

5.35 ± 6.53 tế bào/mm³. Theo Nguyễn Minh Đức: protein trung bình là 1,53±1,42 g/l và tế bào là 3,28±6,72 tế bào/mm³, phân ly đậm tế bào chiếm 83.5%. Điều này phản ánh sự tăng Protein và không tăng số lượng tế bào trong dịch não tủy.

Trong kết quả điện cơ thu được chúng tôi ghi nhận bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao chiếm ưu thế trong nhóm tổn thương sợi trục bao gồm AMSAN và AMAN với tỷ lệ tổng là 76.4%, nhóm tổn thương hủy myelin AIDP chiếm 20.6%. Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức với tỷ lệ 73,2% bệnh nhân thuộc nhóm AIDP, trong khi nhóm bệnh tổn thương sợi trục chỉ chiếm 19,5%.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng Guillain - Barré là một bệnh lý có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, xảy ra trong hầu hết các khoảng thời gian trong năm, tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn so với nữ và chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân sinh sống tại nông thôn. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là yếu liệt tứ chi hoặc yếu hai chi dưới, dị cảm, đau, giảm hoặc mất phản xạ gân xương. Cận lâm sàng được dùng là khảo sát dịch não tủy và đo điện cơ. Phân ly đậm tế bào chiếm 70%, với sự tăng Protein dịch não tủy trong khi tế bào ở mức bình thường. Điện cơ

ghi nhận tần suất mắc bệnh thuộc thể tổn thương sợi trục chiếm ưu thế với 76.4% so với 19.5% thuộc thể hủy myelin cấp tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2022), Bệnh thần kinh ngoại biên, Nhà xuất bản Y học.
2. R. A. Hughes and D. R. Cornblath (2005), "Guillain-Barré syndrome", Lancet. 366(9497), pp. 1653-66.
3. Al-Saffar and B. Al-Fatly (2018), "Acute Motor Axonal Neuropathy in Association with Hepatitis E", Front Neurol. 9, pp. 62.
4. Vũ Anh Nhị, Trần Thị Bích Ngọc (2011), "Đánh giá các yếu tố tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 15(1), tr. 662-668.
5. R. A. Hughes, A. V. Swan and P. A. van Doorn (2014), "Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome", Cochrane Database Syst Rev. 2014(9), pp. Cd002063
6. Nguyễn Kim Đông (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân hội chứng Guillain - Barré tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
7. Nguyễn Minh Đức (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán điện và kết quả điều trị hội chứng Guillain - Barré bằng phương pháp thay huyết tương, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT VỚI KỸ THUẬT ÍT XÂM LẤN

Huỳnh Thành Phương Nhân¹, Trần Anh Dũng², Nguyễn Lê Hoan³, Nguyễn Thành Tấn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân là kiểu gãy thường gặp với nhiều phương pháp điều trị. Hiện nay, việc điều trị loại gãy này đặt ra nhiều vấn đề về các biến chứng và khả năng lành xương theo phương pháp mổ mở. Kết hợp xương bằng nẹp vít can thiệp tối thiểu cho thấy nhiều kết quả khả quan, hiệu quả lành xương cao và giảm thiểu được các biến chứng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương cẳng chân bằng phẫu

thuật kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn và các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương cẳng chân được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm bệnh nhân, lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị gồm kết quả nắn chỉnh, sự liền xương theo JL Haas và JY De la Cafinière, sự phục hồi chức năng bằng thang điểm AOFAS và sự hài lòng của bệnh nhân. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 52,73 ± 15,3 tuổi. Kiểu gãy theo AO/OTA chủ yếu là 43A1. 100% bệnh nhân đều liền xương với thời gian liền xương trung bình là 12,51 tuần. Điểm AOFAS trung bình đạt 95,44 ± 4,136 tại thời điểm 6 tháng sau mổ của 27 bệnh nhân với kết quả phục hồi chức năng rất tốt đạt 92,59% và tốt đạt 7,41%. Sự hài lòng về liền xương và phục hồi chức năng đạt 94,59%. **Kết luận:** kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn cho gãy đầu dưới xương cẳng chân

¹Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

mang lại kết quả điều trị tốt với tỉ lệ liền xương cao và bệnh nhân sớm trở lại với hoạt động thường ngày.

Từ khóa: gãy đầu dưới xương cẳng chân, phẫu thuật can thiệp tối thiểu, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp.

SUMMARY

THE RESULTS OF CLOSED DISTAL TIBIA FRACTURE TREATMENT BY MINIMALLY INVASIVE PLATE OSTEOSYNTHESIS

Background: Distal tibial fracture is a common type of injury that can be treated in many ways. In recent years, bone union and complications in those fractures have been the main factors for consideration in patients treated by original surgery. Minimally invasive plate osteosynthesis is a new procedure which is considered as a potential treatment with a low rate of complication and excellent bone healing percentage. **Objectives:** Evaluation outcomes of minimally invasive plate osteosynthesis for closed distal tibia fractures and some factors affecting treatment results at Can Tho Central General Hospital and Dong Thap General Hospital. **Materials and Methods:** Patients who had closed distal tibia fractures and had undergone minimally invasive plate osteosynthesis were included in the study. We noted some characteristics of patients, clinical, X-ray, and evaluation outcomes including fixation results, bone healing results through JL Haas and JY De la Cafinière, rehabilitation according to AOFAS, and patient satisfaction. **Results:** The average age was $52,73 \pm 15,3$. The main AO/OTA type was 43A1. 100% patients union with an average bone healing time was 12,51 weeks. The average AOFAS score after 6 months postoperative of 27 patients was $95,44 \pm 4,136$, very good rehabilitation was 92,59% and good was 7,41%. The union and rehabilitation results were satisfactory in 94,59% of patients. **Conclusion:** Minimally invasive plate osteosynthesis of distal tibial fracture brings significant results with high rate of union and resuming early return to activities.

Keywords: distal tibia fracture, Minimally Invasive Plate Osteosynthesis, Can Tho Central General Hospital, and Dong Thap General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương cẳng chân là loại gãy thuộc vùng hành xương, ít mạch máu nuôi và ít cơ che phủ phía trước nên gãy xương vùng này thường gãy hở, tăng nguy cơ nhiễm trùng và chậm liền xương [5]. Nắn chỉnh kín và kết hợp xương bằng nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn (MIPO - Minimal invasive plate osteosynthesis) là phương pháp kết hợp xương sinh học, có nhiều ưu điểm được áp dụng rộng rãi trong điều trị gãy đầu dưới xương cẳng chân [1], [2].

Phẫu thuật kết hợp xương đầu dưới xương cẳng chân bằng nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn đã được triển khai tại nhiều cơ sở bệnh viện. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá kết quả phương pháp điều trị này tại Đồng bằng

sông Cửu Long nói chung và thành phố Cần Thơ, tỉnh Đồng Tháp nói riêng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu: 1. *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn.* 2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương cẳng chân được phẫu thuật bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp và Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương cẳng chân không phạm khớp phân loại 43A theo AO/OTA được phẫu thuật bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp gãy hai xương cẳng chân do bệnh lý. Các trường hợp có gãy xương khác ảnh hưởng đến phục hồi chức năng cổ chân như: vỡ xương gót, xương sên, có tổn thương phức tạp ở bàn chân, xương đùi, xương chậu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 37 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu. Lập danh sách, khám lâm sàng, chụp X-quang đánh giá bệnh nhân trước mổ.

Tiến hành phẫu thuật

Kỹ thuật mổ

Thì 1: Kết hợp xương mác (nếu có gãy xương mác kèm theo)

Nắn chỉnh và cố định xương mác bằng nẹp mắc xích khóa hoặc nẹp lòng máng với các vít xương cứng 3,5mm hoặc xuyên Kirschner để cố định xương mác.

Thì 2: Kết hợp xương chày

Rạch da khoảng 3 – 5 cm theo đường vòng cung từ sau mắt cá trong, tránh tổn thương tĩnh mạch hiển lớn và các nhánh thần kinh bì đi kèm. Sau đó tạo đường hầm dưới da và trên màng xương dọc theo thần xương chày. Chiều dài đường hầm bằng chiều dài nẹp.

Luồn nẹp theo đường hầm và nắn chỉnh ổ gãy dưới C-arm. Cố định ổ gãy bằng kẹp giữ xương AO hoặc kim Kirschner 2.0 qua da. Ướm thử nẹp và xương. Điều chỉnh lại chiều dài hoặc hình dáng nẹp, có thể uốn nẹp để mặt nẹp có

thể áp sát xương. Cố định nẹp với xương chày bằng vít hoặc kim Kirschner tại đầu xa, kiểm tra dưới C-arm đảm bảo vít hoặc kim Kirschner nằm trên mặt khớp trần chày.



Hình 1. Ướm thử nẹp và bắt vít cố định
(Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Thanh T. – Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ)

Rạch da khoảng 2-5cm ngay trên nẹp đầu gối, bắt 1 hoặc 2 vít. Kiểm tra lại trên C-arm. Nếu đạt, tiếp tục bắt các vít còn lại, ít nhất 4 vít mỗi đầu để đảm bảo vững chắc.

Thì 3: Kiểm tra gọng chày mác dưới và khóa gọng chày mác (nếu có)

Sau khi cố định vững chắc ổ gãy xương chày và xương mác, chúng tôi đánh giá sự vững chắc của khớp chày mác dưới và khóa gọng chày mác nếu có mặt vững.

Thì 4: Đóng vết mổ

Kiểm tra lại trên C-arm. Đóng vết mổ từng lớp theo giải phẫu.

Ghi chép, phân tích đánh giá kết quả sau mổ.

Mời tái khám, chụp X-quang, kiểm tra chức năng khớp cổ chân 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	52,73±15,3 tuổi
Nam: Nữ	2:1
Nguyên nhân	
Tai nạn giao thông	81,08%
Tai nạn sinh hoạt	5,41%
Tai nạn lao động	13,51%
Đặc điểm gãy xương	
Gãy đầu dưới xương chày	24,32%
Gãy đầu dưới cả hai xương	75,68%
Kiểu gãy	
43A1	24,32%
43A2	56,76%
43A3	18,29%

Nhận xét: Tuổi trung bình là 52,73 ± 15,3 tuổi. Nam nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chính gây

gãy đầu dưới xương cẳng chân là tai nạn giao thông với 81,08%. Gãy đầu dưới cả 2 xương chày và mác chiếm 75,68%, chỉ 24,32% gãy đầu dưới xương chày đơn thuần. Trong 37 BN gãy đầu dưới xương chày không phạm khớp theo AO/OTA, kiểu gãy 43A2 chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 56,76%.

3.2. Kết quả điều trị

Trên thực tế có 27 bệnh nhân chúng tôi theo dõi đủ thời gian 6 tháng.

Bảng 2. Kết quả liền xương

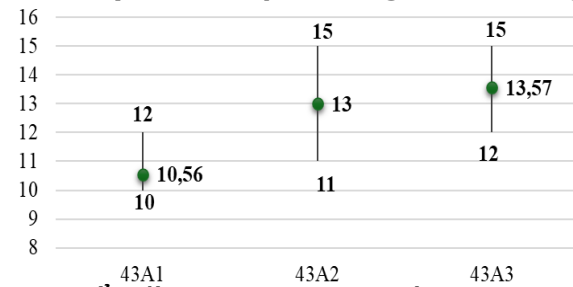
Kết quả liền xương	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	9	33,33
Tốt	18	66,67
Tổng	27	100

Nhận xét: Sau 6 tháng theo dõi, chúng tôi ghi nhận kết quả liền xương tốt chiếm đa số với tỉ lệ 66,67%, tiếp theo là kết quả liền xương rất tốt chiếm 33,33%.

Hầu hết bệnh nhân đều cực kỳ hài lòng và rất hài lòng với kết quả điều trị gãy đầu dưới xương cẳng chân mà chúng tôi mang lại chiếm 94,59% (n=37).

3.3. Các yếu tố liên quan kết quả điều trị

Các yếu tố liên quan thời gian liền xương



Biểu đồ 1. Tương quan phân loại gãy xương và thời gian liền xương (n=37)

Nhận xét: Thời gian liền xương trung bình của loại gãy 43A1 ngắn nhất với 10,56 tuần, tiếp theo là 43A2 với 13 tuần và dài nhất là loại gãy 43A3 với 13,57 tuần. Chúng tôi kết luận kiểu gãy càng phức tạp thì thời gian liền xương càng kéo dài với p=0,001<0,05. Kết quả nắn chỉnh theo Larson Bostman càng tốt thì kết quả liền xương sẽ càng nhanh với p = 0,001 < 0,05.

Các yếu tố liên quan kết quả nắn chỉnh và kết quả liền xương

Bảng 3. Phân bố kết quả liền xương theo phân độ gãy xương

Kết quả liền xương	Phân loại gãy xương		
	43A1	43A2	43A3
Rất tốt	6(100,00%)	3(18,75%)	-
Tốt	-	13(81,25%)	5(100,0%)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân gãy xương loại 43A1 đều cho kết quả liền xương rất tốt. Gãy

43A2 chỉ có 18,75% cho kết quả liền xương rất tốt, những bệnh nhân gãy 43A3 đều cho kết quả liền xương tốt. Từ đó cho thấy, có sự tương quan giữa độ nặng của gãy xương và kết quả liền xương với $p = 0,001 < 0,05$.

Các yếu tố liên quan kết quả phục hồi chức năng. Chưa có kết luận rằng gãy đầu dưới xương cẳng chân càng phức tạp thì kết quả phục hồi chức năng càng thấp với $p = 0,434 > 0,05$. Cụ thể, loại 43A1 có 100% kết quả phục hồi chức năng rất tốt, 93,75% gãy 43A2 cho kết quả phục hồi chức năng rất tốt, và gãy 43A3 chỉ có 80,00% kết quả phục hồi chức năng rất tốt. Vết mổ tốt cho kết quả phục hồi chức năng rất tốt cao với 92,31%, trong khi đó chỉ có 1 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ cho kết quả phục hồi chức năng rất tốt. Chúng tôi cho rằng chưa có sự tương quan giữa tình trạng vết mổ và sự phục hồi chức năng khớp cổ chân với $p = 0,926 > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm chung. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $52,73 \pm 15,3$ tuổi với tỉ lệ nam:nữ gần 2:1. Nguyên nhân gãy đầu dưới xương cẳng chân là tai giao thông với 81,08%. Kết quả chúng tôi tương đương tác giả Nguyễn Bá Ngọc (2023) 48,65% [3]. Có thể do hệ thống cơ sở hạ tầng ở nước ta còn đang trong quá trình hoàn thiện phát triển, kèm với ý thức tuân thủ luật giao thông của người dân chưa cao.

Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả đều là gãy xương không phạm khớp 43A. Loại gãy 43A2 chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 56,76. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự Sharma N.(2022) loại gãy thường gặp nhất là 43A2 với tỉ lệ 47,22% và Nguyễn Ngọc Hiếu (2016) với 57,14% gãy 43A2 [3], [7]

4.2. Kết quả điều trị. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu chiếm 70,27%, khi phần mềm đã giảm sưng nề, có nếp nhăn da vùng cổ chân. Trong 28 BN gãy xương mác kèm theo, có 71,43% cần phẫu thuật kết hợp xương mác. Đây là những trường hợp gãy xương mác 1/3 dưới gây ảnh hưởng đến độ vững khớp cổ chân. Nhiều tác giả đã thống nhất rằng "chìa khóa của phục hồi chức năng khớp cổ chân trong gãy trật khớp cổ chân là phải phục hồi được giải phẫu của xương mác, đảm bảo sự hoàn thiện của gọng chày mác"[5].

Vết mổ đều lành tốt chiếm 91,90%, chỉ có 3/37 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ vào ngày thứ 3. Với kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, bộc lộ

mô mềm với đường rạch da 3-5cm đủ rộng để lườn nẹp và bắt vít cố định, không gây uõn da và mô mềm vào mũi khoan. Do vậy, kết quả nhiễm trùng nông của chúng tôi rất thấp, không có bệnh nhân nào có nhiễm trùng sâu, tất cả vết mổ sau cùng đều lành.

Với kỹ thuật xâm lấn tối thiểu xương sẽ được nắn chỉnh gián tiếp dưới sự hỗ trợ của màn hình tăng sáng trong mổ, phẫu thuật viên dễ dàng kiểm tra sự nắn chỉnh qua hình ảnh. Kết quả nắn chỉnh theo Larson và Bostman đạt kết quả tốt chiếm 64,86%, kết quả rất tốt chiếm 35,14% [5], [7].

Chúng tôi đánh giá kết quả liền xương theo JL Haas và JY De la Caffinière dựa trên sự nắn chỉnh ổ gãy và thời gian liền xương. Sau 6 tháng theo dõi 27 bệnh nhân, chúng ghi nhận kết quả liền xương tốt chiếm đa số với tỉ lệ 66,67%, tiếp là kết quả liền xương rất tốt chiếm 33,33%.

Tất cả bệnh nhân được đi chịu lực hoàn toàn tại thời điểm lành xương. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng di lệch thứ phát sau khi bắt đầu chịu lực và các biến chứng khác. Thời gian liền xương trung bình là 12,51 tuần. Kết quả của chúng tôi có nhanh hơn các tác giả khác. Sharma N.(2022) là 16,2 tuần, Ahmed A. (2019) là 16,8 tuần, Shulka R.(2023) là 66,33 ngày [4], [7], [8]. Có thể trong quá trình phẫu thuật chúng tôi bóc tách phần mềm và màng xương không nhiều nên không làm tổn thương thêm sự nuôi dưỡng của xương, và kiểu gãy của chúng tôi ít phức tạp hơn các nghiên cứu trên. Từ kết quả trên cho thấy, hệ thống nẹp khóa đủ sức chịu lực cho gãy đầu dưới cẳng chân, cố định xương vững chắc, chống lại biến chứng di lệch thứ phát giúp bệnh nhân có thể tập luyện vận động sớm và đi chịu lực khi có dấu hiệu lành xương.

Sau 6 tháng theo dõi, phần lớn bệnh nhân đều cho kết quả phục hồi chức năng rất tốt với 92,59% và 7,41% kết quả tốt. Kết quả phục hồi chức năng theo AOFAS trung bình là $95,44 \pm 4,136$. Kỹ thuật ít xâm lấn với đường mổ nhỏ, hạn chế tổn thương mô mềm nên sau mổ bệnh nhân ít đau và bệnh nhân được nắn chỉnh tốt về mặt giải phẫu, xương gãy được cố định vững chắc là yếu tố giúp bệnh nhân tập vận động sớm sau mổ tốt để lấy lại tầm vận động và trở lại sinh hoạt hàng ngày.

Hầu hết bệnh nhân đều cực kỳ hài lòng và rất hài lòng với kết quả điều trị gãy đầu dưới xương cẳng chân mà chúng tôi mang lại chiếm 94,59%.

4.3. Các yếu tố liên quan kết quả điều trị Các yếu tố liên quan thời gian liền

xương. Thời gian liền xương trung bình của loại gãy 43A1 ngắn nhất với 10,56 tuần. Chúng tôi cho rằng kiểu gãy càng phức tạp thì thời gian liền xương càng kéo dài với $p = 0,001 < 0,05$. Kết quả nắn chỉnh theo Larson Bostman tốt sẽ cho thời gian liền xương nhanh hơn với $p = 0,001 < 0,05$. Xương gãy càng phức tạp thì hệ thống mạch máu nuôi xương càng tổn thương nặng nề dẫn đến thời gian liền xương lâu hơn. Nắn chỉnh các mảnh gãy về vị trí giải phẫu, hoặc còn những di lệch chấp nhận được sẽ hạn chế khoảng cách giữa các mảnh gãy, đồng thời hạn chế tổn thương mạch máu màng xương là yếu tố thuận lợi để đẩy nhanh quá trình liền xương. Đây cũng là ưu điểm của kỹ thuật MIPO.

Các yếu tố liên quan kết quả nắn chỉnh và kết quả liền xương. Tất cả bệnh nhân gãy xương loại 43A1 đều cho kết quả liền xương rất tốt. Gãy 43A2 chỉ có 18,75% cho kết quả liền xương rất tốt, những bệnh nhân gãy 43A3 đều cho kết quả liền xương tốt. Từ đó cho thấy, có sự tương quan giữa độ nặng của gãy xương và kết quả liền xương với $p = 0,001 < 0,05$. Trần Nguyễn Anh Duy (2020), Nguyễn Bá Ngọc(2023) cũng cho rằng có mối tương quan giữa hình thái ổ gãy xương chày và kết quả nắn chỉnh [1], [3].

Các yếu tố liên quan kết quả phục hồi chức năng. Chưa đủ cơ sở cho rằng gãy đầu dưới cẳng chân càng phức tạp thì kết quả phục hồi chức năng càng thấp với $p = 0,434 > 0,05$. Như đã bàn luận ở trên, xương gãy càng phức tạp thời gian liền xương càng kéo dài, dẫn đến kéo dài thời gian chống chân tì đè, ảnh hưởng đến sự tập luyện phục hồi chức năng của bệnh nhân.

Chúng tôi cho rằng chưa có sự tương quan giữa tình trạng vết mổ và sự phục hồi chức năng khớp cổ chân với $p = 0,926 > 0,05$. Tuy nhiên, những trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ, chúng tôi thường cho bệnh nhân nghỉ ngơi, hạn chế vận động, nhằm ổn định phần mềm vết mổ cho đến khi vết mổ lành hoàn toàn. Sự gián đoạn này ít nhiều đã ảnh hưởng đến quá trình tập vận động của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới xương cẳng chân gặp nhiều ở nhóm tuổi lao động. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Tổn thương mô mềm theo Tscherné độ I chiếm tỉ lệ cao nhất với 70,27%. Trong 37 BN gãy đầu dưới xương chày không phạm khớp theo AO/OTA, kiểu gãy 43A2 chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 56,76%.

Vết mổ đều lành tốt chiếm 91,90%, chỉ có

3/37TH nhiễm trùng nông vết mổ chiếm 8,10%. Kết quả liền xương tốt chiếm đa số với tỉ lệ 66,67%, kết quả rất tốt là 33,33%, thời gian liền xương trung bình là 12,51 tuần. Sau 6 tháng phần lớn bệnh nhân đều cho kết quả phục hồi chức năng rất tốt với 92,59% và 7,41% có kết quả tốt, điểm AOFAS trung bình là $95,44 \pm 4,136$.

Kiểu gãy càng phức tạp thì hệ thống mạch máu nuôi xương càng tổn thương nặng nề dẫn đến thời gian liền xương lâu hơn với $p = 0,001 < 0,05$. Kết quả nắn chỉnh theo Larson Bostman tốt sẽ cho thời gian liền xương nhanh hơn với $p = 0,001 < 0,05$. Có sự tương quan giữa độ nặng của gãy xương với kết quả liền xương với $p = 0,001 < 0,05$.

Điều trị gãy kín đầu dưới xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn cho kết quả tốt với tỉ lệ liền xương cao và bệnh nhân nhanh chóng trở lại với sinh hoạt thường ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Nguyễn Anh Duy** (2020), "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu xa xương cẳng chân bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít, can thiệp tối thiểu dưới màn tăng sáng", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 2020 số 31.
2. **Nguyễn Ngọc Hiếu** (2016), Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp vít gãy đầu dưới hai xương cẳng chân thương bằng kỹ thuật MIPO tại Bệnh viện Quân y 7A, Hội nghị khoa học Bệnh viện Quân y 120 mở rộng lần thứ I năm 2017.
3. **Nguyễn Bá Ngọc** (2023), "Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Quân Y 103", Tạp chí Y học Việt Nam tập 532, tr 6-11.
4. **Ahmed A. Khalifa, et al.** (2019), "Conventional Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) Compared to Minimally Invasive Plate Osteosynthesis (MIPO) for Treatment of Extra-Articular Distal Tibia Fractures - A Prospective Randomized Trial", Orthopedics and Rheumatology Open Access Journal, 13(4).
5. **Egol K.A** (2015), "Ankle fractures", Rockwood and Green's Fractures in Adults, 8th Edition.
6. **Reto Babst** (2017), "Minimally invasive osteosynthesis", AO Principles of Fracture Management. AO Foundation. pp. 149-172.
7. **Sharma N. and Gulati A.** (2022), "Functional outcome of distal tibia fracture fixation with locking compression plate (LCP) using MIPO technique in a tertiary care hospital in eastern India", International Journal of Orthopaedics, 8(1), 310-313.
8. **Shukla R.** (2023), "Factors affecting functional outcome of distal tibia fractures treated by plating using minimal invasive percutaneous plate osteosynthesis technique". Int. j. of adv. res. 11 (apr), pp.1649-1658.

KẾT QUẢ SƠ SINH CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI PHỤ THỤ TINH ỒNG NGHIỆM MẮC TIỀN SẢN GIẬT SAU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lê Minh^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sơ sinh ở thai phụ thụ tinh ồng nghiệm (TTTON) mắc tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 65 thai phụ TTTON mắc tiền sản giật điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 07/2020 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình lúc sinh là của trẻ sơ sinh là $35,0 \pm 2,4$ tuần, trong đó tuổi thai trên 37 tuần chiếm 33,9%. Tuổi thai trung bình lúc sinh ở nhóm đơn thai cao hơn so với nhóm đa thai (250 ngày (35 tuần 5 ngày) và 243 ngày (34 tuần 5 ngày)) nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Phần lớn trẻ sơ sinh nặng $> 1500g$ (90,8%), trong đó có 30% sản phụ mang đa thai có con sinh ra nhẹ hơn tuổi thai. **Kết luận:** Tuổi thai trung bình lúc sinh của các thai phụ TTTON mắc TSG gần 36 tuần. Đa số trẻ có trọng lượng khi sinh $> 1500g$ (90,8%). Tuổi thai trung bình và trọng lượng trẻ sơ sinh giữa nhóm đa thai và đơn thai không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). 100% sơ sinh của thai phụ TTTON đơn thai khoẻ mạnh, không ghi nhận trường hợp nào tử vong sau sinh.

Từ khóa: kết quả sơ sinh, tiền sản giật, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

EVALUATED NEONATAL OUTCOMES OF IN VITRO FERTILIZATION PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT THE THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To evaluated neonatal outcomes of in vitro fertilization (IVF) pregnant women with preeclampsia at the the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Material and Methods:** A cross-sectional prospective study was collected in 65 IVF pregnant women with preeclampsia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from July 2020 to June 2021. **Results:** The average gestational age at birth of newborns is 35.0 ± 2.4 weeks, of which gestational age over 37 weeks accounts for 33.9%. The average gestational age at birth in the singleton group is higher than in the multiple pregnancies group (250 days (35weeks 5 days) vs 243 days (34 weeks 5 days)) but this difference is not statistically significant

($p > 0.05$). The majority of newborns weigh $> 1500g$ (90.8%), including 30% of mothers with multiple pregnancies whose babies are born lighter than their gestational age. **Conclusion:** The average gestational age at birth of IVF pregnant women with preeclampsia with preeclampsia is 36 weeks. The majority of children have a birth weight $> 1500g$ (90.8%). The average gestational age and newborn weight between the multiple and single pregnancy groups were not statistically significant ($p > 0.05$). 100% of newborns of pregnant women with singleton fetuses were healthy, no cases of postpartum death were recorded.

Keywords: Infant outcomes, preeclampsia, In Vitro Fertilization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là bệnh lý xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ với đặc trưng gồm tăng huyết áp, phù và protein niệu [1]. Ở Việt Nam, tỷ lệ tiền sản giật chiếm khoảng 3 – 4% tổng số sản phụ [2]. Hiện nay, nguyên nhân chính xác dẫn đến tiền sản giật vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn nhưng có thể do một số yếu tố nguy cơ mẹ tuổi cao, đa thai, tăng huyết áp hoặc đái tháo đường... Đặc biệt, một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thai phụ đã trải qua hỗ trợ sinh sản sẽ có nguy cơ bị tiền sản giật là 6 – 8%, nhất là với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) [3]. Tiền sản giật nếu không được xử trí sớm có thể dẫn đến nhiều biến chứng bất lợi cho cả mẹ và thai nhi, trong đó thai nhi có thể xuất hiện suy thai, đẻ non, nhẹ cân hoặc thai chậm phát triển trong tử cung...[4] Vì thế, để đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh sau điều trị TSG ở bệnh nhân đã thực hiện TTTON, chúng tôi đã tiến hành đánh giá kết quả sơ sinh ở thai phụ thụ tinh ồng nghiệm (TTTON) mắc tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên tất cả thai phụ TTTON được chẩn đoán và điều trị TSG sau TTTON tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 07/2020 đến hết tháng 06/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm và được chẩn đoán tiền sản giật với các triệu chứng sau:

o Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Minh

Email: nguyennleminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.6.2024

Ngày duyệt bài: 3.7.2024