

nặng giữa 2 phương pháp trong thời gian 1 năm theo dõi<sup>7</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân giữ và tăng cân chiếm trên 80% ở thời điểm 6 tháng và trên 90% ở thời điểm sau 12 tháng.

Uncut Roux-en-Y là phương pháp kết hợp giữa miệng nối dạ dày hồng tràng theo kiểu Billroth II và miệng nối Braun, sau đó đoạn hồng tràng giữa 2 miệng nối này sẽ được ngăn lại bằng băng đạn chỉ đóng ghim nhưng không cắt. Điều này giúp cho dịch mật và dịch tụy không đi ngược lên được miệng nối dạ dày hồng tràng, ngoài ra với việc không cắt đoạn ruột sẽ không làm mất tính liên tục của dẫn truyền, do đó nhu động từ tá tràng sẽ đi qua được và đẩy dịch tiêu hóa đi theo chiều nhu động. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy phương pháp này làm giảm đáng kể tỉ lệ viêm dạ dày trào ngược và gần như không gặp hội chứng ứ đọng Roux<sup>7, 8</sup>. Phân tích gộp của Sun trên 891 bệnh nhân so sánh giữa 2 phương pháp Roux-en-Y và uncut Roux-en-Y cho thấy rằng miệng nối uncut Roux-en-Y làm giảm thời gian phẫu thuật, giảm tỉ lệ viêm dạ dày và viêm thực quản trào ngược, giảm hội chứng Roux, bên cạnh đó phương pháp này còn giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau mổ<sup>4</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả này qua nội soi, tỉ lệ gặp các bệnh nhân bị viêm dạ dày là 31,1% ở thời điểm 6 tháng và 21,6% ở thời điểm 1 năm.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa Uncut Roux-en-Y sau phẫu thuật ung thư dạ dày 1/3 dưới là phương pháp an toàn và khả thi. 100% bệnh nhân không gặp các biến chứng trong và sau mổ. Ngoài ra phương pháp này làm giảm tỉ lệ viêm trào ngược cũng như cải thiện

tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân sau mổ. Tuy nhiên do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ và thời gian theo dõi còn ngắn, cần có thời gian theo dõi dài hơn cũng như nghiên cứu lớn hơn để đánh giá đầy đủ hơn về lợi ích của phương pháp này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2008). Dịch tễ học bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học
2. Hoya Y, Mitsumori N, Fau - Yanaga K, Yanaga K (2009). The advantages and disadvantages of a Roux-en-Y reconstruction after a distal gastrectomy for gastric cancer. (1436-2813).
3. Van Stiegmann G, Goff JS. An alternative to Roux-en-Y for treatment of bile reflux gastritis (1988). (0039-6087).
4. Sun M-M, Fan Y-Y, Dang S-C (2018). Comparison between uncut Roux-en-Y and Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: A meta-analysis. World journal of gastroenterology;24(24):2628-2639.
5. Li FX, Zhang Rp, Fau - Zhao J-z, et al (2011). Use of uncut Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. (1671-0274)
6. Park JY, Kim YJ (2014). Uncut Roux-en-Y Reconstruction after Laparoscopic Distal Gastrectomy Can Be a Favorable Method in Terms of Gastritis, Bile Reflux, and Gastric Residue. Journal of gastric cancer. 14(4):229-237. doi:10.5230/jgc.2014.14.4.229
7. Yang D, He L, Tong W-H, Jia Z-F, Su T-R, Wang Q (2017). Randomized controlled trial of uncut Roux-en-Y vs Billroth II reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: Which technique is better for avoiding biliary reflux and gastritis? World journal of gastroenterology. 2017;23(34):6350-6356.
8. Chen S, Chen DW, Chen XJ, Lin YJ, Xiang J, Peng JSA-Ohoo (2019). Postoperative complications and nutritional status between uncut Roux-en-Y anastomosis and Billroth II anastomosis after D2 distal gastrectomy: a study protocol for a multicenter randomized controlled trial. (1745-6215).

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐỀU TRI GÂY Ổ CỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Đức Mạnh<sup>1</sup>, Dương Đình Toàn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

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

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Mạnh

Email: domanhhap@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023

**Đặt vấn đề:** Gãy ổ cối là một tổn thương nặng, thường gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương ổ cối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 06/2020 đến tháng 03/2022. Đánh giá kết quả lâm sàng dựa trên thang điểm Merle D'Aubigne, kết quả liên xương dựa trên phim X quang sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 44,7±13,4 tuổi. Nam giới chiếm đa số với 77,1%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu chiếm 68,7%. Bệnh nhân

được phẫu thuật trong tuần đầu sau tai nạn chiếm 64,6%, đạt kết quả nắn chỉnh tốt sau mổ ( $\leq 2\text{mm}$ ) ở 38 bệnh nhân chiếm 79,16%. Kết quả 29,2% rất tốt, 47,9% tốt và 22,9% trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. 5 trường hợp nhiễm trùng và 1 trường hợp tổn thương thần kinh sau mổ. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật kết hợp xương ổ cối đem lại hiệu quả rõ rệt cho bệnh nhân so với biện pháp điều trị bảo tồn. Việc lựa chọn thời gian mổ, đường mổ thích hợp gãy sẽ đem lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** gãy ổ cối, thang điểm Merle D'Aubigné and Postel; xương chậu

## SUMMARY

### EVALUATION OF OUTCOMES AFTER SURGICAL TREATMENT OF ACETABULAR FRACTURES IN VIET DUC HOSPITAL

**Background:** Fracture of the acetabulum is a serious injury, common in the context of multiple traumas. **Methods:** A retrospective and prospective descriptive study on 48 patients who underwent internal acetabular fixation at Viet Duc University Hospital from June 2020 to March 2022. Evaluation of clinical results based on Merle D'Aubigne scale, bone healing results based on postoperative radiographs. **Results:** The mean age was  $44.7 \pm 13.4$  years old. Men make up the majority with 77.1%. Traffic accidents are the main cause accounting for 68.7%. Patients who underwent surgery in the first week after the accident accounted for 64.6%, achieved good orthopedic results after surgery ( $\leq 2\text{mm}$ ) in 38 patients, accounting for 79.16%. In 29.2% of cases, the results were very good, 47.9% were good and 22.9% were moderate, none of which had poor results. 5 cases of infection and 1 case of nerve damage after surgery. **Conclusion:** The combined surgical treatment of the acetabulum brings significant results to the patient compared with the conservative treatment. The selection of surgery time, the appropriate incision to assess the classification of fractures will bring the best results for the patient

**Keywords:** acetabulum fracture, Merle D'Aubigné and Postel score, Pelvis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương chậu là một tổn thương nặng, thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương. Gãy ổ cối là một loại gãy xương chậu phức tạp, rất khó trong chẩn đoán và điều trị, nếu không có thái độ xử trí đúng đắn sẽ để lại những di chứng lâu dài cho bệnh nhân. Trước đây, điều trị gãy ổ cối chủ yếu là nắn, kéo liên tục, bó bột. Giải phẫu ổ cối là một không gian ba chiều, xung quanh có nhiều cơ, dây chằng bám nên khi mổ để đặt lại xương rất khó khăn, tỷ lệ tử vong cao do tai biến và chảy máu trong mổ. Hơn nữa, ổ cối là một thành phần của khớp háng nên nếu ổ cối và chỏm xương đùi không tiếp khớp với nhau một cách thuận lợi sẽ dẫn đến biến chứng cal lệch, thoái hoá khớp, đau khi đi lại, ảnh hưởng

hiều đến sinh hoạt của người bệnh. Vì vậy có thể giải thích được tại sao điều trị bảo tồn gãy ổ cối thường thất bại (trừ một vài trường hợp gãy ổ cối không di lệch hoặc di lệch ít).

Điều trị gãy ổ cối bằng phẫu thuật đã được tiến hành trên thế giới từ những năm 1960. Judet và cộng sự đã cho kết quả điều trị phẫu thuật là 83% kết quả tốt trên 350 bệnh nhân<sup>1</sup>, Rowe và Lowell nghiên cứu 90 bệnh nhân chia làm hai nhóm, có và không phẫu thuật: nhóm điều trị phẫu thuật cho kết quả tốt hơn<sup>2</sup>. Tại Việt Nam, điều trị phẫu thuật gãy ổ cối được thực hiện cách đây 20 năm. Ngô Bảo Khang và cộng sự (1999) báo cáo 22 trường hợp điều trị phẫu thuật gãy ổ cối<sup>3</sup>. Trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân không ngừng tăng lên, số lượng bệnh nhân được phẫu thuật cũng tăng nhanh ở các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối. Cùng với những hiểu biết kỹ càng hơn về giải phẫu, đường mổ, những tiến bộ về kỹ thuật mổ, đặc biệt là gây mê hồi sức, chỉ định mổ được mở rộng và đạt được những kết quả khả quan. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy ổ cối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Hồi cứu 43 bệnh nhân và tiến cứu 5 bệnh nhân chẩn đoán gãy xương ổ cối được điều trị phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 06/2020 đến hết tháng 03/2022

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật đến khi phẫu thuật < 3 tuần, không có biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ, gãy di lệch > 2 mm, gãy ổ cối mà vòm chịu lực bị tổn thương, được đo góc vòm bằng X-Quang hoặc phim chụp cắt lớp vi tính 64 dãy, gãy có mảnh xương rời trong khớp, gãy xương phạm khớp diện rộng (gãy thành sau tổn thương >40%).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đủ hồ sơ bệnh án, phim X-Quang trước, sau mổ và không được theo dõi, đánh giá kết quả phẫu thuật.

- **Các biến nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn, thời gian từ thời điểm tai nạn đến khi phẫu thuật, tổn thương phối hợp.

+ Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

+ Kết quả điều trị và biến chứng

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu này

được thực hiện dưới sự cho phép của cơ sở thực hành. Đề cương nghiên cứu được thông qua tại hội đồng thông qua đề cương Trường Đại học Y Hà Nội. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện với 48 trường hợp (trong đó 43 trường hợp hồi cứu và 5 trường hợp tiền cứu) từ tháng 6/2020 đến tháng 3/2022 cho thấy độ tuổi trung bình là 44,7±13,4 tuổi (15-72 tuổi), 23 trường hợp trong độ tuổi <40 tuổi với 20 nam, 3 nữ; 17 trường hợp trong độ tuổi 40-60 tuổi với 12 nam, 5 nữ và 8 trường hợp trong độ tuổi > 60 tuổi với 5 nam, 3 nữ (Bảng 1). Nam giới chiếm đa số với 77,1% (37/48 bệnh nhân).

**Bảng 1: Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi \ Giới	15 - 39	40 - 59	≥ 60	Tổng n (%)
Nam	20	12	05	37(77,1)
Nữ	03	05	03	11(22,9)
<b>Tổng n(%)</b>	<b>23 (47,9)</b>	<b>17 (35,4)</b>	<b>07 (16,7)</b>	<b>48 (100)</b>

**Bảng 2: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm	N	%
Nguyên nhân tai nạn	Tai nạn giao thông	33	68,7
	Tai nạn lao động	7	16,7
	Tai nạn sinh hoạt	8	14,6
Thời gian từ thời điểm bị tai nạn đến khi phẫu thuật	< 7 ngày	31	64,6
	7- 10 ngày	6	12,5
	> 10 ngày	11	22,9
Tổn thương phối hợp	Chấn thương sọ não	7	14,6
	Chấn thương ngực kín	2	4,23
	Chấn thương bụng kín	7	14,6
	Khác	32	66,6
Kết quả nắn chỉnh sau mổ theo Matta <sup>4</sup>	<1 mm	12	25
	1-2 mm	26	54,16
	2-3 mm	10	20,84
	>3 mm	0	0

Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu gây gãy xương ở cổ chiếm 68,7%. Tỷ lệ chấn thương sọ não và chấn thương bụng kín chiếm tỷ lệ tương đương nhau chiếm với 14,6% và 14,6%. Có 32 bệnh nhân (66,6%) có tổn thương khác phối hợp trong đó chủ yếu là gãy xương chi dưới. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật trong tuần đầu sau

tai nạn chiếm 64,6%, đạt kết quả nắn chỉnh tốt sau mổ ( $\leq 2\text{mm}$ ) ở 38 bệnh nhân chiếm 79,16%. Kết quả vận động sau mổ đánh giá theo thang điểm của Merle D'Aubigné and Postel. 29,2% trường hợp kết quả rất tốt, 47,9% tốt và 22,9% trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém (Hình 1).



**Biểu đồ 1: Chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm của Merle D'Aubigné and Postel**

**Bảng 3: Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	n	%
Nhiễm trùng	5	10,4
Tổn thương thần kinh	1	0,02
Thoái hóa khớp háng	3	0,07
Thành lập cầu xương	1	0,02

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 trường hợp nhiễm trùng sau mổ và 1 trường hợp tổn thương thần kinh. Trong đó 4 trường hợp biểu hiện nhiễm trùng nông: sưng nề đỏ vùng mổ, hồi cứu bệnh nhân đã được tách chỉ, thay kháng sinh và thay băng hàng ngày thì các triệu chứng giảm dần. 1 trường hợp bệnh nhân phải mổ lại làm sạch, nạo viêm, hiện tại khám lại tình trạng bệnh nhân ổn định, vận động tốt.

**Bảng 4: Mối liên quan giữa tuổi và chức năng khớp háng sau mổ**

Nhóm tuổi	Kết quả vận động sau mổ			
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
< 40 tuổi	10	13	0	0
40-60 tuổi	2	7	8	0
>60 tuổi	2	3	3	0
P = 0,001				

Kết quả vận động sau mổ giữa các nhóm tuổi là khác nhau, có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001 < 0,05$ .

**Bảng 5: Mối liên quan giữa thời gian từ khi tai nạn đến khi phẫu thuật với kết quả nắn chỉnh sau mổ**

Thời gian từ khi tai nạn đến khi phẫu thuật	Kết quả nắn chỉnh sau mổ		
	Rất tốt	Tốt	Trung bình
≤ 7 ngày	12	16	3
8-14 ngày	0	8	6
> 14 ngày	0	2	1
P=0,005			

Kết quả nắn chỉnh sau mổ giữa các nhóm thời gian từ khi tai nạn đến khi phẫu thuật là khác nhau, có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,005 < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện với 48 trường hợp cho thấy độ tuổi trung bình là 44,7 tuổi (15-72 tuổi), nam giới chiếm đa số, tỷ lệ nam/nữ= 3,3/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Heeg (1990)<sup>6</sup> tuổi trung bình là 34 tuổi, tỷ lệ nam/nữ= 4.4/1, của A. Kumar (2004)<sup>7</sup> tuổi trung bình là 39,5 tuổi, tỷ lệ nam/nữ= 11/1, của Nguyễn Vĩnh Thống (2008)<sup>8</sup> tuổi trung bình là 34, tỷ lệ nam/ nữ= 1,4/1. Nguyên nhân gây gãy xương ổ cối chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm 68,7%, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Chen (2000)<sup>9</sup> chiếm 80% và của Nguyễn Vĩnh Thống (2008)<sup>8</sup> chiếm 83,3% và của Giannoudis (2021)<sup>5</sup> tai nạn giao thông chiếm 80,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi có thấy gãy ổ cối đều phối hợp với các tổn thương tại cơ quan khác, với chấn thương sọ não và chấn thương bụng kín chiếm tỷ lệ tương đương (14,6%), đa số trường hợp phối hợp với tổn thương chi thể với 66,6%, phần lớn là tổn thương chi dưới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Fouad Sadek (2021)<sup>10</sup>, tổn thương xương phối hợp chiếm 84,6%.

Thời gian từ thời điểm tai nạn đến khi phẫu thuật trung bình là 6,8 ngày. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu chiếm 64,6%, so sánh kết quả nắn chỉnh sau mổ giữa các nhóm thời gian phẫu thuật < 7 ngày, 8-14 ngày và >14 ngày cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,005$ . Tác giả Griffin nhận thấy rằng nếu phẫu thuật trì hoãn càng muộn thì cơ hội nắn chỉnh về giải phẫu sẽ giảm đi nhiều<sup>5</sup>

Đường mổ Kocher-Langenbeck được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với 89,6%, sau đó là đường mổ Kocher-Langenbeck cải tiến với 2 bệnh nhân (4,2%) và đường chữ Y với 3 bệnh nhân (6,2%). Phù hợp với phân loại kiểu gãy trong nghiên cứu của chúng tôi với gãy thành sau ổ cối chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,75%, gãy ngang ổ cối cũng chiếm tỷ lệ cao với 27,08%.

Nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo Matta cho kết quả rất tốt và tốt ( $\leq 2$  mm) với 38 bệnh nhân (79,16%), 10 bệnh nhân đạt kết quả trung bình, không có bệnh nhân nào cho kết quả nắn chỉnh kém. Nghiên cứu của Matta (2019)<sup>5</sup> cho kết quả nắn chỉnh rất tốt và tốt ( $\leq 2$ mm) đạt 78%, 18% kết quả trung bình, 4% kết quả kém, của Giannoudis

(2021)<sup>4</sup> kết quả nắn chỉnh ( $\leq 2$ mm) đạt 85,6%. Nghiên cứu của Matta chỉ ra rằng kết quả nắn chỉnh tốt sau mổ cao hơn với kiểu gãy xương đơn giản, phẫu thuật sớm <21 ngày và tuổi <40. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ủng hộ luận điểm trên, với số bệnh nhân có kiểu gãy đơn giản là 37 bệnh nhân (77,1%), nhóm tuổi < 40 là 23 bệnh nhân (47,91%), mổ trong tuần đầu chiếm 64,6%, kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân đạt kết quả vận động tốt sau mổ.

Đánh giá mức độ vận động sau mổ theo thang điểm của Merle D'Aubigne and Postel cho kết quả rất tốt, tốt với 37 bệnh nhân (77,1%), 11 bệnh nhân kết quả trung bình (22,9%), không có trường hợp nào kết quả kém. So với nghiên cứu của Fouad Sadek (2021)<sup>9</sup> kết quả rất tốt, tốt đạt 88,9%, kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên mức độ vận động của chúng tôi cải thiện hơn với không trường hợp kém nào, trong khi nghiên cứu của Fouad Sadek chiếm 7,4% kết quả kém. Đánh giá kết quả vận động giữa các nhóm tuổi cho thấy sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, kết quả ở nhóm tuổi <40 đạt kết quả cao hơn ở nhóm >60 tuổi.

#### V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật kết hợp xương ổ cối đem lại hiệu quả rõ rệt cho bệnh nhân so với biện pháp điều trị bảo tồn. Việc lựa chọn thời gian mổ, đường mổ thích hợp đánh giá phân loại ổ gãy sẽ đem lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Judet R., Judet J., and Letournel E.** Fractures of the Acetabulum: Classification and Surgical Approaches for Open Reduction. Preliminary Report. J Bone Joint Surg Am.1964;46:1615-46.
2. **Rowe C.R. and Lowell J.D.** Prognosis of Fractures of the Acetabulum. The Journal of Bone and Joint Surgery.1961;43(1):30-92.
3. **Ngô Bảo Khang.** Điều trị gãy ổ chảo xương chậu bằng phẫu thuật. Báo cáo khoa học Đại hội ngoại khoa Việt Nam lần thứ II.1999;2:68-71.
4. **Mardanpour, K., Rahbar, M., Rahbar, M., Mardanpour, N. & Mardanpour, S.** Functional Outcomes of Traumatic Complex Acetabulum Fractures with Open Reduction and Internal Fixation: 200 Cases. Open Journal of Orthopedics.2016;6: 363-377
5. **Abo-elsoud, M. & Sadek, F.** Marginal impaction as a determinant of functional outcome in acetabular fractures involving the posterior wall. 2021.
6. **Heeg, M., Klasen, H. & Visser, J.** Operative treatment for acetabular fractures. The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume.1990;72-B: 383-386
7. **Kumar A., Shah N.A., Kershaw S.A., et al.** Operative management of acetabular fractures. A review of 73 fractures. Injury. 2005;36(5):605-12.

8. **Nguyễn Vĩnh Thống.** Kết quả điều trị các gãy ổ cối có di lệch bằng phẫu thuật. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.2008;12(2): 88.
9. **Chiu F.Y., Chen C.M., and Lo W.H.** Surgical treatment of displaced acetabular fractures - 72 cases followed for 10 (6-14) years. Injury.2000; 31(3):181-5
10. **Griffin D.B., Beale P.E., and Matta J.M.** Safety and efficacy of the extended iliofemoral approach in the treatment of complex fractures of the acetabulum. J Bone Joint Surg Br. 2005;87(10):1391-6.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT, CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018 - 2020

Bùi Minh Tứ<sup>1</sup>, Phùng Duy Hồng Sơn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hữu Ước<sup>1,2</sup>,  
Đoàn Quốc Hưng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Tùng Sơn<sup>2</sup>, Lê Nhật Tiên<sup>2</sup>, Dương Ngọc Thắng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm, trung hạn các bệnh nhân được phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2018 – 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc trên nhóm bệnh nhân đã được phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 01/01/2018 đến 31/12/2020. **Kết quả:** Có 37 bệnh nhân can thiệp (CT) nội mạch và 62 bệnh nhân được phẫu thuật (PT) với độ tuổi trung bình lần lượt là: 72,96 ± 6,58 (61-86) và 67,11 ± 1,27 (36– 82) tuổi, tỷ lệ nam lần lượt là 30 (81,1%), 45 (72,6%). Lâm sàng tự sờ thấy có khối đập vùng bụng gặp ở 91,9% (34) bệnh nhân CT và 72,6% (45) bệnh nhân PT, phình hình thoi chiếm đa số và có tỉ lệ 37(100%) ở nhóm CT, 59(95,2%) ở nhóm PT. Về kết quả sớm: nhóm CT có 1(2,7%) bệnh nhân tử vong, nhóm PT không có bệnh nhân tử vong. Các biến chứng sớm sau CT: Rò sau khi đặt stent graft 8(21,6%), rò sau 30 ngày 3(8,1%), tụ dịch đường vào 1(2,7%), biến chứng suy thận cấp 1(2,7%). Biến chứng sớm sau PT: Tụ dịch/máu sau phúc mạc 6(9,7%), suy thận 6(9,6%), viêm phổi 3(4,8%), nhiễm trùng vết mổ 2(3,2%), viêm tụy cấp 1(1,6%), hoại tử đại tràng 1(1,6%). Về kết quả trung hạn: có 32(86,5%) bệnh nhân CT và 57(91,9%) bệnh nhân PT được theo dõi, thời gian theo dõi trung bình lần lượt là: 28,7±2,1 (24,4-32,9) tháng ở nhóm CT và 25,7±1,74 (22,2-29,1) tháng ở nhóm PT. 26(81,2%) bệnh nhân CT và 46(80,7%) bệnh nhân PT có kết quả tốt, Các bệnh nhân còn lại có kết quả trung bình. 5(15,6%) nhóm CT và 5(8,8%) bệnh nhân nhóm PT tử vong trong quá trình theo dõi. Tỷ lệ sống còn sau 1

năm ở bệnh nhân nhóm CT là 84,9%, nhóm PT là 96,4% và không thay đổi trong qua trình theo dõi. **Kết luận:** CT và PT phình động mạch chủ bụng dưới thận tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả tốt, với tỉ lệ tai biến biến chứng thấp. Hiện kết quả PT cả sớm và trung hạn tốt hơn nhóm CT nội mạch đặt stent graft.

**Từ khóa:** Phình động mạch chủ bụng, can thiệp nội mạch, phẫu thuật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

### SUMMARY

#### RESULTS OF SELECTIVE SURGICAL OR ENDOVASCULAR TREATMENT FOR INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING PERIOD 2018 - 2020

**Purpose:** The aims of this study are the description of clinical and paraclinical signs and symptoms and the evaluation of early and mid-term results of patients with infrarenal abdominal aortic aneurysm who underwent selective surgical or endovascular treatment at Viet Duc University hospital. **Patient and method:** This is descriptive, cross-sectional study of consecutive patients with infrarenal abdominal aortic aneurysm who underwent selective surgical or endovascular treatment at cardiovascular and thoracic center - Viet Duc University hospital during the period from 01/01/2018 to 31/12/2020. **Results:** There were 37 patients who underwent endovascular intervention and 62 who underwent surgery, with an average age of 72,96±6,58 (61–86) and 67,11±1,27 (36–82) years, respectively. 30 (81,1%) and 45 (72,6%) of the patients in each group were male. The palpable beating mass in the abdomen was found in 91,9% (34) in the endovascular group and 72,6% (45) in the surgical group, with fusiform aneurysm predominating in both groups with the rate of 37 (100%) and 59 (95,2%). The early results of the interventional group included the following: hospital mortality was 2,7% (1); in complications: immediately endoleak was 8(21,6%); after 30 days was 3(8,1%); acute renal failure was in 1(2,7%); hematoma in goiter was in 1(2,7%). The surgical group's preliminary findings: no hospital deaths. In complications, retroperitoneal

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

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

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023