

tới thời điểm hiện tại.

Ở bảng 3, chưa tìm thấy được yếu tố nguy cơ của tái phát u sau mổ (ở các đặc điểm: kích thước u đo qua CT ổ bụng, mở rộng vết mổ ở rốn, chọc hút dịch trong nang, thời gian mổ) ( $p > 0,05$ ). Cũng có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn thấp (40 bệnh nhân), thời gian theo dõi chưa dài (trung bình 49 tháng), số lượng bệnh nhân ghi nhận tái phát sau mổ còn ít (2 bệnh nhân) nên chưa đủ để các test kiểm định đưa ra kết quả có ý nghĩa thống kê. Do vậy cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để có thể tìm được các yếu tố nguy cơ cho UQBTLT tái phát.

Từ phẫu thuật nội soi 3 trocar tới 1 đường rạch, 1 trocar hỗ trợ là một bước tiến dài với việc sử dụng rốn là sẹo mổ tự nhiên cho việc đặt trocar sẽ tránh vết mổ nhìn thấy được, từ đó sẽ cho kết quả thẩm mỹ tốt nhất (giảm dần số lượng trocar và giảm số lượng sẹo trên thành bụng). Đặc biệt với trường hợp có mở rộng vết mổ ở rốn vẫn đảm bảo tính thẩm mỹ sau mổ (đánh giá sau mổ dựa vào thang điểm Linkert đều ở mức 4,8-4,85/5 điểm). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm này (bảng 2). Kết quả thẩm mỹ đánh giá sau mổ là rất tốt.

## V. KẾT LUẬN

Qua 40 bệnh nhân đã được nghiên cứu trong

báo cáo, có thể rút ra kết luận: PTNS một trocar hỗ trợ ở trẻ em là 1 phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả cao trong điều trị UQBTLT ở trẻ em. Đặc biệt kết quả thẩm mỹ rất tốt với chỉ 1 vết mổ nhỏ tại rốn gần như không thấy sẹo. Đa phần bố mẹ bệnh nhân hài lòng về thẩm mỹ của sẹo mổ nội soi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **al DV Ae.** Ovarian tumors. Pediatric Surgery 7th edition (Chapter 39). 2006:529-548.
2. **Mukhopadhyay M, al e.** Ovarian cysts and tumors in infancy and childhood Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons 2013;18(1)
3. **Rahs,an O zcan SKI, Sergu len Dervis,og lu , Mehmet Elic,evik, Haluk Emir, Cenk Bu yu ku nal.** Ovary-sparing surgery for teratomas in children. Pediatr Surg Int. 2013;29:233-237.
4. **Sơn TN.** Nội soi một trocar hỗ trợ cắt u nang buồng trứng lành tính ở trẻ em Y học thành phố Hồ Chí Minh 2013;số 3/2013:180-183.
5. **Chu S-M.** Ovarian Tumors in the Pediatric Age Group: 37 Cases Treated over An 8-year Period. Chang Gung Med J. 2010;33:152-6.
6. **DC B.** Laparoscopy for ovarian tumor in children. Cir Pediatr, 2007. 2007;Jan; 20(1):15-8.
7. **Liu H WX, Lu D, Liu Z, Shi G.** Ovarian masses in children and adolescents in China: analysis of 203 cases. J Ovarian Res. 2013;6 (1) 47.
8. **Chabaud-Williamson M NI, Fasola S et al.** Ovarian-sparing surgery for ovarian teratoma in children. Pediatr Blood Cancer. 2011; 57:429-434

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU XA XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Duy Thanh<sup>1</sup>, Vũ Trường Thịnh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Thùy<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gãy đầu xa xương đùi phổ biến là gãy phức tạp và thường gặp trong tai nạn hàng ngày (tai nạn giao thông, tai nạn lao động). Trước đây, điều trị bảo tồn là chủ yếu, tuy nhiên có nhiều di chứng như cứng gối, biến dạng gối. Gần đây các kĩ thuật kết hợp xương đã giúp nâng cao chất lượng điều trị gãy đầu xa xương đùi. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi ở người trưởng thành tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 36 bệnh nhân gãy đầu

xa xương đùi được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt - Đức từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ nắn chỉnh ổ gãy tốt và rất tốt trên phim X-Quang chiếm tỉ lệ 77,78%. 100% bệnh nhân liền xương tại thời điểm khám lại sau ít nhất 6 tháng. Kết quả chung tốt và rất tốt chiếm 58,33%. **Kết luận:** Gãy đầu xa xương đùi là loại gãy phức tạp và có xu hướng tăng cao theo sự gia tăng của tai nạn giao thông, tai nạn lao động ở Việt Nam. Điều trị phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi kết hợp với phục hồi chức năng mang lại hiệu quả cao.

**Từ khóa:** gãy đầu xa xương đùi, kết hợp xương, điều trị phẫu thuật

### SUMMARY

#### EVALUATION THE RESULTS OF FIXATION FOR ADULT DISTAL FEMUR FRACTURE

**Introduction:** Distal femur fracture is a complicated injury, commonly occurs due to daily accidents (traffic accidents or workplace accidents). Immobilization was traditionally applied, but causing

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Duy Thanh

Email: duongduythanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022

high rate of malfunction, dislocated knee. Bone fixation has been used recently with some reports of improved treatment quality. This study was done to assess the surgical result of distal femur fracture repair in adult at Viet Duc University Hospital. **Method:** Retrospective and prospective study on 36 patients with distal femur fracture operated at Viet Duc University Hospital from January 2017 to December 2018. **Result:** The rate of good and excellent union on femur radiography is 77,78%. 100% of the patients had proper union after 6 months. 58,33% had good and excellent outcomes. **Conclusion:** Distal femur fracture is a complicated injury and tends to increase with the increase of traffic and workplace accidents in Vietnam. Surgical treatment of distal femur fracture with rehabilitation may result in good outcomes.

**Keywords:** distal femoral fracture, bone fixation, surgical treatment

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu xa xương đùi là loại gãy phức tạp và thường gặp trong tai nạn hàng ngày. Theo AM Khan (2017) [1], tại Anh gãy đầu xa xương đùi chiếm 3-6% trong tổng số các gãy xương đùi ở người trưởng thành và chiếm 0,4% tổng số ca gãy xương. Trước năm 1970, điều trị gãy đầu xa xương đùi chủ yếu là điều trị bảo tồn có nhiều hạn chế như biến chứng do thời gian bất động kéo dài (loét tì đè, bội nhiễm phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới...), cứng duỗi gối, biến dạng khớp gối [2, 3]. Từ năm 1970 tới nay, nhờ sự phát triển của các phương tiện kết hợp xương và kĩ thuật mổ, cho phép cố định vững chắc ổ gãy và bệnh nhân được tập vận động sớm đã cho kết quả khả quan đối với điều trị phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi. Tuy vậy, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá vai trò của phẫu thuật này. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi ở người trưởng thành.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 36 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được phẫu thuật kết hợp xương đầu xa xương đùi tại khoa phẫu thuật chi dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

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

### 2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là gãy kín đầu xa xương đùi có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương

tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN dưới 16 tuổi. Gãy đầu xa xương đùi không có chỉ định phẫu thuật. Gãy xương bệnh lý. Gãy xương hở. Có đa chấn thương (chấn thương sọ não, chấn thương cột sống có liệt). BN có bệnh án nhưng không đến khám, kiểm tra lại.

### 2.4. Kĩ thuật

- Phẫu thuật kết hợp xương đầu xa xương đùi:  
+ Gây tê tùy sống, người bệnh nằm ngửa.  
+ Garo dồn máu, dùng garo hơi ở gốc đùi trong suốt quá trình mổ  
+ Rạch da đường ngoài 1/3 dưới đùi. Bộc lộ ổ gãy đầu xa xương đùi và mặt khớp  
+ Làm sạch các diện gãy, đặt lại xương và kết hợp xương đầu xa xương đùi bằng nẹp, vít.  
+ Bơm rửa nhiều lần, cầm máu kỹ, đặt 01 dẫn lưu vết mổ

+ Đóng vết mổ 3 lớp

### 2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân gây tai nạn, chi bị tổn thương.

- Đặc điểm lâm sàng: cơ năng, thực thể

- Đặc điểm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh: Phân loại gãy TLC và LLC trên hình ảnh XQ thẳng và nghiêng theo phân loại của AO/ASIF [4].

- Đánh giá & nhận định:

+ Đánh giá trong mổ: Kỹ thuật nắn chỉnh

+ Đánh giá kết quả gần: Khám định kỳ hàng tháng trong 6 tháng đầu. Đánh giá tình trạng vết mổ. XQ: Tình trạng liền xương, sự di lệch, biến dạng nếu có.

+ Đánh giá kết quả liền xương và mức độ nhiễm khuẩn. Theo phân loại của Larson – Bostman: Kết quả liền xương dựa trên phim XQ thẳng, nghiêng theo 4 mức độ.

- Rất tốt: Xương thẳng trục như bên lành. Liền da thì đầu.

- Tốt: Còn di lệch mở góc ra ngoài và ra trước <5° hoặc ra sau, vào trong <10°, ngắn chi <1cm. Liền da thì đầu.

- Trung bình: Còn di lệch gập góc và ngắn chi vượt quá mức trên. Nhiễm trùng nông.

- Kém: Giống tiêu chuẩn trung bình, kèm theo di lệch xoay. Nhiễm trùng sâu, lộ xương, viêm xương

+ Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối dựa vào bảng đánh giá kết quả PHCN khớp gối của Roy. Sanders (1991) [5] với các tiêu chí: triệu chứng đau khớp gối, khả năng gập gối và duỗi gối, biến dạng gập góc và ngắn chi, khả năng đi lại và lên cầu thang, khả năng trở lại làm việc.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua nghiên cứu 36 người bệnh được phẫu thuật kết hợp xương đầu xa xương đùi trong thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018 tại Bệnh viện Việt Đức chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của nhóm người bệnh nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của nhóm đối tượng nghiên cứu**

Biến	Phân loại	Số BN	%
Tuổi	16-30	13	36,11
	31-60	12	33,33
	>60	11	30,56
Giới	Nam	20	55,56
	Nữ	16	44,44
Nguyên nhân	Giao thông	26	72,22
	Lao động	8	22,22
	Sinh hoạt	2	5,56
Chi bị tổn thương	Phải	17	47,22
	Trái	18	50
	2 chân	1	2,78
Dấu hiệu lâm sàng	Đau chói	36	100
	Giảm/mất vận	36	100

	động	
	Lao xạo xương	11 / 30,5
	Sưng nề, bầm tím	34 / 95
	Biến dạng chi	36 / 100
Phân loại gãy đầu xa xương đùi theo AO/ASIF	Nhóm A	14 / 38,89
	Nhóm B	4 / 11,11
	Nhóm C	18 / 50

Từ bảng 3.1, chúng tôi thấy rằng tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là 45,36 ± 22,35. Trong đó tỷ lệ người bệnh ≥60 tuổi chiếm 30,56%. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 72,22% và gặp chủ yếu ở nam giới. Hầu hết các BN gãy kín đầu xa xương đùi đều có các đặc điểm lâm sàng của gãy xương nói chung: đau chói 100%, giảm hoặc mất vận động hoàn toàn chân gãy 100%, lạo xạo xương gãy 30%, sưng nề bầm tím quanh gối 95%, biến dạng chi, bàn chân đỏ ngoài 100%. Phân loại gãy xương nhóm A và C chiếm đa số (88,89%). Nhóm A có 14/36 BN (38,89%).

**3.2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả điều trị**

**Bảng 3.2. Sử dụng phương tiện kết xương theo các nhóm tuổi (n=36)**

Nhóm tuổi Loại phương tiện	16 – 60		Trên 60		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Vít xoắn	2	5,56	0	0	2	5,56
Đinh nội tủy	1	2,78	0	0	1	2,78
Nẹp DCP	1	2,78	2	5,56	3	8,33
Nẹp LCP	21	58,33	9	25	30	83,33
Tổng	25	69,44	11	30,56	36	100

Bảng 3.2 cho thấy nẹp LCP được sử dụng nhiều nhất trên lâm sàng với 30/36 BN chiếm tỉ lệ 83,33%

**Bảng 3.3. Kết quả, biến chứng sau mổ**

Biến	Phân loại	Số BN	%
<b>Kết quả gần</b>			
Tình trạng vết mổ	Liên da thì đầu	34	94,44
	Nhiễm trùng vết mổ nông	2	5,56
	Nhiễm trùng vết mổ sâu	0	0
Kết quả nắn chỉnh ổ gãy	Rất tốt – tốt	28	77,78
	Trung bình	8	22,22
	Kém	0	0
Tình trạng sẹo mổ	Tốt	36	100
<b>Kết quả xa</b>			
Kết quả liền xương	Rất tốt	36	100
Tập PHCN	Tại cơ sở y tế	28	77,78
	Tự tập tại nhà	8	22,22

Kết quả phục hồi chức năng khớp gối	Không đau	15	41,67
	Thỉnh thoảng đau hoặc khi thay đổi thời tiết	16	44,44
	Đau khi mệt mỏi	4	11,11
	Đau liên tục	1	2,78
Kết quả chung	Rất tốt và tốt	21	58,33
	Trung bình	11	30,56
	Kém	4	11,11

Từ bảng 3.3, chúng tôi thấy có 2 trường hợp bị nhiễm trùng nông vết mổ (5,56%). Những bệnh nhân này được tách chỉ, đắp gạc betadin và đều liền vết mổ sau đó. Trong tất cả các bệnh nhân khám lại không có trường hợp nào bị nhiễm trùng sâu (sau khi cắt chỉ, tách vết mổ thì vết mổ liền tốt). Kết quả nắn chỉnh ổ gãy: 28/36 BN được nắn chỉnh ổ gãy tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 77,78%, 8/36 BN đạt kết quả nắn chỉnh trung bình chiếm tỉ lệ 22,22%. Tình trạng sẹo mổ: Tất

cả bệnh nhân đều sẹo liền tốt đạt 100%. Về kết quả xa, 100% liền xương tại thời điểm khám lại sau ít nhất 6 tháng, không có trường hợp nào không liền hoặc khớp giả. Kết quả chung là tốt và rất tốt/ trung bình chiếm lần lượt 58,33% và 30,56%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung.** Tuổi trung bình cả nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $45.36 \pm 22,35$  tuổi. Qua số liệu này cho thấy, số BN ở lứa tuổi trẻ và trung niên, đang ở độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ đa số (69,44%). Kết quả này gần tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Quốc Huy (2003) (78,4%) [6], Vũ Văn Thuận (2015) là 80% [7].

Nguyên nhân gây kín đầu xa xương đùi chủ yếu do là do TNGT 26/36 BN (72,22%), tiếp đến các nguyên nhân khác như TNLD có 8/36 BN (22,22%); TNSH có 2/36 BN (5,56%). Tỷ lệ TNGT của chúng tôi tương đương với Nguyễn Huy Thành (2009) [8] là 80,3% và cao hơn so với các tác giả nước ngoài như Mize (1989) (58%) [9]. Khan AM (2017) (26,6%) [1]. Có lẽ đây là đặc thù TNGT quá phổ biến ở Việt Nam hiện nay. Có 10/36 BN có tổn thương phối hợp chiếm tỷ lệ 27,78%. Các thương tổn này chỉ có thể được phát hiện bằng cách thăm khám một cách hệ thống để tránh bỏ sót thương tổn một cách đáng tiếc.

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Phân loại gãy đầu xa xương đùi trên X-Quang: Nhóm A: có 14/36 BN (38,89%). Nhóm B: có 4/36 BN (11,11%). Nhóm C: có 18/36 BN (50%). Như vậy, nhóm A và C chiếm đa số trong số các gãy xương đầu xa xương đùi 32/35 BN chiếm tỷ lệ 88,89%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của các tác giả Pietu (2014) [10] nghiên cứu 183 BN gãy đầu xa xương đùi có tỷ lệ nhóm A và C là 84,2%. Khan. AM (2017) [1] nghiên cứu 124 BN gãy đầu xa xương đùi có tỷ lệ nhóm A và C là 69,4%.

**4.3. Kết quả điều trị.** Vấn đề lựa chọn phương tiện kết xương đối với gãy đầu xa xương đùi rất quan trọng đặc biệt đối với người già, gãy xương phức tạp. Nẹp khóa đầu dưới xương đùi (LCP) ngày càng được sử dụng nhiều hơn để cố định gãy đầu xa xương đùi với những kết quả rất khả quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi nẹp khóa đầu dưới xương đùi (LCP) được sử dụng cho 30/36BN ở tất cả các phân loại gãy xương chiếm tỷ lệ 83,34% và cho kết quả tốt. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của các tác giả Wenzhao Xing (2018) nghiên cứu 20 BN gãy đầu xa xương đùi được điều trị kết hợp

xương bằng nẹp khóa (LCP) có tỷ lệ liền xương là 95%, chức năng khớp gối đạt rất tốt ở 95% các trường hợp

Có 2 trường hợp bị nhiễm trùng nông vết mổ (5,56%). Những BN này được tách chỉ, đắp gạc betadin và đều liền vết mổ sau đó. Tỷ lệ nhiễm trùng của chúng tôi nghiên cứu được tương đương với các kết quả của các tác giả khác như Ruedi (1989) báo cáo 130 trường hợp gãy xương đùi với tỷ lệ nhiễm trùng là 6%; Loomer (1980) [13] báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng là 5,7%. (Để hạn chế tình trạng nhiễm trùng vết mổ cần sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ)

Có 28/36 bệnh nhân được nắn chỉnh ổ gãy tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 77,78%, 8/36 BN đạt kết quả nắn chỉnh trung bình chiếm tỉ lệ 22,22%. Điều này có thể lý giải là do trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN gãy phức tạp loại C chiếm đa số. Do đó việc kết hợp xương hoàn hảo khó đạt được.

Tất cả bệnh nhân đều liền xương tại thời điểm khám lại sau ít nhất 6 tháng, không có trường hợp nào không liền hoặc khớp giả. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả Vũ Văn Thuận (2015) [7].

Sự phục hồi khả năng vận động của khớp gối là một trong những mục đích cơ bản của phẫu thuật KHX điều trị gãy đầu xa xương đùi. Đây cũng là một vấn đề khó khăn nhất trong điều trị. Kết quả phục hồi chức năng chung trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tốt và rất tốt là 21/36 BN (58,33%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của các tác giả Đoàn Lê Dân (1998) với tỷ lệ tốt và rất tốt của ba nhóm là 23/48 BN (47.9%), Vũ Văn Thuận (2015) [7] có tỷ lệ tốt và rất tốt là 21/35 BN (60%). Điều này có thể lý giải do trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều BN tự tập PHCN tại nhà 8/36 BN (22,22%), số lượng BN gãy phức tạp lớn 18/36 BN (50%) và rơi vào nhóm BN cao tuổi.

#### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương đầu xa xương đùi bằng nẹp vít là phương pháp điều trị hiệu quả đặc biệt là ở những trường hợp gãy phức tạp. Mặt khác, phẫu thuật kết hợp với phục hồi chức năng sau mổ đem lại chức năng khớp gối tốt với thời gian theo dõi trên 6 tháng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akib Majed Khan,\* Quen Oat Tang, and Dominic Spicer (2017). The Epidemiology of Adult Distal Femoral Shaft Fractures in a Central London Major Trauma Centre Over Five Years. Open Orthop J.

2. **Cruees R.Land Dumont J.** (1975), Healing of bone, tendon and ligament, Philadelphia J.B Lippincott.
3. **Mooney V., Nickel V.L., Hearvey J.P and Snelson R.** (1970). Cast brace treatment for fracture of the distal part of the femur. J.Bone & joint surg 52A, 1560.
4. **Muller M.E.** (1987). AO classification of fractures of the distal femur. Newyork, Springer – Verlag, 33.
5. **Roy Sanders, MD.t, et al.** (1991). Double-Plating of Comminuted, Unstable Fractures of the Distal Part of the Femur. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 73-A, NO. 3, 341-346.
6. **Lê Quốc Huy** (2003). Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín phạm khớp đầu dưới xương đùi người lớn tại bệnh viện Việt Đức. Đại học Y Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ CKII, tr 12 – 15.
7. **Vũ Văn Thuận** (2015). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín trên và liên lồi cầu xương đùi ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Huy Thành** (2009). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi người lớn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y học.
9. **Mize R.D.** (1989). Surgical management of complex fractures of the distal femur. Clin. Orthop 243, pp.115-128.
10. **Pietu G., Lebaron M., Flecher X. et al.** (2014). Epidemiology of distal femur fractures in France in 2011-12. Orthop Traumatol Surg Res OTSR, 100(5), 545-548.

## KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI BẰNG NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú<sup>1</sup>, La Vĩnh Phúc<sup>2</sup>,  
Trần Minh Quân<sup>3</sup>, Nguyễn Trung Hiếu<sup>4</sup>

### CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the early results of the treatment of common bile duct (CBD) stones in elderly patients by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). **Materials and Methods:** A prospective, clinical interventional study on 97 patients with CBD stones treated by ERCP from October 2020 to September 2021 at Can Tho General Hospital. **Results:** The mean age was 73.22 ± 9.72 years. The successful rate of cannulation was 93.81%. The mean procedure time was 34.54 ± 7.15 minutes (20 – 60 minutes). The rate of stone clearance was 80.41%. The rate of postprocedure complications was 7.22%. **Conclusion:** Treatment of CBD stones in elderly patients by ERCP is a mini-invasive, safe, effective procedure with high rate of success and stone clearance, low rate of complications.

**Keywords:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), common bile duct (CBD) stone, elderly patient.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ là bệnh lý ngoại khoa khá phổ biến, tần suất bệnh tăng dần theo tuổi [8]. Hiện nay, điều trị sỏi ống mật chủ vẫn còn nhiều phương pháp như mổ mở, phẫu thuật nội soi, nội soi mật tụy ngược dòng, lấy sỏi mật qua da. Mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng [2], [4], [8]. Bệnh nhân cao tuổi thường có bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo do đó làm tăng nguy cơ khi can thiệp thủ thuật, phẫu thuật [2],

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm điều trị sỏi ống mật chủ (OMC) ở bệnh nhân (BN) cao tuổi bằng nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND). **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng trên 97 bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán sỏi ống mật chủ điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng từ 10/2020 đến 09/2021 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ (BVĐKTPCT). **Kết quả:** Tuổi trung bình là 73,22 ± 9,72 tuổi. Tỷ lệ thông nhú thành công 93,81%. Thời gian thực hiện kỹ thuật trung bình là 34,54 ± 7,15 phút (20 - 60 phút). Tỷ lệ lấy sạch sỏi là 80,41%. Tỷ lệ biến chứng sau kỹ thuật là 7,22%. **Kết luận:** Điều trị sỏi OMC ở bệnh nhân cao tuổi bằng nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND), sỏi ống mật chủ, bệnh nhân cao tuổi.

### SUMMARY

#### EARLY RESULTS OF THE TREATMENT OF COMMON BILE DUCT STONES IN ELDERLY PATIENTS BY ENDOSCOPIC RETROGRADE

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện ĐKTP Cần Thơ

<sup>4</sup>Hội Gan mật Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu67@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 1.11.2022