of the gemcitabin-cisplatin regimen on patients with advanced urothelial cancer at K hospital. **Patients and research methods:** The study describes 32 patients with advanced urothelial cancer who were treated with gemcitabine-cisplatin regimen at K Hospital from 4/2021 to 11/2023. **Results:** The common age is ≥ 60 years olds, the mean age is $61,25 \pm 9,9$ years. The proportion of men accounts for 84.4%. The rate of patients with bladder cancer is 50%. The response rate was 62.5%. Median progression-free survival time was 5.6 months (4.9-6.3). Performance status PS=2 was significant adverse prognostic implications to reduce median PFS ($P=0,01$). Side effects on the hematologic are mainly. The toxicity of the gem-cis regimen was mild and acceptable. The toxicity of the gem-cis regimen was mild and acceptable. **Conclusion:** Gemcitabine-Cisplatin regimen for treating patients with advanced urothelial cancer has a high response rate. Performance status PS=2 was significant adverse prognostic implications to reduce median PFS ($P=0,01$). Gem-cis regimen is safe with mild and controllable side effects. **Keywords:** Urothelial cancer, Gemcitabine- cisplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đường niệu (UTBMĐN) là bệnh lý ác tính thường gặp trong các ung thư đường tiết niệu chỉ đứng sau ung thư tiền liệt tuyến. UTBMĐN có thể gặp ở bàng quang, niệu quản hay ở thận. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ.⁶ Theo các nghiên cứu có khoảng 10-15% các trường hợp UTBMĐN xuất hiện di căn ngay tại thời điểm chẩn đoán.⁷ Việc lựa chọn phác đồ điều trị UTBMĐN giai đoạn tiến triển là tương tự nhau cho dù bệnh biểu hiện ở thận, niệu quản hay bàng quang. Điều trị UTBMĐN giai đoạn tiến triển với đơn hóa trị thường cho tỷ lệ đáp ứng thấp, thời gian sống thêm cũng rất ngắn. Phác