+ 50% các chủng K.pneumoniae phân lập được là đa kháng, chỉ còn nhạy cảm với nhóm carbapenem 50%, còn nhạy cảm với amikacin 66,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO** (2020). Global report on epidemiology and burden of sepsis, World Health Organization, 2020.
2. **Nguyễn Thanh Bảo, Cao Minh Nga và các cộng sự** (2011). Chọn lựa kháng sinh ban đầu trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại một số bệnh viện TP.HCM, Y học TP.HCM – HNKHKT – ĐHYD TP.HCM lần thứ 29, 206 – 214, 2012.
3. **Đỗ Đức Dũng** (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Văn Sĩ, Đỗ Hữu Trí, Nguyễn Văn Thành** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang, Y học thực hành (815) – Số 4/2012, 50-56.
5. **Lê Bảo Huy, Trần Thanh Minh, Võ Hoàng Anh** (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Thống nhất TP. Hồ Chí Minh, Y học TP. Hồ Chí Minh, 23(3), 249-255.
6. **Đinh Vạn Trung, Đặng Biên Cương** (2015). Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Journal of 108 – Clinical Medicine and Pharmacy, Vol 10, 136.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG MẮT CÁ CHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phan Văn Hậu[1,2], Nguyễn Duy Anh[1], Vũ Trường Thịnh[1,2], Đỗ Văn Minh[1,3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy mắt cá chân tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu Hồi cứu 40 người bệnh được chẩn đoán gãy mắt cá chân điều trị bằng mổ KHX bên trong tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2019 đến hết tháng 06/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,25 ± 10,75 tuổi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ dưới 30 tuổi chiếm 40,0%; nguyên nhân chấn thương chủ yếu gặp là tai nạn giao thông chiếm 72,5%. Tổn thương thường gặp là gãy 2 mắt cá (52,5%) và gãy kiểu B theo phân loại Danis Weber (58,9%), có 75% bệnh nhân trật xương sên. Kết quả 95% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, điểm trung bình theo thang điểm AOFAS: 92,8 ± 6,5 điểm. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy mất vững mắt cá chân giúp nắn chỉnh được diện gãy về giải phẫu, phục hồi độ vững của khớp cổ chân nên giúp người bệnh vận động sớm hạn chế được các di chứng sau chấn thương.

Từ khóa: Gãy xương mắt cá chân

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL JOINT BONE TREATMENT MALLEOLUS FRACTURE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Study to evaluate the results of combined bone surgery for ankle fracture treatment at Hanoi Medical University Hospital. **Method:** A retrospective study of 40 patients who were diagnosed with malleolus fractures underwent open reduction internal fixation surgery at the Department of Orthopedic Surgery and Sports Medicine from 01/2019 to 06/2021. **Result:** The average age of the study subjects was 40.25 ± 10.75 years old, and the most common age group was under 30 years old, accounting for 40.0%; The main cause of injury is traffic accidents, accounting for 72.5%. Common injuries are 2 ankle fractures (52.5%) and type B fractures according to Danis Weber classification (58.9%), with 75% of patients dislocating the talus. Results from 95% of patients achieved good and very good results, and the average score according to the AOFAS scale: 92.8 ± 6.5 points. **Conclusion:** Surgical treatment of ankle instability fractures helps to correct the anatomical fracture area, and restore stability of the ankle joint, so it helps the patient to move early to limit the sequelae after the injury.

Keyword: Malleolus fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương mắt cá chân là một trong những cấp cứu chấn thương chỉnh hình chi dưới thường gặp nhất, chiếm khoảng 10,2% tổng số gãy xương, với những tổn thương thường gặp là: gãy mắt cá trong, gãy mắt cá ngoài, gãy mắt cá sau có thể đi kèm các tổn thương khác như toác

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
[3]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Hậu
Email: drpvhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024
Ngày duyệt bài: 22.4.2024

mộng chày mác, trật xương sên, tổn thương hệ thống dây chằng.[1] Gãy kín mắt cá chân, đặc biệt là gãy mất vững, là một loại gãy khó nắn chỉnh kín, nếu không phục hồi tốt giải phẫu sẽ gây nên những di chứng trong điều trị bảo tồn: đau khớp cổ chân khi vận động, can lệch, viêm thoái hóa khớp, cứng khớp.[2,3]

Do cấu tạo giải phẫu của mắt cá chân khá phức tạp, hình thái tổn thương gãy xương mắt cá chân đa dạng, các biện pháp điều trị phẫu thuật rất phong phú nên từ trước đến nay. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng y văn ghi nhận kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương mắt cá chân rất thay đổi vớiới à một tỷ lệ cao người bệnh có biến chứng và di chứng sau điều trị

Với mục đích tìm hiểu về bệnh gãy mắt cá chân và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương mắt cá chân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy mắt cá chân tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 40 người bệnh được chẩn đoán gãy mắt cá chân điều trị bằng mổ KHX bên trong tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2019 đến hết tháng 06/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có khả năng cung cấp thông tin, được chẩn đoán gãy kín đơn thuần ít nhất một trong ba mắt cá chân bao gồm MCT, MCN và MCS, được mổ kết hợp xương bên trong, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý thần kinh chi dưới, các bệnh lý tâm thần kinh, không có khả năng tự tập phục hồi chức năng sau mổ, các trường hợp có gãy xương khác ảnh hưởng đến phục hồi chức năng cổ chân: vỡ xương gót, xương sên, các tổn thương phức tạp ở bàn chân, gẫy xương cẳng chân, xương đùi, xương chậu vì có ảnh hưởng đến việc đánh giá kết quả xa; gãy xương mắt cá bệnh lý; gãy xương mắt cá ở người bệnh có biến chứng/ di chứng/ dị tật chi dưới; Không đủ hồ sơ bệnh án, phim X quang trước, sau mổ và không được theo dõi, đánh giá kết quả phẫu thuật.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng hệ thống bảng, biểu đồ để mô tả số liệu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm 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=40)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤30	16	40
	31 – 60	14	35
	>60	10	25
Giới	Nam	24	60
	Nữ	16	40
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	29	72,5
	Tai nạn sinh hoạt	8	20
	Tai nạn thể thao	3	7,5
Xử lý trước vào viện	Chưa xử trí	15	37,5
	Bất động tạm thời	24	60,0
	Bó lá	1	2,5
Thời gian từ thời điểm bị tai nạn đến khi phẫu thuật	<24h	26	65
	1 – 3 ngày	2	5
	4 – 7 ngày	8	20
	>7 ngày	4	10

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 30 tuổi trở xuống (40%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,25±10,75; trẻ nhất là 16 tuổi, cao tuổi nhất là 86 tuổi

Số bệnh nhân nam gặp nhiều hơn số bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ = 3/2.

Nguyên nhân gây tai nạn chủ yếu gặp là tai nạn giao thông với 29/40 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 72,5%. Đa số là tai nạn bệnh nhân là người điều khiển xe gắn máy. Phần còn lại do tai nạn sinh hoạt, và số ít là tai nạn thể thao. Chúng tôi không gặp trường hợp nào do lao động.

Phần lớn bệnh nhân được bất động tạm thời trước khi vào viện (60%) và được phẫu thuật ngày đầu sau tai nạn (65%), Thời gian trung bình từ thời điểm tai nạn đến khi phẫu thuật là 1,9 ngày

3.2. Đặc điểm tổn thương

Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương trên X-quang

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=40)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương xương	Gãy đơn thuần mắt cá trong	1	2,5
	Gãy đơn thuần mắt cá ngoài	12	30,0
	Gãy mắt cá trong và mắt cá ngoài	21	52,5
	Gãy ba mắt cá	6	15,0

Trật xương sên	Trật ra ngoài	26	65,0
	Trật vào trong	1	2,5
	Trật ra sau	3	7,5
	Không trật	10	25,0

Nhận xét: Gãy 2 mắt cá chân hay gặp nhất với 21/40 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 52,5%, Gãy ba mắt cá chiếm tỉ lệ 15,0%, Gãy riêng mắt cá trong chỉ gặp 1 trường hợp chiếm 2,5%., Gãy đơn thuần một mắt cá chiếm 32,5%, trong đó có không có bệnh nhân nào gãy riêng MCS.

Trong số 40 bệnh nhân thì có 30 bệnh nhân có trật xương sên trên phim Xquang, trật ra ngoài có 26/30 bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất 86,6%.

3.3. Phương pháp điều trị

Bảng 3.3. Phương pháp KHX trong gãy mắt cá chân

Tổn thương	Phương pháp KHX	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
MCT	Đinh Kirschner	2	5,0
	Vít xốp	18	45,0
	Đinh Kirschner và vít	3	7,5
MCN (xương mác)	Nẹp vít	39	97,5
MCS	Vít xốp	2	5,0
TMCM	Vít xốp	18	45,0

Ổ gãy MCT dùng đa dạng các kiểu KHX. Nhiều nhất là vít xốp. Ổ gãy 1/3 dưới xương mác và MCN đều được kết hợp xương bằng nẹp vít. Ổ gãy MCS và TMCM đều dùng phương tiện KHX là vít xốp

3.4. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Biến chứng sau mổ

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=40)	Tỷ lệ (%)
Liền da thì đầu	39	97,5
Chậm liền vết mổ	1	2,5
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Gãy vít mộng chày mác	1	2,5

97,5% bệnh nhân liên da thì đầu phẫu thuật.

Bảng 3.5. Kết quả nắn chỉnh sau mổ theo Cedell và cộng sự và đánh giá chức năng cổ bàn chân theo AOFAS (n=40)

Đánh giá	Kết quả	Số bệnh nhân (n=40)	Tỷ lệ (%)
Kết quả nắn chỉnh sau mổ theo Cedell và cộng sự	Tốt	38	95
	Khá	2	5
Kết quả đánh giá chức năng cổ bàn chân theo AOFAS	Rất tốt (>90)	18	45,0
	Tốt (81-90)	20	50,0
	Trung bình (71-80)	2	5,0
	Kém (≤70)	0	0,0
	Điểm trung bình	92,8 ± 6,5	

95% bệnh nhân đánh đạt điểm tốt khi đánh giá kết quả nắn chỉnh trên phim Xquang sau mổ, 5% bệnh nhân đạt điểm khá, không có bệnh nhân nào đạt điểm kém.

Kết quả điểm trung bình kết quả xa đạt được từ 81 điểm đến 100 điểm chiếm tỉ lệ 95% cho kết quả tốt và rất tốt. Điểm AOFAS trung bình là 92,8 ± 6,5 điểm (thấp nhất là 80 điểm, cao nhất là 100 điểm)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi là gặp nhiều nhất là gãy 2 mắt cá chiếm tỷ lệ 52,5%. Tỷ lệ này tương tự với các nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Nguyễn Thái Sơn, Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Trung Văn khi tỷ lệ này lần lượt chiếm 52,4% và 56,4% và 61,5%.[5] Nghiên cứu rộng tại California từ năm 1995 đến năm 2005, tác giả Soohoo và cộng sự cho thấy 57.183 trường hợp có 45% gãy hai mắt cá chân.[6] Gãy một mắt cá chân đơn thuần chiếm 32,5%, trong đó tỷ lệ gãy MCN là 12%, MCT là 2,5%, không có trường hợp nào gãy riêng mắt cá sau. Gãy 3 mắt cá chân chiếm tỉ lệ 15,0 %.

Chúng tôi gặp 6 trường hợp gãy MCS, nhưng không ghi nhận trường hợp nào gãy MCS đơn thuần. Theo Nguyễn Thái Sơn gặp ở 5/42 trường hợp, Nguyễn Trung Văn gặp 6/39 trường hợp và Đỗ Tuấn Anh gặp 16/55 trường hợp.[5] Theo y văn gãy mắt cá đơn thuần chiếm 70%, gãy 2 mắt cá chiếm 20% và 10% là gãy 3 mắt cá.[4] Tỷ lệ này có sự có sự chênh lệch so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bởi lẽ bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một sơ sở nhỏ không thể đại diện cho y văn, hơn nữa đặc thù của bệnh viện lượng bệnh nhân vào khám do chấn thương có gãy xương mắt cá nói riêng và gãy xương chung chưa thực sự nhiều.

Theo phân loại Danis Weber: Trong tổng số 40 bệnh nhân thì có 1 trường hợp gãy riêng MCT nên chỉ có 39/40 bệnh nhân đủ điều kiện phân loại, Trong đó tổn thương kiểu B là hay gặp nhất với 23/39 bệnh nhân chiếm 58,9%. Kiểu A, kiểu C chiếm tỷ lệ lần lượt là 17,9% và 23,1%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thái Sơn, Nguyễn Trung Văn hay Karande và cộng sự (2017) có tỷ lệ gãy kiểu B chiếm nhiều nhất hay nghiên cứu của Girish N Motwani và cộng sự (2015) kiểu B chiếm nhiều nhất đều trên 50%.[6] Theo Ma Ngọc Thành thì tỉ lệ chiếm nhiều nhất là gãy kiểu C với 65,62% và 60,4%.[7] Theo phân loại AO: Có 39 bệnh nhân đủ điều kiện phân loại. Tổn thương kiểu B gặp ở

23/39 bệnh nhân kết quả này cũng có sự tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thái Sơn, Nguyễn Trung Văn.50,52 Theo Guang Ming Zhang, kết quả lại cho thấy loại A chiếm tỉ lệ cao nhất 67,0%, loại B chiếm 33,0%.[8]

Trật xương sên là một tổn thương quan trọng quyết định thái độ xử trí là phẫu thuật hay bảo tồn trong điều trị gãy mắt cá chân. Chúng tôi gặp 29/40 bệnh nhân có trật xương sên. Trong đó gặp nhiều nhất là trật ra ngoài với 26/29 trường hợp chiếm tỷ lệ 89,8%. Chúng tôi gặp 1 trường hợp trật xương sên vào trong do ngã cao và 3 trường hợp trật ra sau. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Vijay khi cũng gặp chủ yếu là trật ra ngoài.[6] Trong phẫu thuật quan trọng nhất là khôi phục lại chính xác mối quan hệ chày sên. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng kiểu mất vững chủ yếu của khớp cổ chân là do xương sên bị xoay ngoài theo tác giả Michelson.

4.2. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật trong ngày đầu sau tai nạn chiếm 65,0%, được mổ trong khoảng thời gian từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 3 là 5,0% và có 20,0% số bệnh nhân được mổ từ ngày thứ tư đến ngày thứ 7 còn lại là những bệnh nhân mổ muộn sau 7 ngày từ thời điểm tai nạn, bao gồm 3 bệnh nhân có sưng nề kèm phỏng nước phải chờ đợi tại chỗ bớt phù nề, khô nốt phỏng, da chân nhăn lại và 1 trường hợp có bệnh lý toàn thân kết hợp phải điều trị nội khoa ổn định mới mổ.

Tỉ lệ liền da thì đầu đạt 97,5%, 39/40 bệnh nhân không có nhiễm trùng. Ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân sau mổ một tháng ra viện vết mổ mới ổn định. Trường hợp này bệnh nhân tiền sử dùng thuốc nam điều trị viêm khớp nhiều năm, lâm sàng kiểu hình Cushing, bệnh nền đái tháo đường type II, kèm theo chăm sóc vết mổ sau khi ra viện không tốt. Nghiên cứu của Zaghloul A. và cộng sự (2013), khi điều trị gãy các mắt cá ở người già, tỉ lệ gặp biến chứng khá cao (21,5%) với các yếu tố nguy cơ bao gồm hút thuốc, tiểu đường, tuổi, yếu tố tại chỗ.[9] Chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ thấp nhiễm trùng vết mổ có lẽ nhờ trang bị các phương tiện phẫu thuật ngày càng đầy đủ nên thời gian phẫu thuật nhanh, vô khuẩn trong mổ ngày càng được quan tâm, trình độ phẫu thuật viên ngày càng được nâng cao, kháng sinh ngày càng hiệu quả.

Chúng tôi đã kiểm tra và đánh giá kết quả xa 40 bệnh nhân theo tiêu chuẩn của AOFAS. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được liên hệ tái khám tại thời điểm sau phẫu thuật từ 12 tháng trở lên. Kết quả điểm trung bình đạt 92,8 ± 6,5 điểm (thấp nhất là 80 điểm, cao nhất là 100 điểm). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yong Wu[10] Theo Đặng Minh Quang và cộng sự, kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương bên trong ở bệnh nhân gãy kín mắt cá Weber B ở 39 bệnh nhân tại bệnh viện Quân y 103 cho kết quả xa sau phẫu thuật có tỷ lệ tốt đạt 93,1%. 53 Điểm trung bình theo AOFAS là 90,82 ± 8,3.53. Vũ Trường Thịnh và cộng sự đưa ra kết quả điều trị gãy kín mắt cá chân ở 42 bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức với tỷ lệ phục hồi ở mức độ tốt và rất tốt chiếm 90,5%. Theo Nguyễn Thái Sơn kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức với tỉ lệ điểm rất tốt và tốt đạt 90,46%, trung bình 9,52%.[7] Nhìn chung trong nghiên cứu của các tác giả trong nước đều đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao, kết quả này có thể giải thích do đa số các bệnh nhân trong các nghiên cứu còn trẻ tuổi, ít bệnh lý nền, tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Điều trị kết hợp xương gãy mắt cá chân cho kết quả liền xương tốt, ít biến chứng, cần có kế hoạch phục hồi chức năng phù hợp để chức năng cổ chân phục hồi tốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elsoe Rasmus, Ostgaard Svend, Larsen Peter.** Population-based epidemiology of 9767 ankle fractures. Foot Ankle Surg. 2018; 24(1): 34-39. doi:10.1016/j.fas.2016.11.002
2. **Donken CCMA, Al-Khateeb H, Verhofstad MHJ, et al.** Surgical versus conservative interventions for treating ankle fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 8: CD008470. doi:10.1002/14651858.CD008470.pub2
3. **Dietrich A, Lill H, Engel T, et al.** Conservative functional treatment of ankle fractures, Arch Orthop Trauma Surg. 2002;122(3): 165-168. doi:10.1007/s004020100342
4. **Daniel Tarazona, Benjamin Taylor.** Ankle Fractures. Ortho Bullets website. Updated May 21, 2022. August 28, 2022. (Chi tiết tại link: https://www.orthobullets.com/trauma/1047/ankle-fractures).
5. **Nguyễn Thái Sơn.** Kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn thạc sỹ y học. 2020.
6. **Vijay K, Vivek PN, Ashok D, et al.** Study of surgical management of malleolar fractures of ankle in adults. International Journal of Orthopaedics Sciences. 2017; 3(3): 783-787. doi:10.22271/ortho.2017.v3.i3k.118
7. **Ma Ngọc Thành.** Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại bệnh viện hữu nghị Việt

Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2010.
8. **Guangming Zhang, Rongsheng Hu, Shenglong Ding.** Morphological Investigation Of the Minor Posterior Malleolar Fragment Of The Ankle. EC Orthopaedics. 2018; 9(5): 293-299.
9. **Zaghloul A, Haddad B, Barksfield R, et al.** Early complications of surgery in operative treatment of ankle fractures in those over 60: a review of 186 cases. Injury. 2014; 45(4): 780-783. doi: 10.1016/j.injury.2013.11.008
10. **YongWu, Qi-Fei He, Liang-Peng Lai, et al.** Functional Outcome of Pronation-External Rotation-Weber C Ankle Fractures with Supracollicular Medial Malleolar Fracture Treated with or without Syndesmotic Screws: A Retrospective Comparative Cohort Study. Chin Med J (Engl). 2018; 131(21): 2551–2557. doi: 10.4103/0366-6999.244112

BIẾN CHỨNG HÔ HẤP SAU PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

Nguyễn Văn Tiệp[1], Thái Khắc Thảo[1], Nguyễn Trọng Hòe[1], Nguyễn Quang Nam[1]

TÓM TẮT

Biến chứng hô hấp sau phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thực quản triệt căn điều trị ung thư thực quản là một trong những biến chứng hay gặp nhất, làm tăng tỉ lệ tử vong trong bệnh viện. Có nhiều yếu tố trước và trong mổ được dự đoán có liên quan đến biến chứng hô hấp sau phẫu thuật, tuy nhiên mối liên quan này vẫn chưa rõ ràng. **Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm biến chứng hô hấp sau phẫu thuật cắt thực quản, phương pháp điều trị, và một số yếu tố liên quan đến các biến chứng đó. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu + tiến cứu, 113 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư thực quản bằng giải phẫu bệnh được phẫu thuật nội soi cắt thực quản triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 02/2010 đến 8/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 54,8 ± 8,6 (32-75). Nam: 97,3%, nữ: 2,7%. Biến chứng hô hấp: 31 bệnh nhân (27,4%) trong đó: viêm phổi 11 bệnh nhân (9,7%); viêm phổi + tràn khí màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%); tràn dịch màng phổi 15 bệnh nhân (13,3%); viêm mủ màng phổi 2 bệnh nhân (1,8%); rò khí quản – thực quản 1 bệnh nhân (0,9%); tràn khí khoang màng phổi 1 bệnh nhân (0,9%). Trong số 31 bệnh nhân gặp biến chứng, có 1 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật (3,2%); 30 bệnh nhân được điều trị bằng nội khoa (96,8%). Các yếu tố: chức năng hô hấp trước phẫu thuật, BMI, thời gian phẫu thuật là những yêu tố có ý nghĩa liên quan đến biến chứng hô hấp. **Kết luận:** Biến chứng hô hấp hay gặp nhất sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản là viêm phổi và tràn dịch màng phổi. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng hô hấp bao gồm chức năng hô hấp trước phẫu thuật, BMI, thời gian phẫu thuật. ***Từ khóa:*** Ung thư thực quản, biến chứng hô hấp, cắt thực quản.

[1]*Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiệp
Email: chiductam@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024
Ngày duyệt bài: 25.4.2024

SUMMARY

PULMONARY COMPLICATIONS AFTER THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR ESOPHAGEAL CANCER

Pulmonary complications after thoracoscopic esophagectomy for patients with esophageal cancer is common and serious complication and have been correlated with prolonged hospital stays and inhospital mortality. There are many preoperative and intraoperative factors that are predicted to be associated with this complications, but this associations remains unclear. **Objective:** Describe respiratory complications after esophagectomy and treatment methods, some factors associating with those complications. **Materials and methods:** descriptive research, retrospective and prospective. 113 patients with definitive diagnosis of esophageal cancer by pathology underwent esophagectomy at 103 Military Hospital from February 2010 to August 2023. **Results:** The mean age was 54.8 ± 8.6 (32-75). male: 97.3%, female: 2.7%. Respiratory complications: 31 patients (27.4%) of which: pneumonia 11 patients (9.7%); pneumonia + pneumothorax 1 patient (0.9%); pleural effusion 15 patients (13.3%); Pleural empyema 2 patients (1.8%); tracheo-oesophageal fistula in 1 patient (0.9%); pneumothorax in 1 patient (0.9%). Some factors related to respiratory complications after surgery were statistically significant, including preoperative respiratory function, BMI and surgery time. **Conclusion:** The most common respiratory complications after thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer are pneumonia and pleural effusion. Some factors related to respiratory complications include preoperative respiratory function, BMI and surgery time.

Keywords: esophageal cancer, esophagectomy, pulmonary complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ sáu trong các loại ung thư và tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng