

Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh và một số yếu tố liên quan năm 2019", Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Đại học Thăng Long, Hà Nội.

5. **Cole JB, Florez JC (2020)**, "Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications", Nat Rev Nephrol, 16(7):377-390. doi: 10.1038/s41581-020-0278-5. Epub 2020 May 12. PMID: 32398868.
6. **Nguyễn Hải Thuỷ (2000)**. "Khảo sát HbA1c

huyết tương của bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Trung ương Huế", Kỷ yếu toàn văn công trình nghiên cứu khoa học nội tiết và rối loạn chuyển hoá, NXBYH, Hà Nội:411-417.

7. **Phạm Thị Hồng Hoa (2009)**, Nghiên cứu kết quả kiểm soát một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 được quản lý điều trị ngoại trú, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẠI ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Nguyễn Thị Thu Hường¹, Vũ Thanh Huyền², Đỗ Huyền Nga³

TÓM TẮT

Điều trị u lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá phụ thuộc vào thể mô bệnh học, giai đoạn bệnh và biến chứng. Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 87 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá, điều trị tại khoa Nội Hệ tạo huyết Bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 8/2022. Phương pháp điều trị được áp dụng: phẫu thuật (2,3%), điều trị Helicobacter Pylori (3,4%), hoá trị (57,5%), xạ trị (1,1%), phẫu thuật phối hợp hoá trị (35,6%). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 75,3%, đáp ứng một phần 11,8%, bệnh tiến triển 12,9%. PFS tại thời điểm 1 năm và 3 năm tương ứng là 85,4% và 80,9%. OS tại thời điểm 1 năm và 3 năm tương ứng là 82,2% và 78,9%. Các yếu tố ảnh hưởng không thuận lợi đến kết quả thời gian sống toàn bộ 3 năm bao gồm: sự tăng cao $\beta 2M$ (87,4% vs 69,1%, $p=0,028$), u tại thực quản và nhiều vị trí (0% và 65,6% vs 80,8% ở dạ dày và 89,1% ở ruột, $p=0,01$), không đạt đáp ứng hoàn toàn sau điều trị (35,4% vs 98%, $p<0,001$). Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa nhóm phẫu thuật hoặc không phẫu thuật. **Từ khoá:** U lympho không Hodgkin, đường tiêu hoá

SUMMARY

RESULTS OF GASTROINTESTINAL NON - HODGKIN LYMPHOMA TREATMENT

Treatment of gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma depends on pathologic features, stage and gastrointestinal complications. A descriptive study was conducted on 87 patients with gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma, treated at the Department of Hematologic oncology department, K Hospital from May 2019 to August 2022. Procedure of treatment: surgery (2.3%), anti Helicobacter pylori (3.4%), chemotherapy (57.5%), radiation therapy (1.1%),

surgery and chemotherapy (35.6%). Complete response rate was 75.3%, partial response rate was 11.8%, progression disease rate was 12.9%. PFS at 1 year and 3 years were 85.4% and 80.9%, respectively. OS at 1 year and 3 years were 82.2% and 78.9%, respectively. The adversely factors affected on the 3 years overall survival: elevated $\beta 2M$ (87.4% vs 69.1%, $p=0.028$), tumors in esophagus and multiple sites (0% and 65.6% vs 80.8% (stomach) and 89.1% (intestine), $p=0.01$), no complete response after treatment (35.4% vs 98%, $p<0.001$). There was no difference OS between operation or non-operation

Keywords: Gastrointestinal tract, non-Hodgkin lymphoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá là vị trí thường gặp nhất của U lympho không Hodgkin biểu hiện ngoài hạch.¹ Đây là nhóm bệnh lý không đồng nhất, đặc điểm lâm sàng đa dạng tùy thuộc vào vị trí tổn thương. Về chẩn đoán, bên cạnh các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thông thường của u lympho không Hodgkin, việc nội soi toàn bộ ống tiêu hóa để tầm soát tất cả các vị trí tổn thương đóng vai trò quan trọng. U lympho ác tính không Hodgkin đường tiêu hoá có thể xảy ra các biến chứng trong quá trình điều trị như thủng, xuất huyết, tắc hoặc bán tắc ruột. Chính vì vậy, điều trị u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hoá cần quan tâm đến nguy cơ xảy ra các biến chứng này.^{2,3}

Điều trị u lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá phụ thuộc vào thể mô bệnh học và giai đoạn bệnh, các phương pháp điều trị có thể áp dụng bao gồm: hoá chất, miễn dịch, xạ trị, rất ít vai trò của phẫu thuật (chỉ phẫu thuật khi bệnh nhân có biến chứng tắc ruột, thủng, xuất huyết đường tiêu hoá).

Một số nghiên cứu trên Thế giới cho thấy 90% u lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá là tế bào B, rất hiếm gặp tế bào T; thể mô bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hường

Email: nguyenthuong.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

học thường gặp u lympho lan toả tế bào B lớn, thể MALT, hoặc thể áo nang.⁴ Tại Việt Nam rất ít các nghiên cứu được thực hiện đánh giá đặc điểm của nhóm bệnh lý này. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hoá.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Tám mươi bảy bệnh nhân chẩn đoán xác định u lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá bằng bệnh phẩm sinh thiết tại đường tiêu hoá qua nội soi tiêu hóa hoặc sau phẫu thuật đường tiêu hóa, điều trị tại khoa Nội hệ tạo huyết bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 8/2022, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Chúng tôi loại trừ các trường hợp: có tổn thương đường tiêu hóa nhưng bệnh phẩm sinh thiết tại vị trí khác, u lympho tái phát, có nguy cơ tử vong cao do các bệnh mạn tính phối hợp, bệnh nhân từ chối điều trị, bỏ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh
- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Thu thập số liệu dựa trên thông tin trong hồ sơ bệnh án lưu trữ
- Thông tin cần thu thập:
 - + Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, thời gian diễn biến bệnh, chỉ số toàn trạng theo ECOG, vị trí tổn thương, thể mô bệnh học, tình trạng Ki67, giai đoạn bệnh theo Lugano, điểm tiền lượng).
 - + Đánh giá tỷ lệ đáp ứng theo tiêu chuẩn Lugano, kết quả thời gian sống không bệnh, thời gian sống toàn bộ (trung vị, tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm).
 - Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt giữa các biến định tính giữa 2 nhóm bằng test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$. Đánh giá sống thêm theo phương pháp Kaplan Meier có kiểm định Log rank test.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học trường ĐHYHN, quyết định số 2503 ngày 08 tháng 07 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu. Từ tháng 5/2019 đến tháng 8/2022, 87 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tại đường tiêu hóa đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	%
----------	--------------	---

Tuổi	<30	1	1,1
	≥30-50	27	31,0
	≥50- 70	52	59,8
	≥ 70	7	8,0
Giới	Nam	49	56,3
	Nữ	38	43,7
ECOG	0-1	62	71,3
	2	25	28,7
Hội chứng B		41	47,1
Thiếu máu		32	36,8
Tăng LDH		7	8,0
Tăng β2M		55	63,2
Vị trí u	Thực quản	1	1,1
	Dạ dày	48	55,2
	Đại tràng	18	20,7
	Trực tràng	3	3,4
	Ruột non	7	8,0
	Nhiều vị trí	10	11,5
Biến chứng		31	35,6
	Xuất huyết tiêu hóa	13	41,9
	Bán tắc/ tắc ruột	12	38,7
	Thủng tạng	1	3,2
Thời điểm xảy ra biến chứng	Hẹp môn vị	5	16,1
		29	93,5
	Trong điều trị	2	6,5
Thể mô bệnh học			
Tế bào B*		81	93,1
	DLBCL N-GCB	32	39,5
	DLBCL GCB	22	27,2
	Mantle cell	7	8,6
	MALT	18	22,2
	High risk B cell	1	1,2
	Thể nang	1	1,2
		6	6,9
Tế bào T	T lớn bất thực sản	2	33,3
	T ngoại vi	3	50,0
	T NOS	1	16,7
Ki67	<30%	19	21,8
	≥ 30%	68	78,2
Giai đoạn bệnh	I	20	23,0
	II	34	39,1
	IV	33	37,9
Tiền lượng nguy cơ**	Thấp	60	69,0
	Trung bình	20	23,0
	Cao	7	8,0

*DLBCL NGCB: U lympho tế bào B lớn lan toả tít không tâm mầm. DLBCL GCB: U lympho tế bào B lớn lan toả tít tâm mầm. MALT (mucosa associated lymphoid tissue): U lympho vùng rìa.

**Chỉ số tiền lượng: DLBCL: R-IPI, Mantle cell: MIPI, MALT: MALT-IPI, thể nang: FLIPI, tế bào T: IPI.

Nhận xét: Vị trí u gặp nhiều nhất tại dạ

dày (55,2%), tỷ lệ xảy ra biến chứng (35,6%), chủ yếu biến chứng xảy ra trước điều trị (93,5%). U lympho tế bào B chiếm đa số (93,1%), trong đó nhiều nhất là DLBCL. Có 57,5% BN điều trị hoá chất ngay từ đầu, 31/33 BN đã phẫu thuật điều trị hoá trị sau mổ, 2 BN phẫu thuật trong quá trình điều trị do có biến chứng, 3 BN điều trị HP đơn thuần (3,4%), 1 bệnh nhân u lympho biểu hiện tại trực tràng xạ trị triệt căn (1,1%).

3.2. Kết quả điều trị

- Đặc điểm điều trị

Bảng 2: Đặc điểm điều trị

Phương pháp điều trị	Số Bệnh nhân	%
Phẫu thuật***	2	2,3
Điều trị HP	3	3,4
Hóa trị	50	57,5
Xạ trị	1	1,1
Phẫu thuật phối hợp hóa trị	31	35,6

***2 BN phẫu thuật đơn thuần là MALT tại dạ dày

Nhận xét: tỷ lệ BN điều trị hoá trị cao nhất 57,5%, phẫu thuật và hoá trị 35,6%, phẫu thuật đơn thuần 2,3%, điều trị HP 3,4%, xạ trị 1,1%

- Kết quả tỷ lệ đáp ứng

Bảng 3: Tỷ lệ đáp ứng

	Số bệnh nhân (N=85)	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	64	75,3
Đáp ứng 1 phần	10	11,8
Bệnh giữ nguyên	0	0
Bệnh tiến triển	11	12,9

(N=85 do có 2 BN điều trị phẫu thuật đơn thuần không được đánh giá đáp ứng điều trị do không có tổn thương đích)

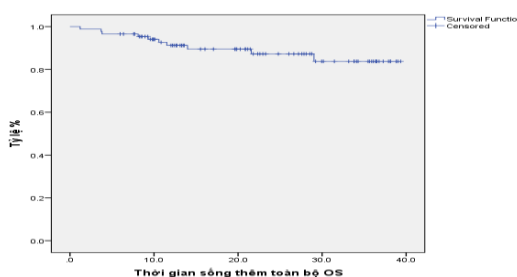
Bảng 4: Liên quan một số yếu tố với PFS, OS 3 năm

Đặc điểm	Số bệnh nhân	OS		PFS	
		OS 3 năm (%)	p	PFS 3 năm (%)	P
Tuổi					
< 50	28	80,5	0,813	76,4	0,666
50-70	52	80,0		83,8	
≥ 70	7	75		75	
Giới					
Nam	49	69,9	0,201	74,6	0,159
Nữ	38	88,6		89,0	
ECOG					
0	46	85	0,437	83,8	0,588
1-2	41	73,2		77,5	
Hội chứng B					
Có	41	74,9	0,497	78,8	0,613
Không	46	84,5		82,7	
LDH					
Bình thường	80	79,7	0,334	81,6	0,432

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn 75,3%, đáp ứng 1 phần là 11,8 %, 12,9 % bệnh tiến triển.

- Kết quả thời gian sống bệnh không tiến triển và thời gian sống toàn bộ

Thời gian theo dõi trung bình 21 tháng, ngắn nhất 1,2 tháng, dài nhất 39,3 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu 73 BN còn sống, 15 BN tiến triển, 14 BN tử vong.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống toàn bộ

Nhận xét:

+ Thời gian sống bệnh không tiến triển tại thời điểm 1 năm và 3 năm là 85,4% và 80,9%.

+ Thời gian sống toàn bộ tại thời điểm 1 năm và 3 năm là 82,2% và 78,9%.

- Liên quan 1 số yếu tố với PFS, OS 3 năm

Tăng	7	71,4		71,4	
B2M					
Bình thường	55	80,1	0,222	87,4	0,028
Tăng	32	75,1		69,1	
Tế bào					
B	81	82,7	<0,001	84,5	<0,001
T	6	0		0	
Mô bệnh học					
DLBCL	54	83,1	<0,001	81,6	<0,001
MALT	18	74,1		86,3	
Tế bào T	6	0		0	
Khác	9	0		0	
Vị trí					
Thực quản	1	0	0,114	0	0,01
Dạ dày	48	79,3		80,8	
Ruột	28	80,9		89,1	
Nhiều vị trí	10	88,9		65,6	
Biến chứng					
Không	56	70,7	0,069	76,2	0,157
Có	31	93,1		89,5	
Phẫu thuật					
Có	33	83,2	0,334	87,1	0,287
Không	54	76,7		76,9	
Mức độ đáp ứng					
Hoàn toàn	64	100	<0,001	98	<0,001
Không hoàn toàn	21	24,9		35,4	

Nhận xét: + B2M tăng là yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến kết quả PFS, OS

+ MALT cho kết quả cao hơn về PFS, OS ($p < 0,05$)

+ Không có sự khác biệt về PFS, OS giữa nhóm phẫu thuật và không phẫu thuật

+ Đáp ứng hoàn toàn cho kết quả vượt trội về PFS, OS ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Điều trị u lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá phụ thuộc chính vào thể mô bệnh học, tiếp đến là giai đoạn bệnh và nguy cơ xảy ra biến chứng. Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân điều trị hoá trị (57,5%), hoá chất sau phẫu thuật 35,6%, phẫu thuật đơn thuần 2,3%, điều trị HP đơn thuần 3,4%, xạ trị với 1 trường hợp MALT tại trực tràng. Đánh giá đáp ứng điều trị chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị 75,3% (bao gồm cả những trường hợp điều trị HP đơn thuần). Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Võ Quốc Hoàn 2015 là 70%, Nakamura 2003 là 83%, Shengting Zhang 2015 là 73%.^{5,6,7} Nakamura nhận định đáp ứng hoàn toàn cao nhất ở nhóm tổn thương tại dạ dày so với ruột và kết hợp nhiều vị trí (92%, 68%, 15%, $p < 0,0001$). Tuy nhiên theo Võ Quốc Hoàn, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Qua thời gian theo dõi trung bình 21 tháng,

chúng tôi thu được kết quả OS 1 năm và 3 năm 82,2% và 78,9%, PFS 1 năm và 3 năm tương ứng là 85,4% và 80,9%. Do không đủ 50% biến cố xảy ra nên chúng tôi không tính được trung vị thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Kết quả này tương tự kết quả của Wang (88,4% và 80,7%).⁸ Đánh giá liên quan một số yếu tố với thời gian sống bệnh không tiến triển và thời gian sống toàn bộ, chúng tôi nhận định các yếu tố ảnh hưởng xấu đến kết quả OS 3 năm bao gồm: sự tăng cao của B2M (69,1% so với 87,4%, $p = 0,028$); Tế bào T (84,5% so với 0 %, $p < 0,001$), u tại thực quản (0% so với 65,6%, 80,8%, 89,1% tương ứng nhiều vị trí, dạ dày, ruột, $P = 0,01$); không đạt đáp ứng hoàn toàn sau điều trị (35,4% so với 98%, $p < 0,001$). Theo Nakamura 2003, OS 5 năm nhóm tế bào T là 27% so với B độ ác tính thấp và cao là 87% và 63%, $p < 0,0001$. Tác giả này cũng so sánh thời gian sống thêm giữa nhóm bệnh nhân thể MALT và không phải thể MALT, theo đó OS 5 năm và EFS 5 năm của nhóm MALT là 84% và 79%, cao hơn so với của nhóm không phải MALT là 54% và 52%, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Võ Quốc Hoàn cho thấy kết quả sống thêm cao hơn ở nhóm tổn thương dạ dày so với nhóm ruột, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả lại cao hơn ở nhóm ruột so với dạ dày 80,9% so

với 89,1%), điều này có thể giải thích do tỷ lệ BN thuộc thể ác tính cao chiếm tỷ lệ cao hơn trên nhóm BN biểu hiện tại dạ dày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về PFS và OS giữa phẫu thuật và không phẫu thuật. Điều này càng khẳng định thêm nhận định "phẫu thuật chỉ được thực hiện khi xảy ra biến chứng hoặc nguy cơ xảy ra biến chứng nặng".

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 87 trường hợp u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hoá, với thời gian theo dõi trung vị 21 tháng (CI 95% 1,2 đến 39,3 tháng), chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 75,3%, đáp ứng 1 phần 11,8%, bệnh tiến triển 12,9%; PFS tại thời điểm 1 năm và 3 năm tương ứng 85,4% và 80,9%; OS tại thời điểm 1 năm và 3 năm tương ứng 82,2% và 78,9%. Các yếu tố ảnh hưởng không thuận lợi đến kết quả OS bao gồm: sự tăng cao β 2M, u tại thực quản và nhiều vị trí, không đạt đáp ứng hoàn toàn sau điều trị ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa nhóm phẫu thuật hoặc không phẫu thuật.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, phòng kế hoạch tổng hợp, khoa Nội Hệ tạo

huyết bệnh viện K đã tạo mọi điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paryani S, Hoppe RT, Burke JS, et al. Extralymphatic involvement in diffuse non-Hodgkin's lymphoma. Journal of Clinical Oncology. Published online September 21, 2016. doi:10.1200/JCO.1983.1.11.682
2. Shepherd FA, Evans WK, Kutas G, et al. Chemotherapy following surgery for stages IE and IIE non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract. J Clin Oncol. 1988;6(2):253-260. doi:10.1200/JCO.1988.6.2.253
3. Primary gastric lymphoma - Hockey - 1987 - BJS (British Journal of Surgery).
4. Arnold S Freedman, MD. Clinical presentation and diagnosis of primary gastrointestinal lymphomas.
5. Võ Quốc Hoàn (2015). Đánh giá kết quả điều trị u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa tại bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
6. Chen Y, Chen Y, Chen S, et al. Primary Gastrointestinal Lymphoma. Medicine (Baltimore). 2015;94(47):e2119.
7. Nakamura S, Matsumoto T, Iida M, Yao T, Tsuneyoshi M. Primary gastrointestinal lymphoma in Japan: a clinicopathologic analysis of 455 patients with special reference to its time trends. Cancer. 2003;97(10):2462-2473. doi: 10.1002/cncr.11415
8. Wang W, Lin P, Yao H, Jia X, Sun J. Clinical analysis of Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin's Lymphoma. Pak J Med Sci. 2017;33(6):1406-1411. doi:10.12669/pjms.336.13631

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG NẸP KHÓA MÓC KHÔNG TÁI TẠO DÂY CHẰNG QUẠ ĐÒN

Nguyễn Thành Tấn¹, Trần Khắc Duy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trật khớp cùng đôn (TKCĐ) là một trong những tổn thương phổ biến sau chấn thương vùng vai nhưng đến nay vẫn chưa có sự đồng thuận trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp khóa móc được ghi nhận mang lại hiệu quả trong điều trị TKCĐ cấp, tuy nhiên có rất ít công trình nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị TKCĐ bằng phương pháp phẫu thuật nắn chỉnh cố định với nẹp khóa móc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu với tất cả bệnh nhân TKCĐ độ III, IV, V, VI được chỉ định phẫu thuật

bằng nẹp khóa móc tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2020-2022. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm chung về bệnh nhân, hình ảnh X quang và kết quả sau mổ. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 42 bệnh nhân (32 nam/ 10 nữ) với độ tuổi trung bình là $44,3 \pm 9,9$. Tổn thương TKCĐ độ V chiếm ưu thế. Thời gian phẫu thuật trung bình $61,7 \pm 16,7$ phút. Kết quả nắn chỉnh khớp đạt 100%. Kết quả chức năng theo thang điểm Constant-Murley tăng từ $33,7 \pm 5,6$ thời điểm trước mổ lên $88,9 \pm 5,3$ tại thời điểm theo dõi cuối, mức độ CS 100% tốt và rất tốt. Hủy xương dưới mòm cùng là biến chứng thường gặp nhất. Có 97,6% bệnh nhân đạt mức rất hài lòng và hài lòng. **Kết luận:** Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp khóa móc trong điều trị TKCĐ cấp (<3 tuần) cho hiệu quả điều trị sau mổ rất khả quan, khả năng nắn khớp và phục hồi chức năng tốt, từ đó giúp bệnh nhân có thể trở lại vận động và công việc sớm.

Từ khóa: Trật khớp cùng đôn, nẹp khóa móc.

SUMMARY

OUTCOME EVALUATION FOR TREATMENT

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023