

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Việt Đức (2018)**, Bảng kiểm quy trình dùng thuốc cho người bệnh.
2. **Chu Anh Văn (2013)**, Thực trạng chăm sóc dinh dưỡng của Điều dưỡng viên các khoa lâm sàng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013.
3. **Dương Thị Bình Minh (2012)**, Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị năm 2012.
4. **Phạm Thị Loan và cộng sự (2006)**, "Khảo sát thực trạng giao tiếp của điều dưỡng, nữ hộ sinh và kỹ thuật viên tại bệnh viện C Thái Nguyên", Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, Hà Nội, tr. 169-175.
5. **Chu Văn Long**, Thực trạng thực hiện 6 đúng trong an toàn sử dụng thuốc cho người bệnh, Sinh hoạt chuyên môn Bệnh viện Việt Đức.

## KẾT QUẢ UNG BƯỚU SAU ĐIỀU TRỊ BƯỚU ĐẠI BÀO ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT ĐOẠN XƯƠNG MANG BƯỚU VÀ GHÉP CHỖM XƯƠNG MÁC TỰ THÂN KHÔNG CÓ CUỐNG MẠCH MÁU KÈM TÁI TẠO DÂY CHẰNG QUAY TRỤ DƯỚI

Nguyễn Văn Hiến\*, Lê Chí Dũng\*,  
Diệp Thế Hòa\*, Đoàn Long Vân\*, Lê Văn Thọ\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tái phát, hóa ác, di căn và tử vong sau điều trị bướu đại bào đầu dưới xương quay (BĐBĐDXQ), bằng phương pháp phẫu thuật cắt đoạn xương mang bướu, ghép chỏm xương mác tự thân không có cuống mạch, kèm tái tạo dây chằng khớp quay trụ dưới bằng gân cơ gan tay dài. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, chọn toàn bộ 50 bệnh nhân, từ 18 tuổi trở lên bị BĐBĐDXQ được phẫu thuật cắt đoạn xương mang bướu, ghép chỏm xương mác tự thân không có cuống mạch, kèm tái tạo dây chằng khớp quay trụ dưới bằng gân cơ gan tay dài tại Khoa Bệnh học Cơ xương khớp bệnh viện Chấn Thương chỉnh hình TpHCM từ tháng 1/2010-6/2020. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là  $33,4 \pm 8,7$  tuổi, nữ chiếm 42%. Có 28% bệnh nhân có kích thước bướu >5cm, 4% có gãy xương bệnh lý, 100% có X quang ở độ 3, 4% bị tái phát sau nạo bướu ghép xương kèm xi măng lần trước, 48% bướu ở tay thuận. Trung bình thời gian theo dõi sau phẫu thuật là  $51,9 \pm 27,9$  tháng. Kết quả cho thấy tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật là 4% và không có trường hợp nào hóa ác, di căn hoặc tử vong. Không có mối liên quan giữa tuổi, giới tính, tái phát trước phẫu thuật, kích thước bướu, gãy xương bệnh lý, tay thuận bị bướu với tái phát sau phẫu thuật ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** tỉ lệ tái phát sau điều trị BĐB đầu dưới xương quay thấp, chưa tìm thấy trường hợp bị hóa ác, di căn hay tử vong.

**Từ khóa:** Bướu đại bào, đầu dưới xương quay

\**Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh hình, Tp.HCM*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hiến

Email: bshientctch@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2021

Ngày duyệt bài: 17.3.2021

## SUMMARY

### THE ONCOLOGY RESULTS AFTER TREATMENT GIANT CELL TUMORS OF THE DISTAL RADIUS BY EN BLOC RESECTION AND RECONSTRUCTION BY NON-VASCULARISED PROXIMAL FIBULAR AUTOGRAFT WITH DISTAL RADIOULNAR LIGAMENT RECONSTRUCTION

**Objectives:** To determine the rate of recurrence, malignancy, metastasis and death after the distal radius by en bloc resection and reconstruction by non-vascularised proximal fibular autograft with distal radioulnar ligament reconstruction by palmaris longus tendon. **Methods:** We conducted a non-control intervention study, selected all 50 patients, aged 18 years and or older with giant cell tumors of the distal radius treated by en bloc resection and reconstruction by non-vascularised proximal fibular autograft with distal radioulnar ligament reconstruction by palmaris longus tendon at Faculty of Musculoskeletal Pathology of Ho Chi Minh City Hospital of Trauma and Orthopedics from January 2010 to June 2020. **Results:** The mean age of all the included patients was  $33.4 \pm 8.7$  years, and 42% of female. There were 28% of patients with tumor size > 5cm, 4% pathological fractures before surgery, 100% radiographs at grade 3, 4% preoperative recurrence, 48% dominant hand affected. Average follow-up time after surgery was  $51.9 \pm 27.9$  months. The results showed that the recurrence rate after surgery was 4% and there were no cases of malignancy, metastasis or death. Besides, the results found no relationship between age group, sex, postoperative recurrence, tumor size, pathological fracture, goiter and ( $p > 0.05$ ). There was no relationship between age group, sex, preoperative recurrence, tumor calibrator, pathological fracture, dominant hand affected and recurrence after surgery ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** The rate of recurrence after surgery is low, with no cases of malignancy, metastasis or death.

**Keywords:** Giant cell tumor of bone, distal radius

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BĐBĐDXQ chiếm khoảng 10% của BDB xương, đây là vị trí phổ biến thứ 3 sau đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày [1]. Điều trị BĐBĐDXQ có tỷ lệ tái phát và có khả năng xâm lấn vào các mô xung quanh hơn và di căn hơn các nơi khác. Điều trị phẫu thuật BĐBĐDXQ vẫn đang còn nhiều tranh cãi vì nguy cơ tái phát bù đắp sự giới hạn chức năng do cắt đoạn xương mang bướu. Hầu hết các nghiên cứu cho rằng các bướu có X quang độ 1,2 theo phân độ của Campanacci có thể nạo bướu, trong khi đó cắt rộng bướu được cân nhắc cho bướu độ 3[7].

Hiện nay, trong điều trị BĐBĐDXQ, chủ yếu dùng 2 phương pháp nạo bướu ghép xương và cắt đoạn xương mang bướu. Phương pháp nạo bướu ghép xương có tỉ lệ tái phát cao từ 25 – 80%[8], do đó cần phải mở rộng bờ nạo bằng máy mài cao tốc kết hợp với các phương pháp điều trị hỗ trợ (nitrogen lỏng, phenol, xi măng). Tuy nhiên, do chỉ có cơ sụn vuông ở mặt trước, nên khi bướu phá vỡ vỏ xương ra bên ngoài thì việc cắt nạo bướu sẽ khó lấy hết bướu. Bên cạnh đó, BĐBĐDXQ có tính xâm lấn hơn các nơi khác do đó khả năng tái phát cao. Đối với cắt đoạn xương mang bướu có ưu điểm ít tái phát hơn. Tuy nhiên, phương pháp cắt rộng bướu có hạn chế về chức năng như giảm tầm vận động của khớp quay cổ tay và quay trụ dưới, có nhiều biến chứng liên quan đến phẫu thuật, giảm chức năng theo thời gian và thoái hóa khớp.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm cung cấp thêm thông tin về kết quả ung bướu sau phẫu thuật cắt đoạn xương mang bướu, ghép chỏm xương mác tự thân không có cuống mạch, kèm tái tạo dây chằng khớp quay trụ dưới bằng gân cơ gan tay dài trong điều trị bệnh nhân BĐBĐDXQ quay tại Khoa Bệnh học Cơ xương khớp, Bệnh viện Chấn thương Chính hình Tp.HCM.

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tái phát, hóa ác, di căn và tử vong sau điều trị BĐBĐDXQ, bằng phương pháp phẫu thuật cắt đoạn xương mang bướu, ghép chỏm xương mác tự thân không có cuống mạch, kèm tái tạo dây chằng khớp quay trụ dưới bằng gân cơ gan tay dài tại Khoa Bệnh học Cơ xương khớp, Bệnh viện Chấn thương Chính hình Tp.HCM từ tháng 1/2010-6/2020.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** 50 bệnh nhân BĐBĐDXQ điều trị tại Khoa Bệnh học

Cơ- Xương- Khớp Bệnh viện Chấn thương Chính hình TP. Hồ Chí Minh từ 01/2010- 6/2020.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** tất cả các bệnh nhân BĐBĐDXQ, được phẫu thuật cắt đoạn xương mang bướu kèm ghép xương mác tự thân không có cuống mạch và tái tạo dây chằng khớp quay trụ dưới bằng gân cơ gan tay dài, tại Khoa Bệnh học Cơ- Xương- Khớp Bệnh viện Chấn thương Chính hình TP. Hồ Chí Minh từ 01/2010- 06/2020.

**Tiêu chuẩn loại ra:** bệnh nhân dưới 18 tuổi, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Thu thập, nhập liệu và phân tích số liệu:** Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân. Nhập liệu bằng Excel 2010 và phân tích bằng phần mềm Stata 13.0.

Thống kê mô tả với biến định tính là tần số (n), tỉ lệ (%), với biến định lượng là trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC), nhỏ nhất (NN), lớn nhất (LN). Dùng biểu đồ Kaplan-Meier để mô tả tỉ lệ sống còn không tái phát theo thời gian từ sau phẫu thuật đến thời điểm kết thúc nghiên cứu 30/6/2020.

Thống kê phân tích, dùng kiểm định chính xác Fisher để phân tích mối liên quan giữa tái phát sau phẫu thuật với nhóm tuổi, giới tính, tái phát trước phẫu thuật, kích thước bướu, gãy xương bệnh lý và tay thuận bị bướu với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Vấn đề y đức:** Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều tình nguyện và các thông tin của từng bệnh nhân được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu cũng đã được thông qua hội đồng y đức của Đại học Y Dược Tp.HCM theo quyết định số 449/HĐĐĐ-ĐHYD.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n=50)**

Các đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<b>Tuổi</b> (TB ± ĐLC, NN-LN)	33,4 ± 8,7 (19-59)	
≤33 tuổi	29	58,0
>33 tuổi	21	42,0
<b>Giới tính</b>		
Nữ	21	42,0
Nam	29	58,0
<b>Kích thước bướu (cm)</b> (TB ± ĐLC, NN-LN)	4,1 ± 1,5 (2,7-10,5)	
≤5 cm	36	72,0
>5 cm	14	28,0
<b>Gãy xương bệnh lý</b>		
Có	2	4,0
Không	48	96,0

Độ X quang		
Độ 1-2	0	0
Độ 3	50	100,0
Tái phát trước phẫu thuật		
Có	2	4,0
Không	48	96,0
Tay thuận bị bướu		
Có	24	48,0
Không	26	52,0

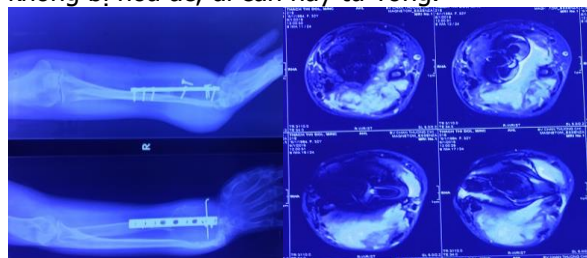
Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là  $33,4 \pm 8,7$  tuổi, nữ chiếm 42%. Có 28% có kích thước bướu >5cm, có 2 bệnh nhân (4%) bị gãy xương bệnh lý trước phẫu thuật, 100% có X quang ở độ 3, có 2 bệnh nhân bị tái phát trước phẫu thuật do nạo bướu ghép xương kèm xi măng lần trước, 48% bướu ở tay thuận.

**Kết quả về ung bướu**

**Bảng 2: Kết quả ung bướu sau phẫu thuật**

Kết quả ung bướu sau phẫu thuật	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tái phát	2	4,0
Điều trị sau tái phát (n=2)		
Đoạn chi 1/3 trên cẳng tay	1	50,0
Cắt bỏ khối tái phát	1	50,0
Hóa ác / di căn/ tử vong	0	0

Trong 2 trường hợp tái phát sau phẫu thuật, 1 trường hợp được đoạn chi 1/3 trên cẳng tay, 1 trường hợp cắt bỏ khối tái phát trong phần mềm. Tất cả các bệnh nhân sau điều trị đều không bị hóa ác, di căn hay tử vong.



**Hình 1. Tái phát sau phẫu thuật 47 tháng**

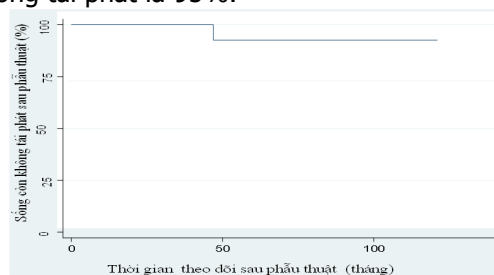
**Thời gian theo dõi và thời gian tái phát**

**Bảng 3: Thời gian theo dõi và thời gian tái phát (n=50)**

	Số ca (%)	TB±ĐLC
Thời gian theo dõi (tháng)	50 (100,0)	51,9 ± 27,9
Thời gian sống còn không tái phát sau phẫu thuật (tháng)	48 (96,0)	51,0±27,8
Thời gian sống còn tái phát sau phẫu thuật (tháng)	2 (4,0)	47 ± 0

Trung bình thời gian theo dõi bệnh nhân là  $51,9 \pm 27,9$  tháng. Thời gian sống còn không tái phát sau phẫu thuật là  $51,0 \pm 27,8$  tháng, với tỉ lệ

không tái phát là 95%.



Thời gian tái phát: TB±ĐLC=  $47 \pm 0$  tháng

**Biểu đồ 1. Kaplan-Meier sống còn không tái phát sau phẫu thuật**

Trung bình thời gian sống còn tái phát là 47,0 tháng.

**Mối liên quan của tái phát sau phẫu thuật với các đặc điểm của mẫu nghiên cứu**  
**Bảng 4. Mối liên quan của tái phát sau phẫu thuật với các đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n=50)**

Các yếu tố	Tái phát		p*
	Có n (%)	Không n (%)	
Nhóm tuổi			
≤33 tuổi	1 (3,5)	28 (96,5)	1,00
>33 tuổi	1 (4,8)	20 (95,2)	
Giới tính			
Nữ	1 (4,8)	20 (95,2)	1,00
Nam	1 (3,5)	28 (96,5)	
Tái phát trước phẫu thuật			
Có	0 (0,0)	2 (100,0)	1,00
Không	2 (4,2)	46 (95,8)	
Kích thước bướu			
≤5 cm	2 (5,6)	34 (94,4)	1,00
>5 cm	0 (0,0)	14 (100,0)	
Gãy xương bệnh lý			
Có	0 (0,0)	2 (100,0)	1,00
Không	2 (4,2)	46 (95,8)	
Tay thuận bị bướu			
Có	2 (8,0)	23 (92,0)	0,49
Không	0 (0,0)	25 (100,0)	

\*Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả phân tích cho thấy không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, tái phát trước phẫu thuật, kích thước bướu, gãy xương bệnh lý, tay thuận bị bướu với tái phát sau phẫu thuật ( $p > 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1 Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu.**

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là  $33,4 \pm 8,7$  tuổi. Kết quả này phù hợp với nhiều y văn, cho thấy BDB xương thường xảy ra ở xương người trưởng thành, lứa tuổi 30- 40 [4],[7]. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi cho thấy nữ chiếm 42%, bệnh nhân có kích

thước bấu trên 5cm là 28%, toàn bộ bệnh nhân đều có X quang độ 3, 4% bị gãy xương bệnh lý trước phẫu thuật, 4% bị tái phát trước phẫu thuật do nạo bấu ghép xương kèm xi măng lần trước và 48% bị bấu ở tay thuận.

#### 4.2 Kết quả về ung bấu học

**Tái phát.** Có nhiều phương pháp điều trị BDB ĐDXQ như nạo bấu có ghép xương hoặc xi măng, phương pháp này giúp giữ được chức năng khớp nhưng tỉ lệ tái phát cao. Theo nghiên cứu của Liu và cộng sự (2012) phân tích tổng hợp 6 bài báo có liên quan gồm 80 ca nạo bấu và 59 ca cắt xương quay mang bấu với tỉ lệ tái phát lần lượt là 31% (25/80 trường hợp) và 7% (4/59 trường hợp), nghiên cứu này cho thấy nạo bấu là phương pháp điều trị cho bấu ở giai đoạn 1,2. Đối với giai đoạn 3 tỉ lệ tái phát sau nạo bấu cao gấp 5 lần so với cắt đoạn xương mang bấu [4].

Nghiên cứu của Theresa và cộng sự (2012) thực hiện phân tích tổng hợp 6 báo cáo với 141 trường hợp, trong đó tỉ lệ tái phát cắt đoạn xương mang bấu là 8% (5/60 trường hợp) và 31% khi nạo bấu (25/ 81 trường hợp). Các bệnh nhân được nạo bấu phải được tư vấn về nguy cơ tái phát tại chỗ và có khả năng phẫu thuật cắt đoạn xương mang bấu như là phương pháp phẫu thuật bảo tồn chi. Đối với thầy thuốc lâm sàng chỉ thực hiện nạo bấu khi lợi ích về chức năng phải cao hơn so nguy cơ tái phát và khả năng phẫu thuật [7].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng và cộng sự (2005) cho thấy tỉ lệ tái phát của bấu tùy theo phương pháp điều trị như phương pháp cắt nạo bấu và ghép xương có tỉ lệ tái phát cao nhất 21% (5/24), nếu kết hợp đổ xi măng sau nạo bấu thì tái phát giảm còn 7% (5/67), phương pháp có tỉ lệ tái phát ít nhất là cắt rộng bấu kèm ghép xương và kết hợp xương 5% (6/114) và đoạn chi 1/18 (5%) [2].

Phẫu thuật cắt rộng bấu vùng đầu dưới xương quay thường khó khăn do mô mềm xung quanh ít, gân đầu dưới xương trụ, các xương cổ tay và các cấu trúc thần kinh, mạch máu, gân và bấu hay phá vỡ vỏ xương ra bên ngoài. Các tác giả thường chọn đường mổ phía sau hoặc phía trước (đường Henry) hoặc kết hợp đường mổ phía trước với đường mổ nhỏ phía sau, phương pháp này hơi khó khăn khi cắt rộng bấu, đặc biệt là vào khớp quay trụ dưới. Do đó chúng tôi sử dụng đường mổ vào cổ tay ở mặt lòng vì nhận thấy có nhiều ưu điểm như dễ mở rộng đường mổ lên phía trên và dưới, dễ dàng cắt bao khớp và dây chằng quay cổ tay ở phía trước và dây chằng khớp quay trụ dưới, nên hạn chế

nguy cơ vỡ bấu khi cắt đoạn xương mang bấu, vị trí đặt nẹp kết hợp xương sinh lý, ít có nguy cơ tổn thương nhánh gan tay của thần kinh giữa. Tuy nhiên, đường mổ này cũng gặp khó khăn khi cắt các mạc giữ gân duỗi, đặc biệt ngăn 2,3,4,5. Trong hợp đó, để hạn chế tổn thương các gân duỗi và nguy cơ vỡ bấu chúng tôi cố lập bao khớp sau với các gân duỗi và cắt bao khớp sau giúp dễ dàng cắt các mạc giữ gân duỗi còn lại. Nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp bấu quá lớn (10,5cm) để hạn chế nguy cơ vỡ bấu, chúng tôi đã mở thêm 1 đường mổ nhỏ phía sau để cắt các mạc giữ gân duỗi và bao khớp sau.

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật là 4% (2/50), với thời gian theo dõi trung bình là 51,9 tháng. Kết quả này thấp hơn so nghiên cứu của Chung và cộng sự (2012) với thời gian theo dõi trung bình là 6,26 năm, tỉ lệ tái phát là 8,3% (1/12) [3] điều này có thể là do thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi 2 trường hợp tái phát đều xảy ra ở tháng 47 sau phẫu thuật, trong đó 1 trường hợp được đoạn chi 1/3 trên cẳng tay do bấu quá lớn, 1 trường hợp cắt bỏ khối bấu.

**Hóa ác.** Hóa ác của BDB xương sau phẫu thuật là rất hiếm. Hóa ác của BDB xương thường phổ biến sau xạ trị và bấu được tạo thành hay gặp là sarcom sợi và bấu ác mô bào sợi. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng và cộng sự (2005) cho thấy tỉ lệ hóa ác chiếm 0,4% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận có trường hợp nào hóa ác sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Rock và cộng sự đã báo cáo về sarcom thứ phát ở vị trí của BDB xương hoặc gần với BDB xương. Trong 19 ca hóa ác, đã có 18 ca được xạ trị trước đó, thời gian hóa ác sau điều trị BDB xương là 4 đến 40 năm. Hầu hết các bấu chuyển thành sarcom sợi, 1 số thành sarcom xương loại nguyên bào sợi và thành sarcom xương loại nguyên bào xương trong 4 trường hợp. Chỉ có trường hợp biến thành sarcom sợi độ III, sau 20 năm nạo bấu ghép xương [5].

**Di căn và tử vong.** BDB xương mặc dù được xếp vào loại lành tính nhưng hay xâm lấn tại chỗ và có khả năng di căn. Sự di căn của một bấu như vậy được cho là rất hiếm. Theo nghiên cứu của Liu và cộng sự (2012) cho thấy BDBĐDXQ di căn phổi chiếm 0- 7%, chúng thường di căn đến phổi và có thể gây tử vong nhưng rất hiếm. Ngoài ra, BDB xương di căn não, thận, tuyến thượng thận, đường tiêu hóa, các xương khác và da đã được báo cáo [4]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng thì có 4%

(1/225) trường hợp di căn phổi sau khi hóa ác thành Sarcôm xương[2].

Hầu hết các trường hợp di căn được phát hiện trong vài năm sau chẩn đoán, mặc dù di căn có thể không tìm thấy trong 10 năm hoặc hơn. Một số tác giả cho rằng di căn là do phẫu thuật viên gây gieo rắc tế bào bướu vào mạch máu và phổi khi phẫu thuật ban đầu. Tuy nhiên, một số trong trường hợp trong y văn đã cho thấy các tổn thương ở phổi được phát hiện đồng thời hoặc ngay cả trước khi phát hiện bướu nguyên phát. Theo Rock và Campanna có vẻ hợp lý hơn về khả năng gieo rắc tế bào bướu lúc phẫu thuật là do áp lực tại chỗ làm cho tế bào bướu đi vào xoang tĩnh mạch của nền bướu do nạo, mài và hoặc di căn là kết quả xâm lấn ban đầu của bướu nguyên phát như được chứng minh bởi giai đoạn của bệnh và có lẽ về kiểu gen của tế bào[6]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp BDB xương di căn hoặc tử vong, có lẽ do thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tái phát sau điều trị BDB đầu dưới xương quay là 4%, không có trường hợp bị hóa ác, di căn hay tử vong. Cần có nghiên cứu thực hiện với thời gian theo dõi lâu hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Chí Dũng (2003)**. Bướu xương: Lâm sàng- Hình ảnh Y học- Giải phẫu bệnh và Điều trị,
2. Nguyễn Văn Thắng, Lê Chí Dũng (2005) "Điều trị bướu đại bào xương". Tạp chí Y học Tp.HCM, vol.9, phụ bản số 1, tr. 155-161.
3. **Chung DW, Han CS, Lee JH, Lee SG (2012)** "Outcomes of wrist arthroplasty using a free vascularized fibular head graft for enneking stage ii giant cell tumors of the distal radius". Microsurgery, doi 10.1002/micr, pp.1-7.
4. **Liu YP, Li KH, Sun BH (2012)** "Which Treatment is the Best for Giant Cell Tumors of the Distal Radius? A Meta-analysis.". Clin Orthop Relat Res, 470, 2886-2894.
5. **Rock MG, Pritchard DJ, Unni KK (1984)** "Metastases from histologically benign giant-cell tumor of bone". The Journal of Bone and Joint surgery, 66(2), 269-274.
6. **Rock MG, Campanna R (1993)** "The treatment of giant cell tumor of bone". advances in operative orthopedics, Mosby- yearbook inc, St Louis, 1, pp.367-390.
7. **Theresa J.C. Pazonis, Hussain Alradwan (2013)** "A Systematic Review and Meta-Analysis of En-Bloc vs Intralesional Resection for Giant Cell Tumor of Bone of the Distal Radius". The Open Orthopaedics Journal, 7, 103-108.
8. **Vander Griend RA, Funerburk CH (1993)** "The treatment of giant cell tumors of the distal part of the radius". JBJS, 75A(6), 899- 908.

## NGHIÊN CỨU TỶ LỆ MANG KHÁNG THỂ KHÁNG VIÊM GAN VI RÚT A VÀ E TRONG HUYẾT THANH CỦA NHÂN VIÊN HẬU CẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Tuấn\*, Lê Thanh Sơn\*,  
Nguyễn Thị Duyên\*, Nguyễn Thị Thắm\*

### TÓM TẮT

Tiến hành nghiên cứu tỷ lệ mang kháng thể kháng vi rút viêm gan A (HAV) sau đây gọi là kháng thể viêm gan A và vi rút viêm gan E (HEV) trong huyết thanh ở nhân viên hậu cần đang làm việc tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 cho thấy: Tỷ lệ có anti-HAV IgG dương tính chung cho các nhóm đối tượng trên là 59,25%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 73,68%; Nhóm nhân viên lái xe là 50,0%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 52,63%. Tỷ lệ có anti-HAV IgM dương tính chung cho nhóm đối tượng trên là 2,77%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 5,26%; Nhóm nhân

viên lái xe là 3,12%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 0%. Tỷ lệ có anti-HEV IgG dương tính chung cho nhóm đối tượng trên là 16,66%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 26,31%; Nhóm nhân viên lái xe là 18,75%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 5,26%. Tỷ lệ có anti-HEV IgM dương tính chung cho nhóm đối tượng trên là 1,85%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 2,63%; Nhóm nhân viên lái xe là 0%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 2,63%.

**Từ khóa:** Viêm gan A, E

### SUMMARY

**RESEARCH ON THE RATE OF CARRYING ANTI-ANTIBODIES TO HEPATITIS A VIRUS (HAV) AND HEPATITIS E VIRUS (HEV) IN SERUM IN LOGISTICS STAFF WORKING AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL**

Research on the rate of carrying anti- antibodies to hepatitis A virus (HAV) and hepatitis E virus (HEV) in serum in logistics staff working at 108 Central Military

\*Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tuấn

Email: Ngthtuan1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2021

Ngày duyệt bài: 18.3.2021