

type B tại Bệnh viện Nhi đồng I từ 2005-2008", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14(1), tr. 39 - 43.

5. **Nguyễn Huy Bạo, Nguyễn Công Nghĩa** (2010). "Sàng lọc mất thính lực (giảm khả năng nghe hoặc điếc) bẩm sinh ở sơ sinh", Tạp chí Y học, 14(2), tr. 19 - 22.

6. **Lê Thị Thu Hà** (2011). Nghiên cứu giảm thính lực ở trẻ sơ sinh có nguy cơ cao bằng phương pháp sàng lọc điện thính giác thân não tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. **Nguyễn Tuyết Xương** (2014). "Một số đặc điểm và yếu tố nguy cơ của nghe kém ở trẻ em từ 2 đến 5 tuổi tại các trường mẫu giáo nội thành Hà Nội." Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Luận án Tiến sĩ Y học.

8. **Absalan A.**, et al. (2013). "A Prevalence Study of Hearing Loss among Primary School Children in the South East of Iran", Int J Otolaryngol, 2013, tr. 138935.

9. **Allen R. L.**, et al. (2004). "Preschool hearing screening: pass/refer rates for children enrolled in a head start program in eastern North Carolina", Am J Audiol, 13(1), tr. 29 - 38.

10. **Arnesen A. R., K. K. Osen** (1978). "The cochlear nerve in the cat: topography, cochleotomy, and fiber spectrum", J Comp Neurol, 178(4), tr. 661-78.

11. ASHA (2011). Noise, America, truy cập ngày 5 tháng 8-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Noise-and-Hearing-Loss-Prevention>.

12. ASHA (2013). Causes of Hearing Loss in Adults, America, truy cập ngày 1 tháng 6-2013, tại trang web [http://www.asha.org/public/hearing/disorders/causes\\_adults.htm](http://www.asha.org/public/hearing/disorders/causes_adults.htm).

13. ASHA (2013). Cochlear Implants, New York, truy cập ngày 1 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Cochlear-Implant>.

14. ASHA (2013). FM systems, New York, truy cập ngày 1 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/FM-Systems>.

15. ASHA (2013). Hearing Aids, Cochlear Implants and Assistive Technology, New York, truy cập ngày 5 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Treatment>.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN MÂM CHÀY ĐỘ V, VI THEO PHÂN LOẠI SCHATZKER BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHÓA

**TRẦN CHIẾN, HOÀNG HUY THÀNH**  
*Trưởng Đại học Y Dược Thái Nguyên*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gầy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Gồm 45 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán gầy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker, và phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2017 đến 31/12/2020.

**Kết quả:** Liên vết mổ: rất tốt: 84,4%; tốt: 11,1%; Xquang sau mổ: rất tốt: 86,7%; tốt: 13,3%.

Chịu trách nhiệm: Hoàng Huy Thành

Email: [huythanh511@gmail.com](mailto:huythanh511@gmail.com)

Ngày nhận: 11/8/2021

Ngày phản biện: 05/10/2021

Ngày duyệt bài: 19/10/2021

Sau phẫu thuật 06 tháng: 71,1% BN không đau sau điều trị; 24,4% BN thỉnh thoảng đau, hoặc đau khi thay đổi thời tiết. Kết quả chức năng khớp gối: tốt 80% ; khá 17,8%; trung bình 2,2%. Biên độ gấp gối:  $\geq 125^\circ$ : 68,9%;  $100^\circ - 124^\circ$ : 31,1%. Biên độ duỗi gối:  $0^\circ$ : 86,7%;  $< 5^\circ$ : 13,3%; 93,4% BN đi lại bình thường sau mổ; 93,4% BN không lệch trục khớp gối; 93,4% BN không ngắn chi sau mổ. Không có mối liên quan giữa độ gầy mâm chày với kết quả phục hồi chức năng chi sau điều trị ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Sử dụng nẹp khóa trong điều trị gầy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker đạt kết quả tốt với tỉ lệ cao, vì vậy nẹp khóa nên được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng điều trị gầy mâm chày.

**Từ khóa:** Gầy kín mâm chày độ V, VI, phân loại theo Schatzker; kết xương nẹp khóa.

## SUMMARY

### OUTCOME OF SCHATZKER TYPE V, VI TIBIAL PLATEAU FRACTURES TREATED WITH THE LOCKING PLATE

*Study objectives: Assessing the outcome of Schatzker type V, VI tibial plateau fractures treated with the locking plate at Thai Nguyen central hospital.*

*Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 45 patients diagnosed with tibial plateau fracture according to the Schatzker V, VI classification who received combined bone treatment with locking splints at Thai Nguyen Central Hospital from January 1, 2017 to December 31, 2020.*

*Results: Wound healing: very good: 84.4%; good: 11.1%; X-ray: very good: 86.7%;*

*good: 13.3%. After 06 months of surgery: did not have pain after surgery: 71.1%; sometimes have pain, or when the weather changes: 24.4%. Knee function: good: 80%; quite: 17.8%; average: 2.2%. Knee flexion amplitude:  $\geq 125^\circ$ : 68.9%;  $100^\circ - 124^\circ$ : 31.1%. Knee extensor amplitude:  $0^\circ$ : 86.7%;  $< 5^\circ$ : 13.3%. 93.4% of patients walked normally after surgery; 93.4% of patients did not misalign the joint; 93.4% of patients did not shorten their limbs after surgery. There is no relationship between tibial plateau fracture and the outcome of limb rehabilitation after treatment ( $p > 0.05$ ).*

*Conclusion: Using the locking plate in the treatment of Schatzker type V, VI tibial plateau good results, it is widely recommended for using in clinical treatment.*

**Keywords:** Tibial plateau fracture type V, VI; Schatzker method; locking plate.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là loại gãy thấu khớp, do đó có nguy cơ gây cứng khớp gối sau điều trị. Theo y văn thế giới, gãy mâm chày chiếm khoảng 1,2% tất cả các gãy xương<sup>[1]</sup>. Tỷ lệ gãy mâm chày tăng rõ rệt ở phụ nữ trên 50 tuổi và giảm ở nam giới trên 50 tuổi, đối với cả 2 giới tần suất cao nhất ở trong độ tuổi từ 40 đến 60 tuổi<sup>[2]</sup>. Có nhiều cách phân loại gãy mâm chày, nhưng phân loại theo Schatzker được sử dụng nhất rộng rãi nhất<sup>[3]</sup>. Trong đó gãy mâm chày độ V và loại VI là loại gãy có nhiều tổn thương nặng và phức tạp, thường là do lực chấn thương lớn gây ra<sup>[4]</sup>. Vì vậy để điều trị gãy mâm chày phức tạp gặp rất nhiều khó khăn và nó đã trở thành một thách thức đối với cả những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm<sup>[5]</sup>.

Trong những năm gần đây với việc áp dụng nẹp khóa là một phương tiện kết hợp xương có nhiều ưu điểm về mặt cơ sinh học, giải phẫu đã được nhiều tác giả áp dụng. Từ năm 2015 Khoa Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Trung ương

Thái Nguyên đã điều trị cho những bệnh nhân gãy kín mâm chày độ V, VI bằng nẹp khóa và thu được các kết quả khả quan.

Để tổng kết điều trị, rút ra những kinh nghiệm ứng dụng loại phương tiện kết xương mới này trong điều trị gãy kín mâm chày, chúng tôi đã nghiên cứu đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2017-2021.

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán gãy mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker được điều trị kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2017 đến 31/12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN  $\geq 18$  tuổi. Được chẩn đoán gãy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker bằng phim chụp Xquang xương cẳng chân. BN điều trị kết xương mâm chày gãy bằng nẹp khóa và đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối với bệnh nhân hồi cứu: có đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp Xquang và phim chụp cắt lớp vi tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp gãy xương bệnh lý, BN đã có sẵn những dị tật, di chứng chấn thương chi ảnh hưởng đến chức năng từ trước tại chi bị gãy mâm chày.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### 2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy vào nghiên cứu tất cả các BN phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn. Cỡ mẫu toàn bộ.

### 3. Biến số nghiên cứu

Tuổi của BN. Giới tính (nam, nữ). Nguyên nhân gãy mâm chày. Độ gãy mâm chày theo phân loại Schatzker. Tổn thương kèm theo gãy mâm chày (gãy xương mác cùng bên, tổn thương mạch máu, chèn ép khoang). Biến chứng sớm sau phẫu thuật (chảy máu vết mổ thứ phát, nhiễm trùng vết mổ). Kết quả liền vết mổ, kết quả Xquang sau mổ (theo đánh giá của Larson Bostman). Đánh giá kết quả điều trị sau 06 tháng gồm mức độ đau, biên độ gấp gối, biên độ duỗi gối, khả năng đi bộ, mức độ ngắn chi, lệch trục khớp gối, kết quả phục hồi chức năng khớp gối (theo tiêu chuẩn Roy Sander).

### 4. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập sẽ được mã hóa, nhập liệu bằng phần mềm và xử lý số liệu theo phương

pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

### 5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý tham gia của bệnh nhân, sự phê duyệt của lãnh đạo Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và được thông qua hội đồng đạo đức của bệnh viện.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu

	n	%
Tuổi trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	44,02 ± 13	
Giới	Nam	20 44,44
	Nữ	25 55,56
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	29 64,4
	Tai nạn lao động	11 24,4
	Tai nạn sinh hoạt	5 11,1
Độ gãy mâm chày theo Schatzker	Loại V	27 60,0
	Loại VI	18 40,0
Tổn thương kèm theo	Gãy xương mác cùng bên	23 51,1
	Tổn thương mạch máu	0 0
	Tổn thương thần kinh	0 0

Nhận xét: Tuổi trung bình là 44,02 ± 13 tuổi, tỉ lệ nữ giới gãy mâm chày là 55,56%. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 62,4%, gãy mâm chày loại V chiếm 60%. Tổn thương kèm theo có gãy xương mác cùng bên chiếm 51,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tỉ lệ nhiễm trùng nông 4,4%.

Bảng 2. Kết quả liền vết mổ theo đánh giá của Larson Bostman.

	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	38	84,4
Tốt	5	11,1
Trung bình	2	4,4
Kém	0	0
Tổng	45	100

Nhận xét: Kết quả liền vết mổ đạt tốt chiếm 84,4%; tốt: 11,1%; trung bình: 4,4%.

Bảng 3. Kết quả Xquang sau phẫu thuật theo đánh giá của Larson Bostman

	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	39	86,7
Tốt	6	13,3
Trung bình	0	0
Kém	0	0
Tổng	45	100

Nhận xét: kết quả Xquang rất tốt: 86,7%; tốt: 13,3%.

Bảng 4. Kết quả điều trị sau phẫu thuật 6 tháng theo Roy Sander.

	n	%
Mức độ đau	Không đau	32 71,1
	Thỉnh thoảng hoặc khi thay đổi thời tiết	11 24,4
	Đau khi đi lại nhiều	2 2,4
	Đau thường xuyên	0 0
Biên độ gấp gối	≥125°	31 68,9
	100 °- 124 °	14 31,1
Biên độ duỗi gối	0 °	39 86,7
	< 5°	6 13,3
Khả năng đi bộ	Bình thường	42 93,4
	30-60 phút	2 4,4
	< 30 phút	1 2,2
	Đi lại bằng xe đẩy	0 0
Lệch trục khớp gối	0°	42 93,4
	< 10°	3 6,6
Mức độ ngắn chi	0 cm	42 93,4
	< 1,5 cm	3 6,6
	Tổng	45 100

Nhận xét: 71,1% BN không đau sau mổ; 68,9% BN gấp gối được ≥125°; 86,7% BN duỗi gối được tối đa; 93,4% BN đi bộ được bình thường; 93,4% BN không lệch trục khớp gối; 93,4% BN không ngắn chi sau mổ.

Bảng 5. Kết quả phục hồi chức năng liên quan đến độ gãy mâm chày

Độ gãy	Độ V	Độ VI	Tổng	Tỉ lệ %	
Kết quả	Tốt	24	12	36	80
	Khá	3	5	8	17,8
	Trung bình	0	1	1	2,2
	Tổng	27	18	45	100

Nhận xét: Tốt: 80%; khá: 17,8%; trung bình: 2,2%. Không có sự khác biệt về kết quả phục hồi chức năng giữa 2 độ gãy mâm chày với  $p > 0,05$ .

### BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44,02 ± 11 tuổi. Cũng như các loại chấn thương khác, chấn thương vùng gối trong đó gãy mâm chày xảy ra ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, lứa tuổi hay gặp nhất là độ tuổi lao động, tham gia giao thông và tham gia hoạt động thể lực nhiều hơn các độ tuổi khác. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu khác với tuổi trung bình là 44 ± 12,3 tuổi<sup>[4]</sup>.

Nguyên nhân gãy mâm chày theo y văn phần lớn là do tai nạn giao thông<sup>[6]</sup>. Trong nghiên cứu, nguyên nhân chủ yếu của gãy mâm chày là tai nạn giao thông chiếm 64,4%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác: trong nghiên cứu của Hoàng Đức Thái tỉ lệ này là 92,9%<sup>[4]</sup>, ở nghiên cứu của Trần Lê Đồng là 87,1%<sup>[7]</sup>. Có 60% bệnh nhân gãy mâm chày loại V và 40%

gãy mâm chày loại VI trong nghiên cứu, đây đều là những loại gãy mâm chày phức tạp. Vì vậy, sẽ có nhiều tổn thương kèm theo như gãy xương mác cùng bên, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh. Gãy xương mác cùng bên là tổn thương kèm theo hay gặp nhất trong gãy mâm chày, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 51,1% các trường hợp. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hoàng Đức Thái 46,5%<sup>[4]</sup>.

Trong nghiên cứu này thấy biến chứng sớm sau phẫu thuật là nhiễm trùng nông với 2 BN chiếm tỉ lệ 4,4%. Kết quả liền vết mổ được thể hiện tại bảng 2: rất tốt: 84,4%, tốt: 11,1% và trung bình 4,4%. Trong 4,4% BN có kết quả liền vết mổ trung bình cũng chính là những BN nhiễm trùng nông, đây là những BN bị gãy độ V, độ VI phức tạp với nhiều mảnh rời nhỏ do năng lượng lớn gây ra do vậy tổn thương phần mềm rất nghiêm trọng, tổn thương phần mềm độ 2. Tất cả các bệnh nhân được mổ vào ngày thứ 4 sau chấn thương. BN mổ trong tình trạng gối sưng nề to, khi đóng vết mổ rất khó. Sau mổ 3 ngày phần mềm tạo vị trí mâm chày được phẫu thuật vẫn sưng nề mép da bị thiếu dưỡng, nhưng rất may không bị nhiễm khuẩn sâu, không lộ xương và nẹp vít. Sau mổ 1 tuần, gối giảm nề, khô lại và vết mổ liền.

Bảng 3 cho thấy kết quả Xquang sau mổ: rất tốt: 86,7%; tốt: 13,3%; không có bệnh nhân nào đạt kết quả trung bình và kém. Kết quả này cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Trần Lê Đồng và cộng sự năm 2014 về kết hợp xương gãy kín mâm chày độ V, VI bằng nẹp vít: rất tốt: 75,5%; tốt: 24,5%<sup>[7]</sup>. Qua đó, cho thấy nẹp khóa cố định ổ gãy tốt hơn so với nẹp vít.

Chúng tôi khám lại bệnh nhân sau 06 tháng phẫu thuật, kết quả điều trị xa được thể hiện tại bảng 4 gồm: 71,1% BN không thấy đau tại khớp gối; 24,4% BN thỉnh thoảng đau hoặc khi thay đổi thời tiết; 4,4% BN đau khi đi lại nhiều. Trong 4,4% BN bị đau tại khớp gối khi đi lại nhiều, thì tất cả những BN này đều có lún mâm chày trước mổ và không đau do phương tiện kết hợp xương gây ra, phim Xquang mâm chày tốt. Điều này có thể giải thích do mặt khớp mâm chày chưa phục hồi tốt, phim Xquang quy ước chưa đánh giá chính xác tổn thương, do vậy không ít trường hợp bác sĩ điều trị tiến hành chụp cắt lớp vi tính để đánh giá chính xác tổn thương trước mổ, từ đó lựa chọn đường vào và phương tiện kết xương. Về biên độ gấp của khớp gối:  $\geq 125^\circ$ : 31 BN chiếm 68,9%;  $100^\circ - 124^\circ$ : 14 BN chiếm 31,1%. Biên độ duỗi gối:  $0^\circ$ : 39 BN chiếm 86,7%;  $<5^\circ$ : 6 BN chiếm 13,3%.

Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các tác giả khác, trong nghiên cứu của Vũ Nhất Định và Thái Anh Tuấn biên độ gấp gối  $> 125^\circ$ : 68,75% ;  $100^\circ - 124^\circ$ : 31,25%<sup>[8]</sup>. Nguyên nhân hạn chế gấp, duỗi thường do đau và kết xương không vững, phải bất động bên ngoài bổ sung. Theo chúng tôi, việc phục hồi gấp duỗi thụ động ở giai đoạn đầu rất quan trọng. Ở giai đoạn này, đau là nguyên nhân chính làm BN không dám gấp gối, nhưng khi hết đau thì gối đó cứng, dính, cơ tứ đầu đùi co rút. Việc tập vận động lại do BN và người nhà tự làm, trong khi hiểu biết của họ về vấn đề này hạn chế, đó là một trong những nguyên nhân làm hạn chế vận động khớp gối. Ngay cả ở trường hợp kết xương không vững, được nhân viên y tế luyện tập, kết quả khả quan hơn, đây là thiệt thòi của đa số BN hiện nay. Bệnh nhân đi bộ được bình thường chiếm 93,4%; đi bộ được 30 - 60 phút chiếm 4,4%; đi bộ được  $< 30$  phút chiếm 2,2%. 93,4% BN không bị lệch trục khớp gối; 6,6% BN lệch trục khớp gối  $< 10^\circ$ . 6,6% BN có chênh lệch chiều dài chi so với bên lành, nhưng chênh lệch không quá lớn (chênh hơn bên lành 0,5 - 1cm). Các trường hợp ngắn chi này bị lún mâm chày, làm gối vẹo vào trong hoặc ra ngoài.

Kết quả chức năng theo tiêu chuẩn Roy Sander: tốt 80%; khá 17,8%; trung bình 2,2%. Kết quả tốt khi chức năng khớp gối của bệnh nhân sau phẫu thuật đạt mức tốt và khá lên tới 97,8%. Cả 45 BN được kiểm tra đều liền xương, không có trường hợp nào bị chặm liền hoặc khớp giả. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Trần Lê Đồng, tốt 81,1%; khá 15,1%; trung bình 3,8%<sup>[7]</sup>. Không có sự khác biệt về kết quả phục hồi chức năng giữa 2 độ gãy mâm chày với  $p > 0,05$ . Qua đây cho thấy hiệu quả cũng như sự ưu việt của nẹp khóa trong kết hợp xương gãy mâm chày có thể cố định tốt ổ gãy trong các trường hợp gãy phức tạp độ V, độ VI theo phân loại Schatzker.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 bệnh nhân gãy mâm chày loại V, loại VI theo phân loại của Schatzker được điều trị bằng kết hợp xương nẹp khóa chúng tôi thu được: Sau điều trị 06 tháng 71,1% BN không đau; 24,4% BN thỉnh thoảng đau, hoặc khi thay đổi thời tiết. Biên độ gấp gối:  $\geq 125^\circ$ : 68,9%;  $100^\circ - 124^\circ$ : 31,1%. Biên độ duỗi gối:  $0^\circ$ : 86,7%;  $<5^\circ$ : 13,3%. 93,4% BN đi lại được bình thường sau điều trị. 93,4% BN không bị lệch trục khớp gối. 93,4% BN không ngắn chi sau điều trị. Phục hồi chức năng khớp gối: tốt: 80%; khá: 17,8%; trung bình: 2,2%. Không có

sự khác biệt về kết quả phục hồi chức năng giữa 2 độ gãy mâm chày.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Court-Brown C M, Caesar B**, (2006). "Epidemiology of adult fractures: A review", *Injury*, 37 (8), pp. 691 - 697.

2. **Elsoe R, Larsen P, Nielsen N P, Swenne J**, et al, (2015). "Population-Based Epidemiology of Tibial Plateau Fractures", *Orthopedics*, 38 (9), pp. e780 - 786.

3. **Nguyễn Văn Lộc, Nguyễn Lê Minh Thống**, (2018). "Khảo sát hình thái tổn thương cột sau đơn thuần của gãy mâm chày", *Nghiên cứu Y học*, (Y học Thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản tập 22 số 6), tr 151 - 158.

4. **Hoàng Đức Thái** (2016). "Đánh giá kết quả điều trị gãy mâm chày loại V-VI theo Schatzker bằng kết hợp xương tối thiểu và cố định ngoài dạng vòng dưới màn tăng sáng", *Luận án Tiến sĩ*.

5. **Alm L, Frings J, Krause M, Frosch K H**, (2020). "Intraarticular osteotomy of malunited tibial plateau fractures: an analysis of clinical results with a mean follow-up after 4 years", *Eur J Trauma Emerg Surg*, 46 (6), pp. 1203 - 1209.

6. **Subash Y** (2021). "Evaluation of Functional Outcome Following Hybrid External Fixation in The Management of Schatzkers Type V and VI Tibial Plateau Fractures - A Prospective Study of 30 Patients", *Malays Orthop J*, 15 (1), pp. 48 - 54.

7. **Trần Lê Đồng, My Duy Tiên** (2014). "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày loại Schatzker V, VI bằng kết xương nẹp vít có hỗ trợ cắt lớp vi tính", *Tạp chí Y Dược học Quân sự* số 1, tr 114 - 120.

8. **Vũ Nhất Định, Thái Anh Tuấn** (2011). "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày độ V, VI theo Schatzker bằng kết xương nẹp vít", *Tạp chí Y Dược học quân sự* số 9, tr 1-6.

## KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY 1/3 DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2020-2021

DƯƠNG HOÀNG HẢI<sup>1</sup>

TRINH HỒNG SƠN<sup>2</sup>, VŨ THỊ HỒNG ANH<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu được thực hiện trên 78 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới và được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021. Phương pháp mô tả hồi cứu và tiến cứu.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $61,60 \pm 13,66$ , tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hoá chủ yếu là Billroth I (nối Péan) chiếm 73,1%, số lượng hạch vét được trung bình  $28,72 \pm 11,34$  hạch, hạch di căn trung bình  $4,29 \pm 6,96$  hạch, thời gian phẫu thuật trung bình:  $169,87 \pm 43,5$  phút, tỷ lệ tai biến trong mổ 1,3%, biến chứng sau mổ 14,1%, thời gian nằm viện sau mổ trung bình  $9,06 \pm 2,20$  ngày.

Chịu trách nhiệm: Dương Hoàng Hải

Email: hoanghaiq1294@gmail.com

Ngày nhận: 17/8/2021

Ngày phản biện: 08/10/2021

Ngày duyệt bài: 26/10/2021

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày với diện cắt R0, vét hạch từ D2 trở lên là phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới với tỷ lệ tai biến biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới, phẫu thuật triệt căn, cắt bán phần xa dạ dày, vét hạch D2.

#### SUMMARY

**SHORT-TERM OUTCOMES OF THE CURATIVE SURGERY IN TREATING THE LOWER-THIRD GASTRIC CARCINOMA IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL**

**Objective:** To evaluate the early results of curative surgery for the lower-third gastric carcinoma.

**Materials and methods:** Research was conducted on 78 cases of the lower-third gastric carcinoma that were indicated for radical treatment with curative surgery in the Department of Oncology, Viet Duc University Hospital from 1/2020 to 6/2021.

**Results:** The average age was  $61.60 \pm 13.66$ , the female/male ratio was 3/1. Most of the methods of anastomosis were Billroth I (Péan) accounted for 73.1%, the average lymph node was