

cứu xếp loại chất lượng cuộc sống trung bình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **La Văn Luân, Nguyễn Hoàng Long, Lê Thị Hương Lan** (2018). Chất lượng cuộc sống ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 1(4), 45-50.
2. **Nguyễn Trần Tố Trân, Lê Thị Tuyết Lan** (2014). Chất lượng cuộc sống ở người bệnh cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 18(1), 10 - 13.
3. **Thái Thị Thùy Linh và Lê Thị Tuyết Lan** (2012). Áp dụng bảng câu hỏi CAT phiên bản tiếng Việt để đánh giá chất lượng cuộc sống và tác động của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16, tr. 33-38.
4. **Amy Blakemore, Hannah Long, Kelly Howells, Sarah Peters** (2019). Does health coaching improve health-related quality of life and reduce hospital admissions in people with chronic obstructive pulmonary disease? A systematic review and meta-analysis, British Journal of Health Psychology, Volume 24, Issue3, Pages 515-546.
5. **Bentsen, S. B., Rokne, B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., & Wahl, A. K.** (2010). The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and reliability study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24(3), 600–609. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00731.x.
6. **Global Initiative for Chronic Obstructive Disease** (2023). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Update 2023.
7. **M. Wu, Q. Zhao, Y. Chen, C. Fu, B. Xu** (2015). Quality of life and its association with direct medical costs for COPD in urban China, Health Qual. Life Outcomes, 13, 57, doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0241-5.
8. **Shavro SA, Ezhilarasu P, Augustine, et al.** (2012), "Correlation of health-related quality of life with other disease severity indices in Indian chronic obstructive pulmonary disease patients", Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 7, tr. 6-291.
9. **Beaton, Dorcas E; Bombardier, Claire; Guillemin, Francis; Ferraz, Marcos Bosi** (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine 25(24):p 3186-3191, December 15, 2000.

## PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN KÈM CẮT GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Triệu Hồng Phong<sup>1,2</sup>, Trần Bảo Long<sup>2</sup>,  
Trịnh Quốc Đạt<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong gan kèm cắt gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trên nhóm bệnh nhân được phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong gan kèm cắt gan từ 2018 đến 2023. Nội dung gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật mổ và đánh giá kết quả sớm ở nhóm bệnh nhân trên. **Kết quả:** 125 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 56 tuổi, tỉ lệ nữ : nam là 2,47. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 72,8%, đa số bệnh nhân có chức năng gan trong giới hạn bình thường. Tỉ lệ teo nhu mô gan trái hoặc thùy trái trên phim cộng hưởng từ là 85%, tỉ lệ có sỏi ống mật chủ là 58%. Phẫu thuật cắt hạ phân thùy 2 và 3 chiếm 88% do xơ teo nhu mô gan, thời gian mổ trung bình là 135 phút, không có tai biến hay truyền máu trong mổ. Tỉ lệ gặp biến chứng sau mổ là 10,4%, tất cả đều xếp

biến chứng loại I, tỉ lệ sạch sỏi sau mổ đạt 82%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi đường mật trong gan là an toàn và hiệu quả, với tỉ lệ tai biến thấp, tỉ lệ sạch sỏi cao, giúp loại bỏ phần gan bị ảnh hưởng và dẫn lưu nước mật nhiễm trùng nhằm giảm nguy cơ tái phát và phát triển ung thư biểu mô đường mật trong gan. **Từ khóa:** Sỏi đường mật, sỏi trong gan, nhiễm trùng đường mật, cắt gan, ung thư gan

### SUMMARY

#### SURGICAL TREATMENT FOR HEPATOLITHIASIS COMBINED WITH HEPATECTOMY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** The results of surgical treatment for hepatolithiasis combined with hepatectomy at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study was conducted at the General Surgery Department of Hanoi Medical University Hospital on a group of patients who underwent surgical treatment for hepatolithiasis combined with hepatectomy from 2018 to 2023. The content included clinical characteristics, laboratory findings, surgical techniques, and early outcome assessments. **Results:** A total of 125 patients participated in the study, with an average age of 56 years. The female-to-male ratio was 2.47. Abdominal pain was the commonest symptom, accounting for 72.8%. Most patients had normal liver function. The incidence of left hepatic atrophy on

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Phúc Yên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Hồng Phong

Email: triehongphong0418@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

magnetic resonance imaging was 85%, and the rate of choledocholithiasis was 58%. Segmentectomy 2 and 3 due to hepatic parenchymal atrophy accounted for 88%, with an average operation time of 135 minutes and no intraoperative complications or blood transfusions. The postoperative morbidity was 10.4%, all classified as type I complications. Complete stone clearance was achieved in 82% in the first month follow-up. **Conclusion:** Surgical treatment for hepatolithiasis combined with hepatectomy is safe and effective, with a low-mortality and a high stone clearance rate. It helps remove the affected liver parenchyma and drainage infected bile, also reducing the risk of recurrence and the development of intrahepatic cholangiocarcinoma.

**Keywords:** Cholelithiasis, hepatolithiasis, cholangitis, hepatectomy, cholangiocarcinoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật ở Việt Nam đa số là sỏi trong gan, việc điều trị sạch sỏi, xử lý biến chứng cũng như dự phòng tái phát vẫn đang còn nhiều thách thức. Với sự phát triển không ngừng của các phương tiện chẩn đoán cũng như can thiệp đường mật, phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kèm cắt gan với chỉ định chặt chẽ có hiệu quả điều trị cao vì giải quyết triệt để hơn nguy cơ sót sỏi, chít hẹp đường mật và loại bỏ phần gan teo mất chức năng hay ung thư hoá.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trên nhóm bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật và điều trị bằng phẫu thuật do sỏi đường mật trong gan kèm cắt gan từ năm 2018 đến 2023, theo quy trình thống nhất. Biến chứng sau mổ được phân loại theo tiêu chuẩn của Clavien – Dindo. Kết quả sạch sỏi được đánh giá trên phim chụp đường mật sau mổ khi bệnh nhân đến khám lại.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 2018 đến 2023 có 125 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình 56 tuổi, nữ chiếm 71,2%. Tiền sử mổ sỏi mật 52,8%, tỉ lệ mổ 1 lần, 2 lần và trên 2 lần là 56,1%, 15,2% và 28,7%. Triệu chứng đau bụng 72,8%, vàng da 18,4% và sốt 4,0%. Xét nghiệm 67,7% bệnh nhân bạch cầu bình thường, 95% không rối loạn đông máu; 60% sinh hóa chức năng gan bình thường, bilirubin toàn phần trung bình 19  $\mu\text{mol/L}$ ; tỉ lệ tăng CA 19-9 trước mổ 42,8%. Cấy dịch mật trong mổ, E. coli chiếm 55,4%. Cộng hưởng từ trước mổ, vị trí sỏi gan trái, gan phải và cả hai gan là 65,0%, 6,0% và 20,0%; tỉ lệ hẹp ống gan trái, phải là 79,0% và 17,0%. Phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng áp dụng

trong các trường hợp, mức độ cắt gan như sau: phẫu thuật cắt thùy gan trái 110 NB (88%), cắt gan trái (4 NB, 3,2%), cắt gan phải (6 NB, 4,8%) và cắt phân thùy sau (5 NB, 4,0%). Nguyên nhân do nhu mô gan xơ teo chứa sỏi khu trú; thời gian mổ trung bình 135 phút, không có tai biến, không phải truyền máu. 100% được mở ống mật chủ lấy sỏi bằng dụng cụ, rọ hoặc tán bằng điện thùy lực và soi kiểm tra đường mật trong mổ. Tỉ lệ gặp biến chứng sau mổ 10,4%, tất cả đều loại I. Kết quả giải phẫu bệnh gồm viêm xơ đường mật 95,2%, loạn sản biểu mô đường mật 3,6% và ung thư đường mật 1,2%. Tỉ lệ sạch sỏi ngay sau mổ 82%.

## IV. BÀN LUẬN

Chỉ định phẫu thuật điều trị sỏi đường mật hiện nay đã thu hẹp rất nhiều so với trước kia và dần được thay thế bởi các phương pháp can thiệp tối thiểu như nội soi mật tụy ngược dòng có sử dụng ống soi cửa sổ bên (SpyGlass™) hay tán sỏi đường mật qua da<sup>1</sup>. Tuy nhiên, việc đưa ra chiến lược điều trị hiệu quả nhất vẫn là vấn đề còn tranh luận. Phẫu thuật điều trị sỏi mật trong gan kèm cắt gan được đặt ra ở bệnh nhân đủ khả năng phẫu thuật, sỏi trong gan khu trú kèm theo nhu mô gan hoặc nghi ngờ ung thư đường mật.<sup>2</sup> Kết hợp soi đường mật trong mổ, phẫu thuật viên không chỉ cắt bỏ phần nhu mô gan bị teo, nông đường mật hẹp mà còn có thể lấy và dẫn lưu sỏi và nước mật nhiễm trùng trong và ngoài gan.<sup>2</sup>

Có nhiều cách phân loại sỏi đường mật trong gan dựa trên các đặc điểm về sỏi mật và mức độ tổn thương nhu mô gan như Tsunoda năm 1985<sup>3</sup>, Feng năm 2012<sup>4</sup> và Wang (hệ thống phân loại LHO) năm 2023<sup>5</sup>. Các tác giả đều cho rằng với những bệnh nhân có sỏi trong gan khu trú đi kèm teo nhu mô gan tương ứng, phẫu thuật cắt gan là giải pháp tối ưu nhất. Tuy nhiên, việc xem xét tiêu chí Zurich<sup>6</sup> để xác định giới hạn an toàn của việc cắt bỏ phần gan cũng là vấn đề cần đặt ra trong quá trình đánh giá bệnh nhân trước mổ. Tiêu chí này nhấn mạnh rằng trong trường hợp chức năng gan bình thường, thể tích gan còn lại sau phẫu thuật cần  $\geq 30\%$  tổng thể tích gan trước mổ. Trong trường hợp bệnh nhân xơ gan Child–Pugh A nhưng không có tăng áp tĩnh mạch cửa, con số này là  $\geq 50\%$  và khi có tăng áp tĩnh mạch cửa hoặc Child–Pugh độ B/C được coi là chống chỉ định phẫu thuật cắt gan. Một số trường hợp nên xem xét đánh giá khả năng thực hiện ghép gan.

Phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi đường mật

trong gan nhằm loại bỏ toàn bộ phần nhu mô gan bị hủy hoại và bảo tồn mô gan lành. Điều này đã được chứng minh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đạt được kết quả tốt. Kỹ thuật cắt bỏ phần gan teo được đánh giá là không quá phức tạp vì hầu hết mô đã bị hủy hoại, và lấy bỏ sỏi cũng có thể được thao tác trực tiếp tại các ống mật vị trí diện cắt gan. Đây là phẫu thuật an toàn, ít nguy cơ suy gan sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ biến chứng rò mật sau mổ là 10,4%, thấp hơn so với tỉ lệ biến chứng từ 12% đến 38,5% trong các nghiên cứu tương tự<sup>1,7</sup>. Như đã đề cập ở trên, phẫu thuật chủ yếu là cắt thùy gan trái (hạ phân thùy II và III), 8% cắt gan lớn nên việc đánh giá kĩ đặc điểm giải phẫu cây đường mật và kiểm soát tốt diện cắt gan là điều cần thiết để tránh biến chứng rò mật. Đối với một số trường hợp nguy cơ rò mật từ diện cắt, ngoài việc khâu kín tất cả các đường mật ở diện cắt, chúng tôi còn khâu tăng cường tại diện cắt bằng các mũi chữ U với mục đích ép chặt các cấu trúc ở diện cắt với nhau.

Những bệnh nhân có sỏi trong gan có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư đường mật với 9,7% được chẩn đoán ung thư biểu mô đường mật trong gan cùng thời điểm được chẩn đoán sỏi mật, và 12,2% phát triển ung thư biểu mô đường mật trong gan trong quá trình theo dõi sau điều trị sỏi đường mật trong gan.<sup>8</sup> Trong trường hợp ung thư biểu mô đường mật trong gan phát triển trên nền sỏi đường mật trong gan, mục tiêu điều trị triệt căn có thể được đặt ra khi chưa có dấu hiệu di căn thông qua phẫu thuật cắt gan và nạo vét hạch chuẩn<sup>8</sup>. Tùy thuộc vào vị trí và kích thước của khối u mà xác định phần gan dự kiến cắt bỏ, tất nhiên luôn luôn phải lưu ý đến "số lượng và chất lượng" phần gan còn lại sau phẫu thuật trong bệnh cảnh sỏi đường mật trong gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có tăng CA 19-9 trước mổ là 42,8%, tuy nhiên sau mổ chỉ có 1 bệnh nhân (1,2%). John và Peter trong báo cáo năm 2014 chỉ ra rằng độ nhạy và độ đặc hiệu của CA 19-9 trong chẩn đoán xác định ung thư biểu mô đường mật trong gan chỉ đạt dưới 65%. Sự tăng CA 19-9 trước mổ không có nhiều giá trị bằng việc theo dõi sự thay đổi nồng độ chất trên trước và sau mổ.<sup>9</sup> Nồng độ CA 19-9 huyết tương tăng không đặc hiệu cho chẩn đoán xác định ung thư đường mật, trong đó các nguyên nhân lành tính khiến tăng CA 19-9 bao gồm nhiễm trùng hoặc tắc nghẽn đường mật.<sup>9</sup>

84 BN khai thác được kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, trong đó 95,2% là viêm xơ hóa đường

mật, 3,6% loạn sản biểu mô tuyến và 1,2% có ung thư biểu mô đường mật.

Việc xác định phương pháp tốt nhất để loại bỏ hoàn toàn sỏi, giải quyết hẹp đường mật mật và cắt bỏ phần nhu mô gan teo là rất quan trọng và cần sự phối hợp của đa chuyên ngành. Những trường hợp còn sỏi sau mổ có thể được điều trị bằng cách kết hợp lấy sỏi qua nội soi ngược dòng, tán sỏi qua đường hầm Kehr hoặc qua da. Jiang đã sử dụng phương pháp tán sỏi mật qua da bằng laser kết hợp hoặc không kết hợp với phẫu thuật cắt gan, đạt tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn là 93,3%<sup>7</sup>. Có 15,6% bệnh nhân cần can thiệp đường mật lấy sỏi sau phẫu thuật cắt gan do sót sỏi, và có tới 38,5% tái phát nhiễm trùng đường mật do sỏi sau mổ cắt gan điều trị sỏi đường mật trong gan<sup>10</sup>. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sạch sỏi lần đầu đạt 82%, trong nhóm 18% sót sỏi có 10 bệnh nhân là có triệu chứng nhiễm trùng đường mật tái phát, tất cả đều còn sỏi đường mật trong gan bên phải và được can thiệp qua da tán hết sỏi sau mổ 3-4 tuần.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị sỏi đường mật trong gan đòi hỏi sự tham gia của đa chuyên ngành gồm nội soi can thiệp, chẩn đoán hình ảnh can thiệp và phẫu thuật gan mật. Những trường hợp sỏi trong gan ở phần gan chứa sỏi teo mất chức năng, chít hẹp đường mật có biến cứng áp xe hay nghi ngờ ung thư đường mật đòi hỏi sự can thiệp phẫu thuật là cần thiết. Phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong gan kèm cắt gan là kỹ thuật an toàn và hiệu quả với tỉ lệ tai biến thấp, tỉ lệ sạch sỏi cao, giúp loại bỏ phần gan xơ teo mất chức năng giảm nguy cơ sỏi sót, tái phát và nguy cơ ung thư biểu mô đường mật trong gan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. New management of hepatolithiasis: Can surgery be avoided?** (with video). Accessed April 16, 2024. <https://www.elsevier.es/en- revista-gastroenterologia-hepatologia-english- edition--382-pdf-S2444382420300420>
- 2. Trần Bảo Long.** Vai trò mổ mở trong điều trị sỏi đường mật hiện nay. In: Những Tiến Bộ Trong Chẩn Đoán và Điều Trị Sỏi Mật. NXB Y học; 2020:129-150.
- 3. Tsunoda T, Tsuchiya R, Harada N, et al.** Long-term results of surgical treatment for intrahepatic stones. *The Japanese Journal of Surgery.* 1985;15(6): 455-462. doi:10.1007/BF02470091
- 4. Feng X, Zheng S, Xia F, et al.** Classification and management of hepatolithiasis: A high-volume, single-center's experience. *Intractable Rare Dis Res.* 2012;1(4): 151-156. doi: 10.5582/irdr.2012.v1.4.151

5. Wang W, Yang C, Wang J, Chen W, Wang J. Hepatolithiasis Classification Based on Anatomical Hepatectomy. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2023; 27(5):914-925. doi:10.1007/s11605-022-05572-x
6. Clavien PA, Petrowsky H, DeOliveira ML, Graf R. Strategies for Safer Liver Surgery and Partial Liver Transplantation. N Engl J Med. 2007; 356(15): 1545-1559. doi:10.1056/NEJMra065156
7. Jiang ZJ, Chen Y, Wang WL, et al. Management hepatolithiasis with operative choledochoscopic FREDDY laser lithotripsy combined with or without hepatectomy. Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International. 2013;12(2): 160-164. doi: 10.1016/ S1499-3872(13)60026-0
8. Kim HJ, Kang TU, Swan H, et al. Incidence and Prognosis of Subsequent Cholangiocarcinoma in Patients with Hepatic Resection for Bile Duct Stones. Dig Dis Sci. 2018;63(12):3465-3473. doi:10.1007/s10620-018-5262-6
9. Bridgewater J, Galle PR, Khan SA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of intrahepatic cholangiocarcinoma. Journal of Hepatology. 2014;60(6): 1268-1289. doi:10.1016/j.jhep.2014.01.021
10. Pu T, Chen JM, Li ZH, et al. Clinical online nomogram for predicting prognosis in recurrent hepatolithiasis after biliary surgery: A multicenter, retrospective study. World Journal of Gastroenterology. 2022; 28(7):715-731. doi:10.3748/wjg.v28.i7.715

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NGÓN CHÂN CÁI VẠO NGOÀI

Phạm Ngọc Thăng<sup>1</sup>, Vũ Anh Dũng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Tiến Thành<sup>2</sup>, Vũ Nhất Định<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu tiến hành nhận xét đặc điểm lâm sàng, XQ và đánh giá kết quả phẫu thuật "Scarf" điều trị ngón chân cái vẹo ngoài. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu với tất cả bệnh nhân ngón chân cái vẹo ngoài. Các trường hợp này được phẫu thuật trong giai đoạn 2010 – 2019 tại Bệnh viện Quân y 103. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và XQ trước mổ và sau mổ. **Kết quả:** có 15 nữ và 1 nam, 30 – 55 tuổi, hầu hết bị cả 2 bàn chân, nhưng chỉ có 2 trường hợp phẫu thuật cả 2 bàn chân. có 1 trường hợp bị vỡ xương và 2 trường hợp bị nhiễm khuẩn vết mổ. Kết quả xa (4 – 13 năm): góc giữa xương bàn I – xương bàn II giảm xuống còn 2° - 10°, điểm AOFAS cải thiện (70 – 100 điểm), điểm VAS cải thiện (0 – 3 điểm), không có trường hợp nào phải can thiệp lại, hoặc bị tái phát. **Kết luận:** phẫu thuật "Scarf" chính hình được căn bản các biến dạng của ngón chân cái vẹo ngoài và cải thiện được chức năng của bàn chân.

**Từ khóa:** ngón cái vẹo ngoài, phẫu thuật Scarf.

### SUMMARY

#### SURGICAL RESULTS TREATMENT OF HALLUX VALGUS

**Objectives:** the study evaluated the clinical, radiographic characteristics and the results of "Scarf" surgery to treat hallux valgus. **Materials and methods:** This was designed a prospective clinical study. These cases were operated on between 2010 –

2019 at military hospital 103. We recorded the general characteristics of patients, radiographical findings and treatment. **Results:** there were 15 women and 1 man, 30 – 55 years old, most had both feet, but only 2 cases had surgery on both feet. There was 1 case of broken bone and 2 cases of infection. Long term results (4 – 13 years): the hallux valgus angle decreased to 2° - 10°, AOFAS score improved (7 – 100 points), VAS score improved (0 – 3 points), there were no cases that required reintervention or recurrence. **Conclusion:** "Scarf" surgery basically corrects the deformity of hallux valgus and improves the function of the foot.

**Keywords:** hallux valgus, scarf procedure.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngón chân cái vẹo ngoài được sử dụng với từ phổ biến là "Hallux valgus" dùng để chỉ tình trạng biến dạng bàn – ngón chân cái: Bán sai khớp xương bàn – ngón I, xương bàn I lệch vào trong và ngón chân cái lệch ra ngoài. Ngón cái vẹo ngoài được xác định khi góc tạo bởi xương bàn I và đốt I ngón chân cái lớn hơn 15° và góc tạo bởi xương bàn I và xương bàn II lớn hơn 9°. Nhiều thống kê cho thấy: bệnh lý này thường gặp ở nữ với tỷ lệ nữ/nam là 3/1.

Có hơn 130 phương pháp phẫu thuật đã được giới thiệu để điều trị tổn thương này [3].

Nghiên cứu này nhằm mục đích: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh XQ và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ngón chân cái vẹo ngoài ở nhóm người trưởng thành.*

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

Nghiên cứu tiến hành lựa chọn các trường hợp bị vẹo ngoài ngón chân cái ở người trưởng thành. Tất cả các trường hợp đều được phẫu

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thăng

Email: thangb1v103@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024