

có 97,7% là u quái trưởng thành.<sup>8</sup> 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.<sup>10</sup> Các nghiên cứu khác cũng đều thống nhất rằng UQCC phần lớn là lành tính.<sup>4</sup>

## 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 Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Phan<sup>1</sup>, Ngô Đức Quang<sup>1</sup>,  
Đoàn Lê Vinh<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Luân<sup>1</sup>, Phạm Vũ Anh Quang<sup>1</sup>,  
Nguyễn Văn Đạt<sup>1</sup>, Đặng Trung Kiên<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup>Bệnh 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

movement of the knee joint. Minimally invasive plate osteosynthesis (MIPO) for distal femoral head fractures contributed to achieving firm fracture fixation, patients could exercise shortly after surgery. **Method:** Retrospective and prospective cross-sectional descriptive study. From January 2022 to January 2023, 45 patients diagnosed with closed distal femoral head fracture underwent minimally invasive plate osteosynthesis. Patients had minimum 6 months follow-up. **Result:** In 45 patients studied, there were 25 (55.6%) male patients and 20 (44.4%) female patients. The average length of hospital stay was 4.27 days. There were 2 cases of superficial infection (4.4%) and 1 case of deep infection requiring reoperation (2.2%). Results showed 100% of patients had healed bones. Results of correction of fractures on X-ray according to Larson - Bostman: Good and very good accounted for 88.9%, average accounted for 11.1%. Rehabilitation results according to Schatzker and Lambert: very good 73.3%, good: 22.2%, average 4.4% and poor 0%. **Conclusion:** Minimally invasive plate osteosynthesis in the treatment of distal femoral fracture with a locking plate brought positive results with many advantages, was a good choice in the treatment of distal femoral head fracture.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Gãy đầu dưới xương đùi là gãy tại vùng chuyển tiếp giữa vùng hành xương và thân xương, thuộc loại gãy trên lồi cầu hoặc liên lồi cầu xương đùi. Việc điều trị đòi hỏi cần nắm vững tốt về mặt giải phẫu, phục hồi diện khớp, cố định ổ gãy giúp bệnh nhân tập vận động sớm tránh để lại di chứng về sau như: teo cơ, cứng khớp, thoái hóa khớp gối. Tuy nhiên nếu bóc tách phần mềm quá nhiều để đạt được mục đích nắm vững hoàn hảo về mặt giải phẫu đồng thời cũng làm tổn thương nguồn nuôi dưỡng xương, dẫn tới nguy cơ chậm liền, khớp giả, nhất là đối với người già loãng xương. Phương pháp kết hợp xương ít xâm lấn được thế giới áp dụng và báo cáo y văn từ những năm 1996 có thể giải quyết được những vấn đề nêu trên. Trước tình hình đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương xâm lấn tối thiểu gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành tại khoa Phẫu thuật Chấn thương Chung – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm những bệnh nhân 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương đùi do chấn thương, được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa ít xâm lấn tại khoa Phẫu thuật Chấn thương Chung – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân ≥18 tuổi được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương đùi,

phân loại A và C (theo AO/ OTA) được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa ít xâm lấn.

- Các bệnh nhân có đủ hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Có đủ hồ sơ bệnh án, X Quang trước và sau phẫu thuật.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ**

- Gãy xương bệnh lý, gãy cũ.

- Gãy kín đầu dưới xương đùi có biến chứng cấp tính (tổn thương mạch, gãy hở)

- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật liên quan đến tổn thương phần mềm tại chỗ hoặc bệnh lý toàn thân (ĐTĐ không kiểm soát, bệnh lý tim mạch...)

- Bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi loại B theo AO/OTA.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện bao gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**- Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới.

+ Phân loại gãy đầu dưới xương đùi theo AO/OTA

+ Thời gian nằm viện sau mổ

+ Kết quả tình trạng vết mổ

+ Kết quả liền xương theo thang điểm mRUST

+ Kết quả chức năng khớp gối theo Schatzker và Lambert

+ Biến chứng, di chứng.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và X-quang.**

Qua nghiên cứu 45 BN gãy đầu dưới xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương theo phương pháp ít xâm lấn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023, độ tuổi trung bình là 46.84 ± 22.91. Trong đó BN nhỏ tuổi nhất là 18 và lớn nhất là 82. Nhóm BN dưới 60 tuổi chiếm 66.67%, nhóm BN trên 60 tuổi chiếm 33.33%.

Tỷ lệ giữa nam và nữ là 25/20.

Phân loại gãy xương theo AO/OTA<sup>1</sup>:

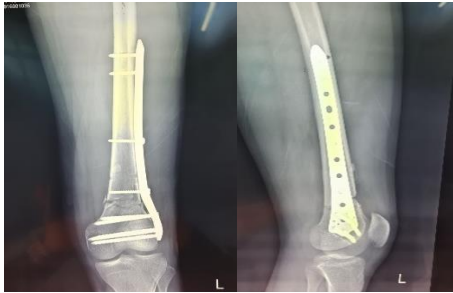
**Bảng 1: Phân loại gãy xương theo AO/OTA:**

	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm A	A1	7	15.56
	A2	6	13.33
	A3	6	13.33
	Cộng	19	42.22

<b>Nhóm C</b>	C1	9	20
	C2	11	24.44
	C3	6	13.33
	Cộng	26	57.78
<b>Tổng cộng</b>		45	100

Nhóm BN gãy trên và liên lồi cầu (loại C) chiếm tỉ lệ cao hơn (57.78%)

**3.2 Kết quả phẫu thuật.** Trong số 45 BN có 42 BN liên da thì đầu chiếm 93.33%; 2 BN nhiễm khuẩn nông vết mổ, phải cắt các mũi chỉ khâu da, thay băng ép dịch, đắp gạc betadine chiếm 4.44% và có 1 bệnh nhân nhiễm trùng sâu, phải mổ làm sạch nạo viêm, chiếm 2.22%. Thời gian nằm viện trung bình  $5.27 \pm 3.25$  ngày trong đó 42/45BN ra viện trong vòng 1 tuần sau mổ, chiếm 93.33%.



**Hình 1: XQ sau mổ**

Kết quả liền xương đánh giá bằng thang điểm mRUST<sup>2</sup>:

**Bảng 2: Điểm mRUST trung bình**

	Điểm trung bình	Giá trị nhỏ nhất và lớn nhất
Sau 6 tháng	12.94	11-15
Sau 12 tháng	14.83	13-16

Điểm mRUST trên 13 được coi là liền xương và dưới 11 được xem là không liền xương. Như vậy theo kết quả nghiên cứu, tỉ lệ liền xương của BN đạt 100% tại thời điểm theo dõi cuối cùng (sau 12 tháng).



**Hình 2: XQ sau mổ 6 tháng**

Kết quả phục hồi chức năng khớp gối đánh giá theo tiêu chuẩn Schatzker và Lambert

**Bảng 3: Kết quả PHCN khớp gối sau mổ theo Schatzker & Lambert**

Mức độ	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	33	73.33
Khá	10	22.22
Trung bình	2	4.44
Xấu	0	0
<b>Tổng</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Bảng 4: Kết quả PHCN khớp gối theo phân loại tổn thương AO/OTA**

Kết quả	Tốt	Khá	TB	Xấu	
<b>Nhóm A</b>	A1	6	1	0	0
	A2	5	1	0	0
	A3	4	1	1	0
	Cộng	15	3	1	0
<b>Nhóm C</b>	C1	8	1	0	0
	C2	9	2	0	0
	C3	1	4	1	0
	Cộng	18	7	1	0
<b>Tổng cộng</b>	33	10	2	0	

Theo thang điểm Schatzker Lambert về phục hồi chức năng khớp gối, trong nghiên cứu của chúng tôi, BN đạt kết quả tốt chiếm 73.33%, BN đạt kết quả khá chiếm 22.22%, chỉ có 4.44% BN trung bình và không có BN nào kết quả xấu. Dựa vào phân loại AO/OTA, kết quả tốt và khá của nhóm A là 18/19 BN (94.74%), kết quả tốt và khá của nhóm C là 25/26 BN (96.15%).



**Hình 3: Chức năng khớp gối sau mổ**

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $46.84 \pm 22.91$ . Tỷ lệ nam/nữ là 25/20, tuy nhiên ở lứa tuổi trên 60 thì tỷ lệ nam/nữ là 4/11. Điều này cho thấy gãy đầu dưới xương đùi gặp nhiều hơn ở nam giới trong độ tuổi lao động và nữ giới sau độ tuổi lao động. Nguyên nhân dẫn tới sự

khác biệt này có thể liên quan đến cơ chế chấn thương năng lượng cao đối với người trong độ tuổi lao động như TNGT, TNLD. Đối với người sau độ tuổi lao động, quá trình loãng xương diễn ra ở phụ nữ nhanh và mạnh hơn nam giới nên tỷ lệ gặp ở phụ nữ cao hơn.

Theo hệ thống phân loại gãy đầu dưới xương đùi của AO/OTA, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm A có 14/45 BN (45.16%), trong đó: A1 là 5 BN, A2 là 4 BN, A3 là 5 BN; nhóm C có 17/45 BN (54.84%), trong đó: C1 là 7 BN, C2 là 6 BN, C3 là 4 BN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp bị nhiễm trùng nông vết mổ (4.44%). Những BN này được tách chỉ, đắp gạc betadin và đều liền vết mổ sau đó. Có 1 BN nhiễm trùng sâu phải mổ lại, nạo viêm (2.22%). Philip J Kregor (2004)<sup>3</sup> nghiên cứu trên 103 BN điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng phương pháp ít xâm lấn có 3 BN nhiễm trùng cấp tính chiếm 3%. Nghiên cứu của tác giả Brodke với số lượng bệnh nhân lên tới hơn 1000 cho kết quả nhiễm trùng sâu là 7%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, tác giả cũng chỉ ra các yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng bao gồm béo phì, hút thuốc, nghiện rượu, tỷ lệ albumin/ globulin <1.35 và các yếu tố nguy cơ khác như thời gian phẫu thuật, vết mổ, dẫn lưu, là những yếu tố liên quan trực tiếp đến cuộc phẫu thuật<sup>4</sup>. Trong đó vi khuẩn thường gặp nhất là tụ cầu vàng và tụ cầu da. Như vậy phẫu thuật xâm lấn với ưu điểm về đường mổ nhỏ, hạn chế bóc tách giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng sau mổ, đặc biệt là nhiễm trùng sâu.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của các BN trong nghiên cứu là  $5.27 \pm 3.25$  ngày, trong đó 42/45 BN (tương đương 93.33%) ra viện trong vòng 1 tuần. Do kỹ thuật mổ ít xâm lấn hạn chế mất máu, sau mổ đau ít giúp bệnh nhân hồi phục nhanh hơn. Bệnh nhân có thể ngồi sau 24h hậu phẫu và sau từ 3 đến 7 ngày bệnh nhân được xuất viện. Điều này đặc biệt có ý nghĩa giúp giảm các biến chứng liên quan đến nằm lâu ở người lớn tuổi. Trong nhóm nghiên cứu chỉ có 3 BN nằm viện sau mổ lâu hơn 1 tuần do nhiễm trùng vết mổ.

Tất cả BN trong nhóm nghiên cứu đều liền xương, thời gian trung bình là 6 tháng, không ghi nhận trường hợp nào chậm liền hoặc khớp giả. Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Nabil<sup>5</sup> đối với các trường hợp gãy đầu dưới xương đùi mổ mở KHX nẹp vít chỉ ra tỷ lệ liền xương lên đến 97,4%, thời gian trung bình là 7,8 tháng. 1/5 các trường hợp không liền liên quan đến gãy xương hở, 4/5 còn lại gãy kín liên quan đến các yếu tố

nguy cơ bao gồm nhiễm trùng, gãy phức tạp loại C, loãng xương, vẹo trục, cố định không đủ vững chắc, gãy implant. Mặc dù vùng đầu dưới xương đùi chứa một lượng xương xốp lớn với khả năng liền xương cao, tuy nhiên các trường hợp gãy nặng, mất xương, các vấn đề liên quan đến liền xương như chậm liền, không liền vẫn gặp với tỷ lệ cao, thậm chí có nghiên cứu lên tới 32%<sup>6</sup>. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu với những ưu điểm của nó giúp giảm thiểu các biến chứng liên quan đến vấn đề liền xương, giảm tỷ lệ phẫu thuật ghép xương thì 2.

Kết quả phục hồi chức năng khớp gối theo tiêu chuẩn của Schatzker và Lambert của nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt chiếm 73.33%, khá chiếm 22.22%, chỉ có 4.44% BN trung bình và không có BN nào kết quả xấu. Phẫu thuật ít xâm lấn sử dụng phương pháp nắn chỉnh gián tiếp, chính vì vậy các vấn đề chính được quan tâm bao gồm các biến dạng trục theo mặt phẳng đứng dọc, mặt phẳng đứng ngang và biến dạng xoay. Ngoài ra có thể gặp ngăn chi trong các trường hợp gãy phức tạp phân hành xương. Theo nghiên cứu của tác giả Kim JW<sup>7</sup>, hầu hết các bệnh nhân đạt được kết quả hài lòng sau khi liền xương trên Xquang thẳng, nghiêng, ngăn chi không đáng kể và không ảnh hưởng đến kết quả chức năng (trung bình 10.5mm). Các trường hợp biến dạng vẹo trong được ghi nhận là thường gặp ở bệnh nhân gãy loại C3 hoặc bệnh nhân loãng xương nặng. Ngoài ra một vấn đề đáng được quan tâm đó là biến dạng xoay. Theo nghiên cứu của tác giả này, chỉ 48,6% bệnh nhân đạt kết quả hài lòng. Theo tác giả Lill<sup>8</sup> có sự khác biệt về biến dạng xoay giữa nhóm MIPO và nhóm ORIF, trong đó nhóm MIPO được ghi nhận là có biến dạng lớn hơn ( $14,3^\circ$  so với  $5,2^\circ$ ) mặc dù không có sự khác biệt về điểm chức năng giữa 2 nhóm này. Ngược lại, các vấn đề về implant và tỷ lệ chậm liền, không liền, tác giả chỉ ra rằng phẫu thuật MIPO có ưu thế hơn hẳn so với phẫu thuật mổ mở với tỷ lệ can thiệp lại là 3/1.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ít xâm lấn là một phương pháp điều trị mang lại kết quả khả quan với gãy đầu dưới xương đùi. Phẫu thuật được ghi nhận là giúp giảm tỷ lệ nhiễm trùng. Tất cả các bệnh nhân đều liền xương sau 6 tháng. Vấn đề chính với phẫu thuật là biến dạng xoay mặc dù chưa có bằng chứng khác biệt chức năng gối. Về cơ bản phẫu thuật đáp ứng tốt yêu cầu trong điều trị gãy đầu dưới đùi so với phẫu thuật mổ mở, tuy nhiên cũng cần tăng cường các biện pháp giảm

dạy để hạn chế những vấn đề còn tồn tại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Meinberg EG, Agel J, Roberts CS, Karam MD, Kellam JF.** Fracture and Dislocation Classification Compendium-2018. J Orthop Trauma. 2018;32 Suppl 1: S1-S170. doi: 10.1097/ BOT.0000000000001063
2. **Plumarom Y, Wilkinson BG, Willey MC, An Q, Marsh L, Karam MD.** Sensitivity and specificity of modified RUST score using clinical and radiographic findings as a gold standard. Bone Jt Open. 2021;2(10):796-805. doi:10.1302/2633-1462.210.BJO-2021-0071.R1
3. **Kregor PJ, Stannard JA, Zlowodzki M, Cole PA.** Treatment of distal femur fractures using the less invasive stabilization system: surgical experience and early clinical results in 103 fractures. J Orthop Trauma. 2004;18(8):509-520. doi:10.1097/00005131-200409000-00006
4. **Brodke D, O'Hara N, Devana S, et al.** Predictors of Deep Infection After Distal Femur Fracture: A Multicenter Study. J Orthop Trauma. 2023;37(4): 161-167. doi: 10.1097/BOT.0000000000002514
5. **Ebraheim NA, Martin A, Sochacki KR, Liu J.** Nonunion of Distal Femoral Fractures: a Systematic Review. Orthop Surg. 2013;5(1):46-50. doi:10.1111/os.12017
6. **Henderson CE, Kuhl LL, Fitzpatrick DC, Marsh JL.** Locking plates for distal femur fractures: is there a problem with fracture healing? J Orthop Trauma. 2011;25 Suppl 1:S8-14. doi:10.1097/BOT.0b013e3182070127
7. **Kim JW, Oh CW, Oh JK, et al.** Malalignment after minimally invasive plate osteosynthesis in distal femoral fractures. Injury. 2017;48(3):751-757. doi:10.1016/j.injury.2017.01.019
8. **Lill M, Attal R, Rudisch A, Wick MC, Blauth M, Lutz M.** Does MIPO of fractures of the distal femur result in more rotational malalignment than ORIF? A retrospective study. Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc. 2016;42(6):733-740. doi:10.1007/s00068-015-0595-8

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Thái Phúc<sup>1</sup>, Phạm Hồng Quảng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 52 người bệnh tắc ruột do bã thức ăn được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. Ghi nhận các biến số: Tuổi, thời gian từ lúc nhập viện đến khi phẫu thuật; Phương pháp phẫu thuật; Phương pháp xử lý bã thức ăn; Thời gian mổ; Các thông số theo dõi sau phẫu thuật; Biến chứng sau phẫu thuật và phương pháp xử lý; Kết quả phẫu thuật theo theo Clavien - Dindo. **Kết quả:** Thời gian trung bình từ khi nhập viện đến khi phẫu thuật là 44,8 giờ, sớm nhất là 2,5 giờ; 84,6% người bệnh được mổ trong vòng 72h. 78,9% được mổ mở; 71,2% được chỉ định mổ mở từ đầu; 21,1% được mổ nội soi hoàn toàn hoặc kết hợp với mổ nhỏ thành bụng. Có 34,6% đẩy bã thức ăn xuống đại tràng mà không cần mổ ruột. 53,8% mổ ruột lấy bã thức ăn. 11,6% kết hợp mổ dạ dày để lấy bã thức ăn. Thời gian Phẫu thuật trung bình 68 phút. Thời gian cho ăn sau phẫu thuật trung bình là 4,2 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 9,8 ngày. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21,1% (tỷ lệ tử vong là 9,6%). 90,4% người bệnh ổn định ra viện. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa

khoa tỉnh Thái Bình có kết quả khả quan. Tỷ lệ ổn định xuất viện là 90,4%. Tỷ lệ tử vong là 9,6%.

**Từ khóa:** tắc ruột, bã thức ăn, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGERY FOR INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY PHYTOBEAZOAR AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the results of surgery for intestinal obstruction caused by phytobezoar at Thai Binh provincial General Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, performed on 52 patients with intestinal obstruction caused by phytobezoar operated on at Thai Binh Provincial General Hospital from January to June 2023. Variables recorded: Age, time from hospital admission to surgery; Surgical methods; Methods of handling phytobezoar; Surgery time; Postoperative monitoring parameters; Postoperative complications and treatment methods; Surgical results according to Clavien - Dindo. **Results:** The average time from hospital admission to surgery was 44.8 hours, the earliest was 2.5 hours; 84.6% of patients had surgery within 72 hours. 78.9% had open surgery; 71.2% were prescribed open surgery from the beginning; 21.1% had surgery completely laparoscopically or combined with a small laparotomy. 34.6% pushed phytobezoar into the colon without opening the intestines. 53.8% had their intestines opened to remove phytobezoar. 11.6% combined with gastric opening to remove phytobezoar. Average Surgery Time 68 minutes. The average postoperative

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Phúc

Email: phuctbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 9.5.2024