

3.20). Kết quả này tương tự như của các tác giả Nguyễn Mạnh Khánh⁸ 92,7% âm tính, Trần Hoàng Tùng 91,67% âm tính⁶, cao hơn của tác giả Lê Mạnh Sơn 70,3% âm tính⁴.

Đánh giá độ vững xoay trên lâm sàng dựa trên nghiệm pháp Pivot Shift chúng tôi thu được kết quả 33 trường hợp âm tính chiếm tỷ lệ 91,67%, 3 trường hợp dương tính độ I, không có trường hợp nào dương tính độ 2 (Bảng 3.21) tương đương với kết quả của Nguyễn Mạnh Khánh 100% âm tính⁸, Trần Quốc Lâm 88,2% âm tính⁵, Lê Mạnh Sơn⁴ với kỹ thuật 2 bó 86,8% âm tính và 13,2% dương tính độ I.

Điểm Lysholm tại thời điểm 6 tháng sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $90,83 \pm 5,67$; thấp nhất là 74 cao nhất là 100 điểm, trong đó rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 88,89%, không có trường hợp nào có kết quả kém.

So sánh với các tác giả sử dụng gân bán gân và cơ thon tự thân, điểm Lysholm trung bình sau 6 tháng trong nghiên cứu của tác giả Dương Đình Toàn với thời gian theo dõi trung bình 18,6 tháng điểm Lysholm là $97,85 \pm 0,347$. Tác giả Trần Hoàng Tùng báo cáo kết quả 55 bệnh nhân tái tạo DCCT bằng kỹ thuật tất cả bên trong sử dụng gân đồng loại điểm Lysholm sau phẫu thuật 6 tháng là 89,24 điểm.

Như vậy kết quả chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trong và ngoài nước. Cũng như hầu hết các tác giả, so sánh kết quả chức năng khớp gối trước và sau phẫu thuật 6 tháng chúng tôi nhận thấy rằng có sự cải thiện rõ rệt trước và sau phẫu thuật với $p < 0.001$.

V. KẾT LUẬN

Đứt dây chằng chéo trước có thể gây ra tình

trạng lỏng gối, rách sụn chêm và thoái hoá gối tiến triển. Bệnh nhân bị đứt dây chằng chéo trước, thường trong độ tuổi lao động, nhu cầu vận động cao. Nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-inside là phương pháp phẫu thuật giúp cải thiện tốt độ vững chắc và chức năng khớp gối, mang lại hiệu quả phục hồi cao cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Cerulli G.** ACL reconstruction only inside technique in Proceedings 1st Icelandic Conference. Arthroscopy & Sports Medicine Reykjavik. Published online August 2001:16-20.
- 2. Tăng Hà Nam Anh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước sử dụng gân Hamstring bằng kỹ thuật All inside. Tạp chí hội nghị chấn thương chỉnh hình Việt Nam. Published online 2013:109-114.
- 3. Trần Trung Dũng.** Nghiên Cứu Sử Dụng Mảnh Ghép Đồng Loại Bảo Quản Lạnh Sâu Tạo Hình Dây Chằng Chéo Trước Khớp Gối qua Nội Soi. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học y Hà Nội; 2011.
- 4. Lê Mạnh Sơn.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Tái Tạo Dây Chằng Chéo Trước Hai Bó Bằng Gân Cơ Bán Gân và Gân Cơ Thon Tự Thân. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học y Hà Nội; 2015.
- 5. Trần Quốc Lâm.** Nghiên Cứu Giải Phẫu và Đổi Chiều Trong Phẫu Thuật Nội Soi Tái Tạo Dây Chằng Chéo Trước Khớp Gối Bằng Kỹ Thuật Một Bó Tất Cả Bên Trong. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học y Hà Nội; 2018.
- 6. Trần Hoàng Tùng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước sử dụng gân bánh chè đồng loại. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học y Hà Nội; 2018.
- 7. Dương Đình Toàn.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-inside sử dụng mảnh ghép gân Hamstring tự thân. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;2:131-133.
- 8. Nguyễn Mạnh Khánh.** Kết quả bước đầu nội soi tái tạo DCCT với kỹ thuật tất cả bên trong. Tạp chí Y học Việt Nam. 2015;1:136-140.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG U QUÁI CÙNG CỤT Ở TRẺ EM

Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹,
Nguyễn Thị Thủy Tiên², Phan Hồng Long^{3,1}

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hồng Long

Email: honglong.phan14091993@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

Đặt vấn đề: U quái cùng cụt (UQCC) là một khối u tế bào mầm ngoài sinh dục xuất phát từ xương cùng cụt, phần lớn là lành tính, số ít có thể ác tính hay tiềm tàng nguy cơ ác tính. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng UQCC ở trẻ em được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2016 đến 12/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả tất cả bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UQCC, được phẫu thuật tại Trung tâm Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung Ương, thời gian từ tháng 01/2016- 12/2022. **Kết quả:** Có 44 BN bao gồm 14 BN nam (31,8%) và 30 BN nữ (68,2%). Tuổi

trung vị của BN là 44,5 ngày (2-4278 ngày). Có 17 BN (38,64%) được chẩn đoán trước sinh. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là khối vùng cùng cụt (100%), 5 BN (11,36%) có rối loạn đại tiểu tiện (3 BN són phân, 1 BN són tiểu và 1 BN bí tiểu), 2 BN (4,55%) chảy dịch từ khối u vùng cùng cụt. Phân loại u theo Altman: Loại I 24 BN (54,55%), loại II 15 BN (34,09%), loại III 5 BN (11,36%), không có BN nào thuộc loại IV. Triệu chứng cận lâm sàng: 11 BN (25%) có nồng độ Alpha-fetoprotein (AFP) cao hơn so với tuổi. Kích thước u trung bình trên phim chụp cộng hưởng từ là $54,45 \pm 26,60\text{mm}$ (15-124mm). Tính chất u dạng hỗn hợp 27 BN (61,36%), khối u có ranh giới rõ với tổ chức xung quanh (40 BN, 90,91%), 4 BN (9,09%) u xâm lấn ống sống, 2 BN (4,55%) u xâm lấn vào cơ vùng tầng sinh môn, 81,82% UQCC là u quái trưởng thành. **Kết luận:** Triệu chứng UQCC chủ yếu là xuất hiện khối vùng cùng cụt, tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam, đa số là u dạng hỗn hợp, có thể chẩn đoán trước sinh và phần lớn là u quái trưởng thành.

Từ khóa: U quái vùng cùng cụt; trẻ em

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PEDIATRIC PATIENTS WITH SACROCOCCYGEAL TERATOMA

Background: Sacrococcygeal teratoma is an extragenital germ cell tumor originating from the coccyx, most of which are benign, but a few can be malignant or have the potential for malignancy. **Aims:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of sacrococcygeal teratoma in children operated on at the national children's hospital from January 2016 to December 2022. **Materials and methods:** Retrospective study describing all patients diagnosed with sacrococcygeal teratomas, operated on at the general surgery center of the National Children's Hospital, from January 2016 to December 2022. **Results:** There were 44 patients including 14 male (31.8%) and 30 female (68.2%). The median age of patients was 44.5 days (2-4278 days). There were 17 patients (38.64%) prenatal diagnosis. Common clinical symptoms are sacral mass (100%), 5 patients (11.36%) have urinary incontinence (3 patients with fecal incontinence, 1 patient with urinary incontinence and 1 patient with urinary retention). 2 patients (4.55%) had tumor rupture. Tumor classification according to Altman: Type I 24 patients (54.55%), type II 15 patients (34.09%), type III 5 patients (11.36%), no patients with type IV. Paraclinical symptoms: 11 patients (25%) had alpha-fetoprotein levels higher than their age. The average tumor size on magnetic resonance imaging is $54.45 \pm 26.60\text{mm}$ (15-124mm). Most of the tumors are mixed, 27 patients (61.36%), tumors have clear boundaries (40 patients, 90.91%), 4 patients (9.09%) are invasive tumors spinal canal, 2 patients (4.55%) had tumors invade the perineal muscles, 81.82% of sacrococcygeal teratomas were mature teratomas. **Conclusion:** The clinical symptoms of sacrococcygeal teratoma is the appearance of a mass in the sacrococcygeal region, the incidence is more common in female than male, most are mixed tumors, can be

prenatal diagnosed.

Keywords: Sacrococcygeal teratoma; children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quái vùng cùng cụt (UQCC) là một khối u tế bào mầm ngoài sinh dục xuất phát từ xương cùng cụt. Tần suất gặp 1/40000-35000 trẻ sinh sống, chiếm hơn 70% trong số các loại u ở trẻ sơ sinh với tỷ lệ nữ/nam là 3/1.¹ UQCC phần lớn là lành tính, số ít có thể ác tính hay tiềm tàng nguy cơ ác tính. UQCC có thể được chẩn đoán từ thời kỳ bào thai hoặc sau sinh. UQCC thường biểu hiện dưới dạng một khối kéo dài ra khỏi phần cùng cụt của thai nhi, hoặc một khối u trong tiểu khung ở giai đoạn sơ sinh không có triệu chứng hoặc có biểu hiện chèn ép trực tràng hoặc bàng quang. Một số ít trẻ em có biểu hiện yếu, đau hoặc liệt hai chi dưới. Đối với u kích thước quá lớn gây căng giãn da xung quanh u, có thể gặp biểu hiện hoại tử da, chảy dịch từ khối u.² Trước đây, do chẩn đoán trước sinh chưa phát triển và thiếu các phương tiện chẩn đoán nên UQCC thường được phát hiện muộn. Để đạt được kết quả tốt trong điều trị và tiên lượng UQCC thì việc phát hiện và chẩn đoán sớm được bệnh rất quan trọng. Vì vậy, nhằm hiểu rõ hơn về UQCC, góp phần vào chẩn đoán và điều trị bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng UQCC ở trẻ em được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2016 đến 12/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả các BN (BN) từ sơ sinh đến 16 tuổi được chẩn đoán UQCC được điều trị bằng phẫu thuật tại Trung tâm Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 01/2016-12/2022, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UQCC (u quái trưởng thành, u quái chưa trưởng thành hoặc u tế bào mầm). Loại trừ các BN có các dị tật vùng hậu môn trực tràng, tiết niệu sinh dục kèm theo (dị tật hậu môn trực tràng, bàng quang thần kinh,...).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

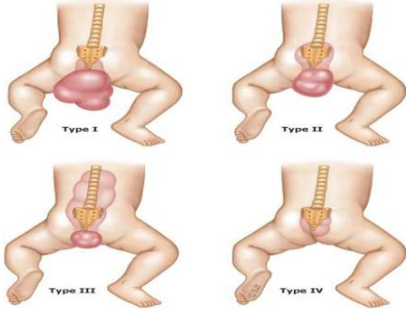
Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện.

Loại I: khối u nằm gần như hoàn toàn ở bên ngoài.

Loại II: khối u nằm phần lớn ở bên ngoài, một phần nhỏ nằm trong khoang trước xương cùng.

Loại III: khối u có thể nhìn thấy được từ bên ngoài, phần lớn nằm trong khoang trước xương cùng.

Loại IV: khối u không nhìn thấy được từ bên ngoài, nằm gần như hoàn toàn trong khoang trước xương cụt.



Hình 1: Phân loại UQCC theo Altman 1973
(Nguồn: Rachel A Egler, 2022)⁴

Phân độ chưa trưởng thành theo hệ thống phân loại Gonzalez-Crussi: Độ 0: Chỉ u quái trưởng thành; Độ 1: <10% mô chưa trưởng thành; Độ 2: 10 đến 50% mô chưa trưởng thành; Độ 3: >50% mô chưa trưởng thành.³

Các số liệu phân tích được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, phân loại u theo Altman, triệu chứng cận lâm sàng: Công thức máu (số lượng hồng cầu, tiểu cầu, nồng độ hemoglobin), chức năng đông máu cơ bản (PT%), sinh hóa máu chất chỉ điểm khối u (AFP), đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính (vị trí, kích thước, số lượng, đặc tính của u đồng nhất hay không đồng nhất, hoại tử, đặc điểm ngấm thuốc cản quang, đặc điểm xâm lấn), đặc điểm mô bệnh học. Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thuật toán tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả BN tham gia nghiên cứu và người giám hộ hợp pháp của BN được giải thích về mục tiêu nghiên cứu, quyền lợi, trách nhiệm, nghĩa vụ khi tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho BN. Đề tài đã thông qua hội đồng đạo đức của bệnh viện Số: 2037/BVNTW-HĐĐĐ (27/07/2023 IRB-VN01037/IRB00011976/FWA00028418)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 44 BN bao gồm 14 BN nam (31,8%) và 30 BN nữ (68,2%). Tuổi trung vị của BN là 44,5 ngày (2-4278 ngày).

Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi

Phân loại tuổi	N=44	Tỷ lệ (%)
≤ 1 tháng tuổi	21	47,73
> 1 tháng - 1 tuổi	19	43,18
> 1 tuổi	4	9,09

Hầu hết các BN (90,01%) được phẫu thuật

sớm trong giai đoạn sơ sinh hoặc dưới 1 tuổi. Có 17 BN (38,64%) được chẩn đoán trước sinh.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	N = 44	Tỷ lệ (%)
Đau bụng/mông	1	2,27
Rối loạn đại tiểu tiện	5	11,36
Vỡ u/chảy dịch vùng mông	2	4,55
Khối u vùng mông	44	100,00

Tất cả các BN đến viện với triệu chứng phát hiện khối u lồi ra sau mông. 05 BN xuất hiện triệu chứng rối loạn đại tiểu tiện (11,36%): 03 BN són phân, 01 BN són tiểu và 01 BN bí tiểu. 02 BN (4,55%) triệu chứng chảy dịch từ khối u rất lớn sau mông (vỡ u).

Bảng 3: Phân loại u theo Altman

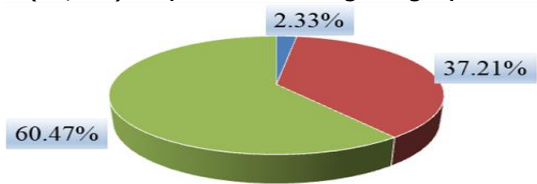
Phân loại u theo Altman	N = 44	Tỷ lệ (%)
Loại I	24	54,55
Loại II	15	34,09
Loại III	5	11,36
Loại IV	0	0,00

Tỷ lệ BN có UQCC loại I theo phân loại Altman là cao nhất (24 BN, 54,55%). 15 BN (34,09%) chẩn đoán phân độ Altman loại II. Phân loại III theo Altman gồm 05 BN (11,36%). Không có BN nào có u Altman loại IV.

Bảng 4: Kích thước u trên chẩn đoán hình ảnh

Kích thước u (mm)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Trên siêu âm (n=30)	43.27	27.56	6	101
Trên MRI/CT (n=44)	54.45	26.60	15	124

Tất cả các BN (100%) được chụp MRI, có 30 BN (68,2%) được siêu âm vùng cụt.



■ Dạng đặc ■ Dạng nang ■ Dạng hỗn hợp

Biểu đồ 1: Tính chất khối u trên siêu âm

Số lượng BN có u dạng hỗn hợp là cao nhất chiếm 60,47%. Tỷ lệ u dạng đặc thấp nhất 2,33% (1 BN).

Bảng 5: Mức độ xâm lấn trên MRI

Mức độ xâm lấn trên MRI/CT	N=44	Tỷ lệ (%)
Ranh giới rõ	40	90,91
Xâm lấn cơ tầng sinh môn	2	4,55
Xâm lấn xương cụt	4	9,09
Xâm lấn bàng quang/trực tràng	0	0,00

90,91% UQCC có ranh giới rõ. 9,09% BN có u xâm lấn cơ và xương cụt. Không BN nào được ghi nhận có u xâm lấn vào bàng quang hay trực tràng.

Bảng 6: Xét nghiệm sinh hoá máu trước mổ

	Bình thường	Cao
AFP (ng/ml) (n=44)	33	11
β -hCG (UI/L) (n=15)	12	3

33 BN (75,0%) có AFP trong giới hạn bình thường. Có 15 BN được làm xét nghiệm β -hCG trước mổ. 12 BN (80%) có giá trị β -hCG <10UI/L.

Bảng 7: Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	N=44	Tỷ lệ (%)
U quái trưởng thành	36	81,82
U quái chưa trưởng thành độ I	3	6,82
U quái chưa trưởng thành độ II	3	6,82
U quái chưa trưởng thành độ III	2	4,55
Tổng	44	100,00

Tỷ lệ u quái trưởng thành cao nhất: 36 BN (81,82%). Tỷ lệ u quái chưa trưởng thành độ I và độ II là tương đương: 3 BN (6,82%). Tỷ lệ u quái chưa trưởng thành độ III là thấp nhất: 2 BN (4,55%).

IV. BÀN LUẬN

Phân bố tuổi, giới trong nhóm nghiên cứu: UQCC gặp nhiều ở nữ hơn nam với tỷ lệ 2:1. Tỷ lệ này tương tự như ở nghiên cứu của tác giả Bedabrata (2018) trên 13 BN ở Ấn Độ.⁴ Ở Việt Nam, tác giả Nguyễn Thanh Trúc và cộng sự nghiên cứu trong số 44 ca UQCC được phẫu thuật từ tháng 1/2010 - 12/2015 có 64% là nữ và 36% là nam.⁵ Trong nghiên cứu này 47,73% số BN được phẫu thuật trong thời kỳ sơ sinh. Tuổi phẫu thuật trung vị là 44 ngày tuổi (2 ngày - 11 tuổi 6 tháng). Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Sơn (2016), tuổi phẫu thuật trung bình là 34 ngày tuổi, 43,75% BN được phẫu thuật trong thời kỳ sơ sinh.⁶ Các kết quả trên thế giới cho thấy BN được chẩn đoán và phẫu thuật từ rất sớm, có thể do sự phát triển về chẩn đoán trước sinh.

Đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu có 100% các BN đến viện với triệu chứng phát hiện khối u lồi ra sau mông. Nguyễn Thanh Trúc cũng đưa ra con số tương tự.⁵ Tỷ lệ này là 93,8% trong nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn, 83% theo Rattan.^{6,7} Các triệu chứng rối loạn đại tiểu tiện (són phân, són tiểu, táo bón, bí tiểu) ít gặp hơn, chỉ xuất hiện một khi khối u là Altman loại III, IV gây hiệu ứng khối chèn ép trực tràng và cổ bàng quang. Triệu chứng này không được đề cập đến trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Trúc và Trần Ngọc Sơn, nhưng có xuất hiện trong nghiên cứu của Rattan⁷ với tỷ lệ 18%, và nghiên cứu

của chúng tôi là 11,56%. Cá biệt có những trường hợp đến viện với biểu hiện tắc ruột cần mổ làm hậu môn nhân tạo cấp cứu; triệu chứng xâm lấn thần kinh cũng có thể gặp trên lâm sàng nếu khối u xâm lấn ống sống hoặc chèn ép thần kinh ngồi.⁹

Đặc điểm cận lâm sàng:

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh. Kích thước u trung bình trên MRI/CT là $54,45 \pm 26,60$ mm (15-126 mm), nhỏ hơn so với nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn là $75 \pm 32,5$ mm (16-163mm).⁶ Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng khối u lớn và giàu mạch máu dẫn đến nhiều nguy cơ vỡ u, chảy máu và nhiễm trùng nguy hiểm cho thai nhi và trẻ sơ sinh.⁸ Số lượng BN có u dạng hỗn hợp, dạng nang và dạng đặc trên MRI lần lượt là 60,47%, 37,21% và 2,33%, tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Abubakar với tỷ lệ 63,64% dạng hỗn hợp, 18,18% dạng nang và 18,18% dạng đặc.⁹ Akinkuotu (2015) kết luận rằng đặc tính u có thành phần đặc là một trong những yếu tố tiên lượng xấu cho thai nhi.⁸ Trong số 44 BN nghiên cứu, có 90,91% BN có u có ranh giới rõ với các cấu trúc xung quanh, u xâm lấn ống sống ở 9,09% và 4,55% BN có u xâm lấn vào các cơ vùng tầng sinh môn. Không BN nào được ghi nhận có u xâm lấn vào bàng quang hay trực tràng. Nghiên cứu của Hassan (2014) cho thấy khối u đẩy trực tràng ra trước và chèn ép cổ bàng quang ở 50% BN, không có BN nào có biểu hiện xâm lấn ống sống trên MRI.¹⁰ Dựa vào mô tả của chẩn đoán hình ảnh, có thể thấy UQCC hầu hết có ranh giới rõ với các cấu trúc xung quanh, mức độ chèn ép bàng quang và trực tràng tăng lên theo kích thước phần u nằm trong tiểu khung. MRI hoặc CT là một cận lâm sàng cần thiết hơn so với siêu âm để đánh giá mức độ u nằm trong tiểu khung cũng như sự xâm lấn của khối u.

Xét nghiệm sinh hóa - miễn dịch: Tỷ lệ BN có AFP bình thường là 75%, cao hơn so với tuổi là 25%. Nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn có 37,5% BN có nồng độ AFP cao hơn so với tuổi.⁷ AFP cao là một yếu tố tiên lượng cho mức độ ác tính của UQCC, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa AFP cao và sự tái phát u.

Kết quả giải phẫu bệnh: Tỷ lệ u quái trưởng thành cao nhất (81,82%). Tỷ lệ u quái chưa trưởng thành độ I và độ II là tương đương, chiếm 6,82%. Tỷ lệ u quái chưa trưởng thành độ III là thấp nhất, chiếm 4,55%. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Rattan (2021)

có 97,7% là u quái trưởng thành.⁸ Nghiên cứu của Hassan (2014) hầu hết các khối u là lành tính 75% u quái trưởng thành, 15% chưa trưởng thành độ I, 5% chưa trưởng thành độ II và 5% độ III.¹⁰ Các nghiên cứu khác cũng đều thống nhất rằng UQCC phần lớn là lành tính.⁴

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng UQCC chủ yếu là xuất hiện khối vùng cùng cụt, tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn ở nam, đa số là u dạng hỗn hợp, có thể chẩn đoán trước sinh và phần lớn là u quái trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Altman RP, Randolph JG, Lilly JR. Sacrococcygeal teratoma: American Academy of Pediatrics Surgical Section survey-1973. J Pediatr Surg. 1974; 9(3):389-398. doi: 10.1016/S0022-3468(74)80297-6
2. Hambræus M, Arnbjörnsson E, Börjesson A, et al. Sacrococcygeal teratoma: A population-based study of incidence and prenatal prognostic factors. J Pediatr Surg. 2016;51(3):481-485. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2015.09.007
3. Harms D, Zahn S, Göbel U, et al. Pathology and molecular biology of teratomas in childhood and adolescence. Klin Padiatr. 2006;218(6):296-302. doi:10.1055/s-2006-942271
4. Bedabrata M, Chhanda D, Moumita S, et al. An Epidemiological Review of Sacrococcygeal Teratoma over Five Years in a Tertiary Care Hospital. Indian J Med Paediatr Oncol. 2018; 39(01):4-7. doi:10.4103/ijmpo.ijmpo_239_14
5. Nguyễn Thanh Trúc, Lê Nguyễn Ngọc Diễm, et al. U quái cùng cụt ở trẻ nữ nhi: Kết quả ngắn hạn. Học TP Hồ Chí Minh. 2018;22(4). July 5; 2022:25-30.
6. Trần Ngọc Sơn. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u quái vùng cùng cụt ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Y học Thành Phố Hồ Chí Minh 2016. 2016;(5):180-185.
7. Rattan KN, Singh J. Neonatal sacrococcygeal teratoma: Our 20-year experience from a tertiary care centre in North India. Trop Doct. 2021 ;51(2):209-212. doi:10.1177/0049475520973616.
8. Akinkuotu AC, Coleman A, Shue E, et al. Predictors of poor prognosis in prenatally diagnosed sacrococcygeal teratoma: A multiinstitutional review. J Pediatr Surg. 2015; 50(5): 771-774. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2015.02.034
9. Kops AL, Hulsker CC, Fiocco M, et al. Malignant recurrence after mature Sacrococcygeal teratoma: A meta-analysis and review of the literature. Crit Rev Oncol Hematol. 2020;156: 103140. doi:10.1016/j.critrevonc.2020.103140
10. Hassan HS, Elbatarny AM. Sacrococcygeal teratoma: management and outcomes. Ann Pediatr Surg. 2014;10(3): 72-77. doi:10.4314/aps.v10i3

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG XÂM LẤN TỐI THIỂU ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Mạnh Sơn¹, Nguyễn Văn Phan¹, Ngô Đức Quang¹,
Đoàn Lê Vinh¹, Nguyễn Thành Luân¹, Phạm Vũ Anh Quang¹,
Nguyễn Văn Đạt¹, Đặng Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy đầu dưới xương đùi là một gãy xương lớn, phức tạp, thường ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp gối. Kết hợp xương xâm lấn tối thiểu đối với gãy đầu dưới xương đùi giúp cố định vững chắc ổ gãy, bệnh nhân tập vận động sớm sau mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. Từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023, 45 bệnh nhân gãy kín đầu xa xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít xâm lấn tối thiểu. Thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng. **Kết quả và bàn luận:** Trong 45 bệnh nhân nghiên cứu có 25 (55.6%) bệnh nhân nam và 20

(44.4%) bệnh nhân nữ. Thời gian nằm viện trung bình 4.27 ngày. Có 2 trường hợp nhiễm trùng nông (4.4%) và 1 trường hợp nhiễm trùng sâu phải mổ lại (2.2%). Kết quả 100% bệnh nhân liền xương. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên Xquang theo Larson – Bostman: Tốt và rất tốt chiếm 88.9%, trung bình chiếm 11.1%. Kết quả phục hồi chức năng theo Schatzker và Lambert: rất tốt 73.3%, tốt: 22.2%, trung bình 4.4% và kém là 0%. **Kết luận:** Điều trị kết hợp xương xâm lấn tối thiểu gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa mang lại kết quả khả quan, với nhiều ưu điểm, là lựa chọn tốt trong điều trị gãy đầu dưới xương đùi.

SUMMARY

RESULTS OF OPERATIVE MINIMALLY INVASIVE PLATE OSTEOSYNTHESIS IN TREATMENT OF DISTAL FEMORAL FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Fracture of the femoral head was a large, complex fracture that often affected

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phan

Email: nguyenvanphan207@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024