

tương đối nhỏ và thực hiện tại một cơ sở y tế duy nhất làm hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho quần thể rộng hơn. Ngoài ra, nghiên cứu không có nhóm đối chứng, do đó chưa thể so sánh trực tiếp hiệu quả của phương pháp điều trị đang được khảo sát với các chiến lược điều trị khác. Thời gian theo dõi ngắn cũng chưa cho phép đánh giá đầy đủ các biến chứng muộn như dính buồng tử cung, tái phát chửa sọ mồi lấy thai hoặc ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để củng cố độ tin cậy và giá trị ứng dụng lâm sàng của kết quả.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị phối hợp giữa nút động mạch tử cung và hút thai dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy hiệu quả cao và an toàn trong xử trí chửa sọ mồi lấy thai có tăng sinh mạch, với tỷ lệ thành công đạt 98,1% và thời gian nằm viện sau can thiệp ngắn. Vị trí túi thai loại 3 theo Delphi 2022 và mức độ tăng sinh mạch nhiều trên siêu âm Doppler được xác định là những yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu sau hút thai, cần đặt bóng chèn trong buồng tử cung để kiểm soát tình trạng mất máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21).** RCOG. Accessed May 20, 2025. [https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-](https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/diagnosis-and-management-of-ectopic-pregnancy-green-top-guideline-no-21/)

2. **Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, D'Antonio F, Kaelin Agten A.** Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019;46(4):797-811. doi:10.1016/j.ogc.2019.07.009
3. **Hameed MSS, Wright A, Chern BSM.** Cesarean Scar Pregnancy: Current Understanding and Treatment Including Role of Minimally Invasive Surgical Techniques. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2023;12(2): 64-71. doi:10.4103/gmit.116_22
4. **Kết quả điều trị của phương pháp hút thai trên sọ mồi lấy thai và các yếu tố liên quan.** Accessed March 12, 2025. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2299/2107>
5. **Miller R, Gyamfi-Bannerman C.** Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2022;227(3): B9-B20. doi:10.1016/j.ajog.2022.06.024
6. **Jordans IPM, Verberkt C, De Leeuw RA, et al.** Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;59(4): 437-449. doi:10.1002/uog. 24815
7. **Luo L, Ruan X, Li C, Chen S, Hu Q, Mueck AO.** Early clinical features and risk factors for cesarean scar pregnancy: a retrospective case-control study. *Gynecol Endocrinol.* 2019;35(4): 337-341. doi:10.1080/09513590.2018.1526276
8. **Wang Q, Peng H, Zhao X, Qi X.** When to perform curettage after uterine artery embolization for cesarean scar pregnancy: a clinical study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(1):367. doi:10.1186/s12884-021-03846-x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN GỠ KÍN XƯƠNG GÓT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN 175

Lê Tuấn Dũng¹, Võ Thành Toàn², Phạm Ngọc Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, tổn thương trên phim X-quang và cắt lớp vi tính (CLVT) của nhóm bệnh nhân gổ kín xương gót được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu 63 bệnh nhân gổ kín xương gót được điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít khóa từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả và kết luận:** 63 bệnh nhân với 71 xương gót bị gãy được phẫu thuật kết hợp xương nẹp

khóa. Nguyên nhân do ngã cao chiếm 92,1%, tuổi trung bình $44,54 \pm 11,38$, nam chiếm 93,7%. Góc Bohler trung bình trước mổ là $-2,060 \pm 13,690$. Dấu hiệu đường mờ kép trên X-quang nghiêng phát hiện ở 39/71 xương gót gãy, chiếm 54,9%. Phân loại theo Sanders chủ yếu là loại II và loại III, trong đó loại II chiếm 38%, loại III chiếm 36,6% và loại IV chiếm 25,4%. Số bệnh nhân phát hiện gãy phạm khớp gót hộp trên X-quang là 36,6% so với 66,2% trên phim CLVT. Gãy xương gót gặp chủ yếu ở nam, do ngã cao. Hình ảnh chụp CLVT cho thấy 100% có tổn thương diện khớp dưới sên, tỷ lệ có đường gãy phạm khớp gót hộp là 66,2%. **Từ khóa:** Gãy xương gót, gãy phạm khớp gót – hộp

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOLOGY FINDINGS CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Dũng

Email: letudu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025

CLOSED CALCANEAL FRACTURES OPERATIVE TREATMENT AT MILITARY HOSPITAL 175

Objectives: To evaluate the clinical characteristics, radiographic, and computed tomography imaging findings in patients with closed calcaneal fractures operative treatment at Military Hospital 175. **Subjects and methods:** Cross-sectional description study of 63 patients with closed calcaneus fractures operative treatment by locking plate from January 2022 to December 2024. **Results and Conclusion:** A total of 63 patients with 71 calcaneal fractures underwent surgical treatment with locking plates. 92.1% of patients suffered from high falls. The average age was 44.54 ± 11.38 , almost it male with 93.7%. The mean of the preoperative Bohler angle is -2.060 ± 13.690 . Double density sign was found on 39/71 (54.9%). Sanders classification is almost type II and III, with type II: 38%; type III: 36.6% and type IV: 25.4%. The calcaneocuboid joint fracture involvement on Computed tomography was 66.2% compared to 33.6% on X-ray. Calcaneal fractures occur mainly in men, due to high falls. CT scans showed that 100% had injuries of the subtalar joint and the rate of fracture line to the calcaneocuboid joint was 66.2%.

Keywords: Calcaneal fracture, calcaneocuboid joint fracture involvement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương gót thường gặp trên lâm sàng, chiếm 1-2% trong số các gãy xương vùng cổ, bàn chân, tỷ lệ gãy xương phạm khớp chiếm tới 75% [1]. Chẩn đoán gãy kín xương gót được xác định dễ dàng trên phim X-quang, tuy nhiên để phân loại, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và tiên lượng diễn biến sau này thì cần phải chụp cắt lớp vi tính xương gót. Bảng phân loại gãy xương gót của Sanders dựa trên hình ảnh chụp CLVT hiện nay được ứng dụng rộng rãi. Một số nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi về chỉ định điều trị gãy xương gót khi dựa trên hình ảnh chụp CLVT so với hình ảnh chụp X-quang. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Nhận xét về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên phim chụp X-quang và chụp cắt lớp vi tính của nhóm bệnh nhân gãy kín xương gót được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Quân y 175.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 63 bệnh nhân (BN) với 71 xương gót gãy phạm khớp được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024; tuổi trung bình là $44,54 \pm 11,38$ (từ 19-71); gồm 59 nam (93,7%) và 4 nữ (6,3%).

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN gãy kín xương gót phạm khớp được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa, tuổi ≥ 18 tuổi, có đủ phim X-

quang, phim chụp CLVT trước mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương gót không phạm khớp sên gót.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, không nhóm chứng. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi và giới, nguyên nhân tai nạn, bên chi tổn thương (trái, phải, cả hai bên), các tổn thương kết hợp.

- Các triệu chứng lâm sàng: sưng nề biến dạng, bầm tím mặt ngoài gót chân.

- Tổn thương trên X-quang: căn cứ vào phim x-quang xương gót nghiêng để xác định góc Bohler, dấu hiệu "đường mờ kép", đường gãy phạm khớp gót - hộp; phân loại gãy theo Essex-Lopresti: gãy lún hay gãy kiểu lưỡi.

- Xác định góc Bohler là góc nhọn tạo bởi hai đường, đường thứ nhất từ củ trước đến đỉnh đồi gót (điểm cao nhất của diện khớp sên gót sau), đường thứ hai từ đỉnh đồi gót đến điểm cao nhất của của phần sau xương gót. (bình thường từ $25-40^\circ$).

- Tổn thương trên CLVT: dựa trên hình ảnh ở mặt cắt 1/2 đứng ngang (semicoronal CT image), chọn lát cắt có hình ảnh diện khớp dưới sên sau rộng nhất và chia diện khớp này thành 3 cột A,B,C bởi 2 đường thẳng (một ở trong, một ở trung tâm và một ở phía bên): xác định số mảnh gãy và mức độ di lệch để phân loại theo Sanders: ghi nhận số mặt khớp bị tổn thương, hình ảnh gãy khớp gót hộp [2].

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học, được cho phép tiến hành qua quyết định số 3416/ QĐ - HVQY ngày 19 tháng 9 năm 2022 của Học viện quân y. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện 175 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu (n=63)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (%)
Giới	
Nam	59 (93,7%)
Nữ	4 (6,3%)
Tuổi trung bình	$44,54 \pm 11,38$ (Min: 19; Max:71)
Nguyên nhân tai nạn	
Ngã cao	58 (92,1%)
Tai nạn giao thông	2 (3,2%)
Tai nạn sinh hoạt	3 (4,8%)

Các tổn thương kết hợp	
Đa chấn thương	2 (3,2%)
Gãy cột sống	13 (20,6%)
Gãy xương chi dưới	5 (8,0%)
Gãy xương khác	5 (8,0%)
Bên tổn thương	
Chân trái	27 (42,85%)
Chân phải	28 (44,44%)
Cả hai bên	8 (12,69%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $44,54 \pm 11,38$, chủ yếu là nam giới chiếm 93,7% và trong độ tuổi lao động. Nguyên nhân ngã cao chiếm 92,1%. Các nguyên nhân khác gồm tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt. Có 55 BN gãy 1 bên và 8 BN gãy 2 bên. 31,7% số BN có các tổn thương kết hợp: chấn thương cột sống 13 BN (20,63%), gãy xương chi dưới: 5 BN (8%); gãy xương chi trên 4 BN (6,4%)

3.2. Thời điểm nhập viện. Thời điểm nhập viện: 42/63 BN (66,7%) nhập viện trong 6 giờ đầu, từ sau 6 giờ - trước 72 giờ: 11,1%, sau 72 giờ chỉ có 22,2%; các BN này đã được cấp cứu, điều trị tại tuyến trước, khi toàn thân ổn định, được chuyển viện để điều trị tiếp

3.3. Triệu chứng lâm sàng



Hình 1. Dấu hiệu bầm tím vùng gót
(Nguồn: BN nghiên cứu)



Hình 2. Dấu hiệu đường mờ kép
(Nguồn: BN nghiên cứu)

Đau chói khi ấn tại xương gót, không thể đứng chịu lực lên chân gãy. Tình trạng sưng nề vùng gót chân: 100% các trường hợp đều có sưng nề. Các BN đến sớm gót chân sưng nề ít hơn BN đến muộn, ổ gãy xương không được cố định thấy sưng nề nhiều. Vết tím bầm mặt ngoài gót chân (Hình 1) có 50/71 trường hợp (70,4%). Một số trường hợp đến muộn vết tím bầm lan đến cả gan chân. Đôi khi mảnh xương gãy di lệch chèn ép gây thiếu dưỡng cả một vùng da ở

mặt ngoài và mặt sau xương gót. Các trường hợp này khi phát hiện thấy đã được nắn và cố định máng bột ngay nên tránh được hoại tử da.

3.4. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp X-quang, cắt lớp vi tính

Bảng 2. Phân loại gãy xương gót theo Sanders và hình ảnh gãy phạm khớp gót hợp trên phim cắt lớp vi tính (n=71)

Gãy phạm khớp gót hợp	Phân loại theo Sanders							Cộng	Tỷ lệ
	II			III			IV		
	A	B	C	AB	AC	BC			
Không	5	6	3	3	5	2	0	24	33,80%
<25%	1	8	1	5	4	3	6	28	39,44%
>25%	1	2	0	1	1	2	12	19	26,76%
Tổng	7	16	4	9	10	7	18	71	100%
Tỷ lệ	38,03%			36,62%			25,35%	100%	

Nhận xét:

*Trên X-quang nghiêng ở 71 xương gót trước mổ, chúng tôi ghi nhận:

- Lún sập đôi gót: 100%. Góc Bohler trung bình trước phẫu thuật là $-2,06^\circ \pm 13,69^\circ$, trong đó góc Bohler âm ($<0^\circ$) chiếm 54,9%

- Dấu hiệu đường mờ kép ở 39 trường hợp (54,9%).

- Đường gãy phạm khớp gót hợp ở 26 trường hợp (36,6%).

- Phân loại gãy xương gót theo Essex-Lopresti gồm: gãy kiểu lún chiếm 39/71 (54,9%), gãy thể lưới chiếm 32/71 (45,1%).

*Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính nhận thấy:

- Tổn thương diện khớp sên gót (gãy đôi gót): tổn thương hai diện khớp sên gót: 32/71 trường hợp (45,1%); tổn thương cả 3 diện khớp: 19/71 trường hợp (26,8%). Gãy ở diện khớp sau chủ yếu là 2-3 mảnh, chiếm tỷ lệ 51%.

- Đường gãy phạm khớp gót hợp là 47/71 trường hợp (66,2%), trong đó có 21 trường hợp chưa được phát hiện trên phim X-quang.

- Phân loại gãy theo Sanders: Sander II: 27 TH (38,03%); Sanders III: 26 TH (36,62%). Sanders IV và 18 TH (25,35%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 63 BN, với 71 xương gót gãy phạm khớp được phẫu thuật kết xương nẹp khóa, tuổi trung bình là 44,54 (từ 19 – 71), độ tuổi từ 18-44 chiếm 52,4%; nam giới chiếm 93,7%. Nguyên nhân do ngã cao chiếm đa số với 58/63 BN (92,1%), trong đó có 8 BN gãy xương gót cả 2 bên. Nghiên cứu của Lê Mạnh Sơn (2024) có 32 BN gãy xương gót với tuổi trung bình là 39,9; nguyên nhân chủ yếu là do ngã cao chiếm 94%, có 18,7% gãy xương gót 2 bên. [3]

Trong nghiên cứu của Diranzo-Garcia J. (2018), có 54 BN tuổi trung bình là 48; nguyên nhân do ngã cao là 74,6% [4]. Nghiên cứu của Gadhavi M. (2018) với 42 BN gãy xương gót, tuổi trung bình là 39,78. Nguyên nhân do ngã cao chiếm đa số, trong đó có 10% BN gãy xương gót cả 2 bên. [5].

Mitchell (2009) nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ học của 697 BN gãy xương gót cho thấy độ tuổi trung bình là 44 (nam là 39, nữ là 55) và nguyên nhân do ngã cao chiếm 71,5%. Số BN gãy cả hai bên là 55 BN chiếm 7,89% [1]. Như vậy đặc điểm dịch tễ của nhóm BN gãy xương gót trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác đã công bố.

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Vết bầm tím ở mặt ngoài gót chân là dấu hiệu thường gặp trong gãy xương gót, do máu từ ổ gãy xương chảy vào các khoang phần mềm xung quanh vùng gót. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 70,4% các trường hợp có vết tím bầm.

Khi gãy xương gót thường có sưng nề quanh gót và tụ máu ở bàn chân; một số trường hợp có phồng thanh huyết do rối loạn dinh dưỡng nặng; đôi khi mảnh xương gãy di lệch chèn ép gây thiếu dưỡng cả một vùng da ở mặt ngoài và mặt sau xương gót. Mức độ sưng nề có ảnh hưởng lớn đến thời điểm phẫu thuật của bệnh nhân. Đối với các trường hợp sưng nề lớn, bệnh nhân được điều trị tạm thời bằng bất động nẹp, giảm đau, giảm nề và gác cao chân; khi tình trạng sưng nề giảm, xuất hiện trở lại các nếp nhăn da ở mặt ngoài gót chân (Wrinkle's sign) thì sẽ tiến hành phẫu thuật.

4.3. Đặc điểm tổn thương trên X-quang và cắt lớp vi tính. Trong nhóm nghiên cứu có 39/71 xương gót (54,9%) gãy thể lún và 32/71 xương gót (45,1%) gãy thể lười theo phân loại của Essex-Lopresti. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Mạnh Sơn (2024) với tỷ lệ gãy kiểu lún theo Essex – Lopresti là 62,5%, còn trong nghiên cứu của Gadhavi (2018) là 76%, Backes (2013) là 54,7%. [3, 5, 6].

Bảng 3. Số đo góc Bohler trước mổ từng nhóm theo phân loại Sanders (n=71) (p=0,01, pearson test)

Phân loại Sanders	Góc Bohler trung bình	n
II	$3.63^\circ \pm 10.07^\circ$	27
III	$-4.82^\circ \pm 13.01^\circ$	26
IV	$-9.37^\circ \pm 15.38^\circ$	18
Tổng	$-2.76^\circ \pm 13.57^\circ$	71

Độ lớn của góc Bohler trung bình trước phẫu

thuật là $-2,76^\circ \pm 13,57^\circ$, trong đó có 54,9% trường hợp có góc Bohler nhỏ hơn 0° , nghiên cứu của tác giả khác cũng đều cho thấy góc Bohler giảm nhỏ hơn 20° có giá trị chẩn đoán gãy xương gót như Lê Mạnh Sơn ($-9^\circ \pm 12,60^\circ$); Backes ($7,40^\circ$), Diranzo ($17,10^\circ$) [3,4,6]. Joshep D. (2013) nghiên cứu 212 BN gãy xương gót với góc Bohler trung bình là $5,5^\circ$, tác giả chỉ ra rằng, khi góc Bohler nhỏ hơn 25° thì độ đặc hiệu trong chẩn đoán gãy xương gót là 85%, tuy nhiên khi góc Bohler nhỏ hơn 21° thì độ nhạy và độ đặc hiệu khi chẩn đoán gãy xương gót lên đến 99%. [7]

Hình ảnh đường mờ kép trên phim X-quang nghiêng giúp chẩn đoán gãy phạm khớp sên – gót sau. Chúng tôi gặp dấu hiệu này ở 59,4% trường hợp. Ngoài ra trên phim X-quang nghiêng ghi nhận được hình ảnh lan vào khớp gót hộp ở 26/71 trường hợp (36,6%). Sanders R. (2000) mô tả dấu hiệu đường mờ kép trên phim x-quang nghiêng là do $\frac{1}{2}$ diện khớp phía ngoài của khớp sên khớp sau bị di lệch, chèn vào thân xương gót, trong một số trường hợp góc Bohler gần như bình thường [2]. Schepers T. (2021) báo cáo BN có dấu hiệu đường mờ kép trong các trường hợp gãy xương gót kèm theo trật khớp sên gót, lên đến 94%.

Về phân loại theo Sanders, loại II: 38,03%, loại III: 36,62%, loại IV: 25,35%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của Sanders (2000), Kinner (2010) hay Diranzo. (2018) theo đó gãy Sander II và III chiếm đa số [2, 4, 8]. Bằng việc chụp CLVT xương gót, chúng tôi đã phát hiện thêm 21 trường hợp có đường gãy phạm khớp gót hộp; trước đó các BN này trên phim X-quang không phát hiện được. Tỷ lệ gãy phạm khớp gót hộp trên phim CLVT là 66,2%. Theo Kinner B. (2010) tỷ lệ BN gãy xương gót có hình ảnh gãy phạm khớp gót hộp là 68% [8]. Số bệnh nhân có gãy phạm khớp gót hộp theo từng nhóm là: loại II: 48,1%, loại III: 61,5%, loại IV: 100%. Kinner cũng nhận thấy rằng có sự liên quan giữa kiểu gãy lún và hình ảnh gãy phạm khớp gót hộp, đồng thời các bệnh nhân có gãy phạm khớp gót hộp cho kết quả phục hồi chức năng theo AOFAS kém hơn so với nhóm không phạm khớp; theo tác giả thì gãy phạm khớp gót hộp làm cho bệnh nhân cảm thấy khó khăn khi đi trên bề mặt gỗ ghè. [8]

Chúng tôi khảo sát hình ảnh tổn thương diện khớp sên gót dựa trên hình ảnh dựng hình 3D và ghi nhận tất cả đều có tổn thương diện khớp sên gót sau, trong đó có 51% gãy thành 2-3 mảnh lớn. Có 45,1% số trường hợp tổn thương diện khớp sau đi kèm với diện khớp giữa hoặc trước, tổn thương cả 3 diện khớp chiếm 26,8%. Theo

Alison D. (2006), trong số các gãy xương gót phạm khớp có 39% tổn thương diện khớp trước hoặc diện khớp giữa, hoặc cả 2 diện khớp này. Ngoài ra Alison D. cũng chỉ ra rằng, đối với các trường hợp ghi nhận hình ảnh gãy cả diện khớp trước và giữa, đường gãy chính của xương gót có xu hướng đi về phía thành trong và có ý nghĩa lâm sàng nhất định, đặc biệt trong vấn đề nắn chỉnh lại diện khớp.

V. KẾT LUẬN

Gãy xương gót thường gặp ở vùng cổ chân, nguyên nhân ngã cao chiếm 92,1%. Hình ảnh X-quang cho thấy gãy kiểu lún thường gặp với tỷ lệ là 54,9%. Góc Bohler trung bình ở mức $-2,76^\circ \pm 13,57^\circ$, trong đó góc Bohler âm ($<0^\circ$) chiếm 54,9%. Hình ảnh chụp CLVT cho thấy 100% có tổn thương diện khớp sên gót, tỷ lệ có đường gãy phạm khớp gót hộp là 66,2%. Phân loại theo Sanders gồm Sander II: 38,03%; Sanders III: 26 TH (36,62%). Sanders IV và 18 TH (25,35%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. J. Mitchell, J. C. McKinley, C. M. Robinson. (2009) The epidemiology of calcaneal fractures. *The Foot*. 19(4):197-200.
2. R. Sanders (2000) Displaced intra-articular

fractures of the calcaneus. *J Bone Joint Surg Am*. 82(2):225-50.

3. Lê Mạnh Sơn, Nguyễn Văn Phan, Nguyễn Quang Huy, và cs. (2024) Đánh giá kết quả điều trị gãy kín xương gót bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại khoa phẫu thuật chấn thương chung - bệnh viện hữu nghị Việt Đức Tạp chí Y học Việt Nam. 539(2)
4. J. Diranzo-Garcia, X. Bertó-Martí, L. Castillo-Ruiperez, et al. (2018) Treatment of intraarticular calcaneal fractures by reconstruction plate. Results and complications of 86 fractures. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol (Engl Ed)*. 62(4):267-273.
5. Mohnish V Gadhavi, Hiren Bhabhor, Janak Mistry. (2018) To study outcomes of calcaneus fractures treated by conservative and surgical treatment according to AOFAS scoring system. *National Journal of Clinical Orthopaedics*.
6. Manouk Backes, Tim Schepers, M. Suzan H. Beerekamp, et al. (2014) Wound infections following open reduction and internal fixation of calcaneal fractures with an extended lateral approach. *International Orthopaedics*. 38(4):767-773.
7. Noah M. Joseph, Margaret A. Sinkler, Steven Magister, et al. (2023) Fixation of displaced intra-articular calcaneus fractures is safe using either sinus tarsi or extensile lateral approach. *Injury*. 54(6):1824-1830.
8. B. Kinner, S. Schieder, F. Müller, et al. (2010) Calcaneocuboid joint involvement in calcaneal fractures. *J Trauma*. 68(5):1192-9.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U BUỒNG TRỨNG: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ NỘI

Nguyễn Duy Phương¹, Nguyễn Thị Thu¹, Vũ Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả thực hiện trên 265 bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 01 năm 2023. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm đặc điểm lâm sàng, kết quả siêu âm, chỉ số marker (CA-125, HE4, AFP), ROMA, phương pháp phẫu thuật, kết quả mô bệnh học và biến chứng sau mổ. **Kết quả:** U buồng trứng thường gặp nhất ở nhóm tuổi 20–29 (34,3%). Triệu chứng phổ biến là đau tức bụng dưới (76,6%) và rối loạn kinh nguyệt (15,1%). Kích thước

u chủ yếu từ 5–10 cm (74,3%). Siêu âm ghi nhận khối u tăng âm chiếm tỷ lệ cao nhất (51,7%). Đa số bệnh nhân có các chỉ số marker trong giới hạn bình thường. Phẫu thuật bóc u được thực hiện chủ yếu ở nhóm bệnh nhân <40 tuổi, u có kích thước 5 -10 cm (chiếm 74,2%). Tỷ lệ cắt phần phụ cao hơn ở nhóm ≥50 tuổi (53,8%). Biến chứng thường gặp nhất là xoắn nang (7,5%), tất cả bệnh nhân không có tai biến trong phẫu thuật, sau mổ ổn định. Mô bệnh học cho thấy phần lớn là u lành tính, trong đó phổ biến nhất là u nang bì (63%); u ác chỉ chiếm 0,4%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đối với u buồng trứng, đặc biệt trong các trường hợp u lành tính. Việc kết hợp lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm marker giúp định hướng xử trí phù hợp. Nghiên cứu góp phần làm rõ đặc điểm bệnh lý u buồng trứng tại một bệnh viện đa khoa và khẳng định vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị.

Từ khóa: U buồng trứng, phẫu thuật nội soi u buồng trứng, u nang buồng trứng

SUMMARY

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF OVARIAN TUMORS: CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Nội

²Công ty Cổ phần dịch vụ Phân tích Di truyền (Gentis)

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thu Hương

Email: vuthuhuong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025