

ra quãng vú rồi mới đến bầu vú được thực hiện rất tốt. Các nghiên cứu khác trên thế giới còn gợi ý việc xây dựng tài liệu trực quan hơn như các đoạn phim ngắn cho chiếu tại bệnh phòng về quy trình mát xa vú. Y văn đã chứng minh rằng các bà mẹ có mát xa vú thì tỷ lệ tắc tia sữa dẫn đến áp xe vú giảm đi đáng kể. Thậm chí, còn giảm thời gian nằm viện với mổ đẻ.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức của sản phụ về lợi ích của mát-xa vú sau sinh ở mức tương đối tốt (79,3%). Thực hành của bà mẹ khi mát-xa vú cũng rất tốt (98,3%). Điều dưỡng hộ sinh là người đóng vai trò quan trọng nhất trong việc nâng cao kiến thức và hướng dẫn thực hành mát-xa vú của sản phụ.

Bà mẹ có thể thực hiện được rất sớm việc mát xa vú một cách hiệu quả nếu như tiếp cận sớm được với các nguồn tài liệu truyền thông và sau đó là được hướng dẫn ngay tại bệnh phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2016), Thông tư "Quy định một số biện pháp thúc đẩy việc nuôi con bằng sữa mẹ tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh".
2. **WHO** (2014), Chăm sóc sơ sinh thiết yếu-Cẩm nang thực hành lâm sàng bỏ túi.
3. **Anderson L**, (2019 Aug), Breast massage: can it keep mothers breastfeeding longer? JBI Database System Rev Implement Rep. ;17(8):1550-1551. doi: 10.11124/JBISIR-D-19-00233. PMID: 31404046.
4. **Anderson L, Kynoch K, Kildea S, Lee N** (2019), Effectiveness of breast massage for the treatment of women with breastfeeding problems: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep; 17 (8):1668-1694.
5. **UNICEF** (2014), Giám sát thực trạng trẻ em và phụ nữ tại Việt Nam. Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2014.
6. **Phan Thị Tâm Khuê** (2009), Khảo sát kiến thức, thái độ thực hành về nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế, Tiểu luận tốt nghiệp chuyên ngành phụ sản.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ MẤT VỮNG KHUNG CHẬU BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG

Nguyễn Hữu Đạt¹, Nguyễn Việt Nam³, Nguyễn Tâm Từ², Nguyễn Hữu Thuyết², Nguyễn Văn Hết², Nguyễn Thành Tấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị gãy mất vững khung chậu hiện nay là một thách thức cho phẫu thuật viên. Kết hợp xương bên trong ở bệnh nhân gãy mất vững khung chậu đang cho thấy nhiều kết quả khả quan, đảm bảo phục hồi giải phẫu và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau mổ. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân gãy mất vững khung chậu, (2) Đánh giá kết quả điều trị gãy mất vững khung chậu bằng phương pháp kết hợp xương bên trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 38 bệnh nhân gãy khung chậu mất vững được phẫu thuật kết hợp xương bên trong từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024 tại bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình là 40,89 ± 14,91 tuổi; đa số gãy khung chậu loại B2.1 (Tile M. – 2003), chiếm 57,9%. Nguyên nhân chủ yếu gây gãy khung chậu là tai nạn giao thông (89,5%). Tỷ lệ phục hồi về giải phẫu và chức năng theo thang điểm Majeed ở mức độ rất tốt - tốt

lần lượt là 86,8% và 92,1%. Thời gian lành xương trung bình là 12,2 ± 2,3 tuần. Có mối tương quan giữa thang điểm phục hồi chức năng Majeed sau mổ 6 tháng và thang đo chất lượng cuộc sống của bệnh nhân SF-36 phiên bản 1.0 ($r = 0,529$, $p = 0,001$, $R^2 = 0,280$). **Kết luận:** Kết hợp xương bên trong ở bệnh nhân gãy mất vững khung chậu giúp phục hồi chức năng sớm, mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhân.

Từ khóa: gãy mất vững khung chậu, kết hợp xương bên trong, Tile M., phục hồi giải phẫu và chức năng, thang điểm Majeed.

SUMMARY

THE OUTCOME OF SURGICALLY TREATED UNSTABLE PELVIC FRACTURE BY OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION

Background: Pelvic fracture management is a challenging obstacle for orthopedic surgeons. Open reduction and internal fixation surgery is currently an effective procedure for treating unstable pelvic fractures, which enhances anatomical reduction and patients' quality of life postoperatively. **Objectives:** (1) Identifying some clinical characteristics of patients with unstable pelvic fractures; (2) Evaluating the surgical outcomes by open reduction and internal fixation on these patients. **Material and methods:** A cross-sectional descriptive and prospective study was carried out on 38 unstable pelvic fracture patients from June 2022 to June 2024 at Can Tho Central General Hospital. **Results:** the average age: 40,89 ± 14,91 years; the majority of fractures were classified

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 2.7.2024

in Tile B2.1 with 57.9%. Traffic accident was the most common reason for pelvic injury with 89,5%. The percentage of excellent and good anatomical reductions as well as Majeed's score were 86,8% and 92,1%, respectively; bone union duration was an average of $12,2 \pm 2,3$ weeks. There was correlation between the 6th month Majeed score and the Short Form Health Survey 36 questionnaire version 1.0 (SF-36) ($r = 0,529$, $p = 0,001$, $R^2 = 0,280$). **Conclusions:** Surgically treated unstable pelvic fracture with internal fixation brought very good functional outcomes.

Keywords: unstable pelvic fracture, internal fixation, Tile classification, anatomical reduction, functional outcomes, Majeed's score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy khung chậu là một loại gãy xương nghiêm trọng, thường gây ra do chấn thương năng lượng cao [1]. Gãy vững khung chậu có thể điều trị bảo tồn, ngược lại, khi gãy mất vững, khung chậu cần được cố định để tránh các biến chứng mất máu, giúp bệnh nhân phục hồi chức năng sớm, nâng cao chất lượng cuộc sống. Để điều trị những trường hợp mất vững trên, phương pháp kết hợp xương bên trong được sử dụng để giúp bất động khung chậu tốt hơn, giảm mất máu, ít đau hơn và khả năng hình thành can lệch thấp hơn so với bất động bằng khung cố định ngoài và điều trị bảo tồn [1], [2]. Tại Việt Nam nói chung và Cần Thơ nói riêng trong những năm gần đây, chưa có nhiều nghiên cứu mới về hiệu quả của phương pháp kết hợp xương bên trong. Tư duy theo thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả điều trị gãy mất vững khung chậu bằng phương pháp kết hợp xương bên trong" với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân gãy mất vững khung chậu và đánh giá kết quả điều trị gãy mất vững khung chậu bằng kết hợp xương bên trong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân gãy khung chậu mất vững được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán gãy khung chậu mất vững theo phân loại của Tile (B1, B2 C1, C2), được điều trị kết hợp xương bên trong, đủ 16 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng chậu, tiểu khung hay có kèm theo chấn thương sọ não chưa ổn định, gãy hở nguy cơ nhiễm khuẩn cao, không đủ mô che xương, sốc chấn thương nguy cơ đe dọa tính mạng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu

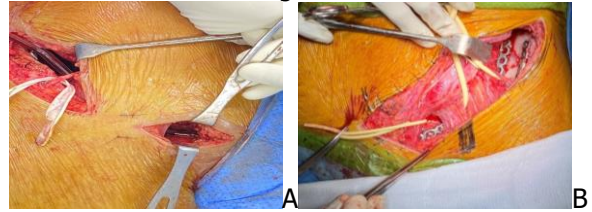
- **Nội dung nghiên cứu:** Thu thập thông tin 38 bệnh nhân gãy khung chậu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được phẫu thuật kết hợp xương bên trong. Bao gồm: tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, đặc điểm tổn thương kèm theo. Phân loại gãy khung chậu theo Tile.M; Kết quả thay đổi triệu chứng đau và tê trước – sau mổ; thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36.

- **Phương pháp phẫu thuật:** Bệnh nhân được vô cảm, nằm ngửa, kê mông bên phẫu thuật. Đường tiếp cận: Chậu bên, modified Stoppa, trên vệ (đối với toác khớp mu).

Bộc lộ các cửa sổ xương, vén bó mạch, thừng tinh, cơ (Hình 1).

Nắn chỉnh xương và đặt dụng cụ. Kiểm tra trên C-arm các tư thế thẳng, inlet, outlet.

Dẫn lưu kín và đóng vết mổ.

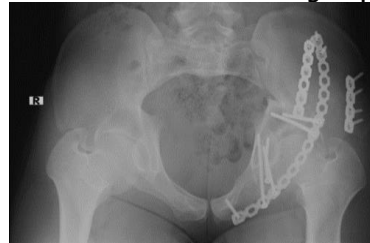


Hình 1. Các cửa sổ ở hai đường tiếp cận modified Stoppa (A) và đường chậu bên tiêu chuẩn (B)

- Sau mổ bệnh nhân được thăm khám lại và hẹn tái khám sau xuất viện vào các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng để đánh giá phục hồi chức năng và phục hồi về giải phẫu sau điều trị qua xquang ba tư thế (Hình 2).



Tư thế outlet Tư thế khung chậu thẳng



Tư thế inlet

Hình 2. Xquang bệnh nhân sau mổ 6 tháng (Nguồn: "Bệnh nhân LÊ THANH P., 27 tuổi")

- **Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

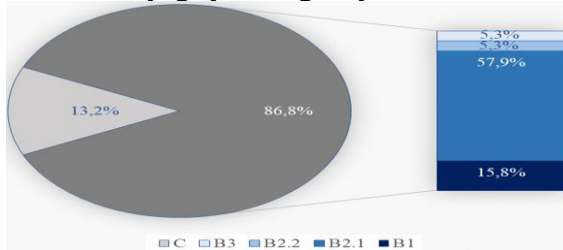
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	40,89 ± 14,91
Tỷ lệ nam/nữ	2,8/1 (28 nam:10 nữ)
Nguyên nhân chấn thương	
-Tai nạn giao thông	81,6%
-Tai nạn lao động	18,4%
Đặc điểm tổn thương kèm theo	
-Gãy ổ cối	19 bệnh nhân (50,0%)
-Gãy xương chi kèm theo	11 bệnh nhân (28,9%)
-Tổn thương đầu – ngực – bụng	25 bệnh nhân (65,8%)
-Sốc chấn thương	10 bệnh nhân (26,3%)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình dao động quanh tuổi trung niên, gãy khung chậu có thể gặp ở cả hai giới nhưng nam thường gặp hơn nữ gấp 3 lần. Đa số gãy khung chậu gây ra do tai nạn giao thông, chiếm 81,6%.

Phân loại gãy khung chậu



Biểu đồ 1. Phân loại gãy khung chậu theo Tile.M (2003)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân gãy khung chậu loại B, trong đó kiểu gãy B2.1 chiếm phần lớn với hơn một nửa tổng số bệnh nhân (57,9%). Tỷ lệ bệnh nhân gãy khung chậu loại C thấp hơn khoảng 6 lần so với loại B.

3.2. Kết quả sau mổ

3.2.1. Kết quả cải thiện lâm sàng

Bảng 2. Kết quả thay đổi triệu chứng đau và tê trước – sau mổ

Yếu tố	Kết quả
VAS	
VAS trước mổ (điểm)	7,11 ± 0,95
VAS sau mổ 1 tuần (điểm)	5,05 ± 1,18
VAS sau mổ 1 tháng (điểm)	2,79 ± 0,78
VAS sau mổ 6 tháng (điểm)	1,44 ± 0,72
Sự khác biệt giữa VAS trước và sau mổ 1 tuần	p = 0,688 (>0,05)
Sự khác biệt giữa VAS sau mổ 1 tháng và 6 tháng	p = 0,002 (<0,05)

Tổn thương thần kinh bì đùi ngoài	
Tê sau mổ < 1 tháng (bệnh nhân)	14 (36,8%)
Tê sau mổ < 6 tháng (bệnh nhân)	8 (21,1%)
Tê sau mổ > 6 tháng (bệnh nhân)	2 (5,3%)
Sự khác biệt giữa triệu chứng tê sau mổ 1 tháng và trước 6 tháng	p<0,001
Sự khác biệt giữa triệu chứng tê sau mổ 1 tháng và sau 6 tháng	p = 0,057 (>0,05)

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa thang điểm VAS trước và sau mổ trong vòng 1 tuần (p = 0,688). Sau 6 tháng hậu phẫu điểm VAS trung bình giảm thấp hơn điểm VAS lúc 1 tháng hậu phẫu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,002). Sự cải thiện của triệu chứng tê có thể được đánh giá trong giai đoạn 1 tháng – 6 tháng và sau 6 tháng, tuy nhiên đánh giá trong giai đoạn trước 6 tháng mới có sự khác biệt lâm sàng có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

3.2.2. Kết quả phục hồi giải phẫu

Bảng 2. Kết quả phục hồi giải phẫu theo kiểu gãy

Phân loại	Rất tốt (n,%)	Tốt (n,%)	Trung bình (n,%)	Kém (n,%)
B1	1(2,6%)	5(13,2%)	0	0
B2.1	8(21,1%)	11(28,9%)	1(2,6%)	1(2,6%)
B2.2	0	1(2,6%)	1(2,6%)	0
B3	1(2,6%)	1(2,6%)	0	0
C1.1	0	1(2,6%)	0	0
C1.2	0	1(2,6%)	1(2,6%)	1(2,6%)
C1.3	1(2,6%)	0	0	0
C2	0	1(2,6%)	0	0
Tổng	11(28,9%)	21(55,3%)	3(7,9%)	2(5,3%)

Trung bình di lệch khung chậu trước: 0,93 ± 0,85 cm

Trung bình di lệch khung chậu sau: 0,65 ± 0,55 cm

Nhận xét: Kết quả phục hồi giải phẫu tốt và rất tốt ở các bệnh nhân sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao (khoảng 84,2%), có 2 bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh phục hồi giải phẫu ở mức độ kém, chiếm 5,3%. Độ di lệch khung chậu trước và sau trung bình dưới 1 cm.

3.2.3. Kết quả phục hồi chức năng

Bảng 3. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Majeed 6 tháng sau mổ

Phân loại	Rất tốt (n,%)	Tốt (n,%)	Trung bình (n,%)
B1	0	6 (15,8%)	0
B2.1	4 (10,5%)	17 (44,7%)	1 (2,6%)
B2.2	0	1 (2,6%)	1 (2,6%)
B3	0	2 (5,3%)	0
C1.1	1 (2,6%)	0	0
C1.2	0	2 (5,3%)	1 (2,6%)
C1.3	0	1 (2,6%)	0
C2	0	1 (2,6%)	0

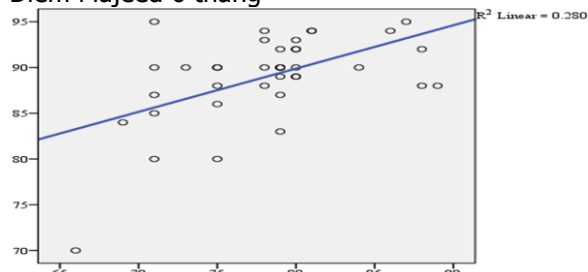
Tổng	5 (13,2%)	30 (78,9%)	3 (7,9%)
------	-----------	------------	----------

Điểm Majeed trung bình: $78,1 \pm 5,4$

Nhận xét: Kết quả phục hồi chức năng ở mức độ rất tốt – tốt theo thang điểm đánh giá Majeed chiếm tỷ lệ cao, khoảng 92,1% trên tổng số bệnh nhân, còn lại các bệnh nhân có kết quả phục hồi chức năng ở mức độ trung bình, không có bệnh nhân ở mức độ kém. Điểm Majeed trung bình sau 6 tháng của các bệnh nhân ở mức độ tốt.

3.2.4. Kết quả chung theo thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36. Điểm trung bình mức độ hài lòng của bệnh nhân là $88,9 \pm 4,8$, đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị và quá trình phục hồi chức năng. Trong đó, điểm hài lòng về thể chất là 91,1%, và điểm hài lòng về tinh thần khoảng 85,7%.

Điểm Majeed 6 tháng



Biểu đồ 2. Môi tương quan giữa thang điểm Majeed sau 6 tháng và thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36

Nhận xét: Điểm Majeed sau 6 tháng có tương quan thuận với mức độ hài lòng của bệnh nhân. Bệnh nhân có điểm phục hồi chức năng Majeed sau 6 tháng càng cao thì mức độ hài lòng chung của bệnh nhân càng nhiều ($r = 0,529, p = 0,001, R^2 = 0,280$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo 38 ca gãy mất vững khung chậu được phẫu thuật từ tháng 6 năm 2022, bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bên trong, đánh giá và theo dõi sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau mổ.

Đặc điểm chung của các bệnh nhân gãy khung chậu đa số tập trung ở độ tuổi thanh niên trở lên, nam nhiều hơn nữ, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $40,89 \pm 14,91$ tuổi. Nguyên nhân đa phần là do tai nạn giao thông (81,6%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Toàn vào năm 2011 ($30,6 \pm 6,3, p < 0,001$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do thời gian khảo sát sau hơn 10 năm và cơ cấu dân số già hóa nên độ tuổi trung bình của chúng tôi cao hơn [1].

Chúng tôi ghi nhận số bệnh nhân gãy khung

chậu Tile B chiếm tỷ lệ nhiều nhất (86,8%), trong đó kiểu B2.1 chiếm 57,9% trên tổng số bệnh nhân. Đây cũng là dạng thường gặp với cơ chế lực ép bên trong tai nạn giao thông bằng xe gắn máy – phương tiện giao thông phổ biến nhất tại Việt Nam.

Đa số bệnh nhân có các tổn thương kèm theo, gãy xương ổ cối là loại gãy xương thường gặp nhất, chiếm 50% tổng số bệnh nhân. Bên cạnh đó còn có các tổn thương đầu – ngực – bụng – xương chi khác. Nghiên cứu năm 2011 của Nguyễn Ngọc Toàn cũng ghi nhận hầu hết bệnh nhân có tổn thương kèm theo (63,8%), tổn thương đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp hơn (36,2%) [1],[5]. Kết quả cho thấy hầu hết bệnh nhân gãy khung chậu vào viện với đa chấn thương, nên việc đánh giá toàn diện bệnh nhân là rất quan trọng, đôi khi phải có sự phối hợp đa chuyên khoa [5].

Chúng tôi ghi nhận VAS sau mổ 6 tháng giảm rõ rệt so với sau mổ 1 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, chứng tỏ bệnh nhân có hồi phục trên lâm sàng, cải thiện được chức năng, giảm di lệch thứ phát [1], [4]. Chúng tôi ghi nhận triệu chứng tê sau mổ 6 tháng chiếm 5,3%, kết quả của chúng tôi tương đương Mostert và cộng sự (2023), tác giả ghi nhận < 5% có biến chứng thần kinh. Biến chứng này có thể do tổn thương trước mổ, thường gặp ở các bệnh nhân trật khớp háng, gãy ổ cối làm tổn thương thần kinh ngồi, hay sau mổ, thường gặp ở đường mổ chậu bẹn [6]

4.2. Đánh giá kết quả phục hồi về giải phẫu. Chúng tôi ghi nhận 84,2% trên tổng số bệnh nhân đạt kết quả rất tốt – tốt về nắn chỉnh các di lệch sau mổ, bao gồm các di lệch chông ngấn và sang bên khung chậu trước và sau (Hình 2), có 2 bệnh nhân đạt kết quả kém (chiếm 5,3%). Kết quả của chúng tôi tương đương với Portela (2019). Theo Portela, nhìn chung, việc nắn chỉnh các di lệch gãy cũ khung chậu là không dễ, phụ thuộc thời gian, tổn thương kèm theo và can thiệp cố định tạm trước đó [8].

Về phương diện phục hồi giải phẫu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ khung chậu được nắn chỉnh giải phẫu đạt kết quả rất tốt – tốt ở trường hợp gãy loại B (90,6%) khả quan hơn so với kết quả của các trường hợp gãy loại C (66,7%). Vì việc nắn chỉnh di lệch ở cả khối xương cùng cụt khó hơn so với vùng cánh chậu và xương mu đơn thuần [1],[3]. Nghiên cứu của tác giả Abou-Khalil (2020) về phương pháp bắt vít khớp cùng chậu kín và mổ hở cho kết quả tương đương nhau về khả năng lành xương, khả năng tổn thương đám

rối cùng cụt, tuy nhiên bắt vít kín khớp cùng chậu giảm lượng máu mất hơn mổ hở [3].

Thời gian liền xương trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $12,2 \pm 2,3$ tuần, dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Toàn (2011), tác giả ghi nhận xương liền sau trung bình 8,9 tuần ($p < 0,001$) [1]. Tuy nhiên, theo Abo-Elsoud ghi nhận kết hợp xương bên trong mang lại nhiều lợi ích về phục hồi sau mổ và giảm các biến chứng của việc nằm lâu, so với sử dụng khung cố định ngoài [2].

4.3. Đánh giá kết quả phục hồi về chức năng. Chúng tôi ghi nhận điểm phục hồi chức năng theo thang điểm Majeed của các bệnh nhân đạt ở mức độ tốt ($78,1 \pm 5,4$ điểm), so với kết quả của các nghiên cứu khác gần đây như Abou-Khalil S. ở Thụy Sĩ (2020) đạt 87,0 điểm và Chunteng Theophile Nana ở Cameroon (2021) đạt 67,8 điểm ($p < 0,001$), kết quả phục hồi chức năng của chúng tôi đạt được ở mức độ khả quan, sự khác biệt số liệu có ý nghĩa thống kê một phần do khác biệt cỡ mẫu nghiên cứu, thời gian theo dõi chưa đủ dài và áp dụng phác đồ phục hồi chức năng sau mổ chưa đồng đều ở các nước (Việt Nam – Thụy Sĩ – Cameroon) [3], [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 7,9% tổng số ca bệnh có thang điểm Majeed ở mức trung bình. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Toàn (2011), tác giả ghi nhận hơn 20% bệnh nhân có thang điểm Majeed sau mổ ở mức trung bình ($p < 0,05$). Trước đây chưa ứng dụng nhiều phương pháp tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau mổ nên khả năng hồi phục kém hơn. Hiện nay, theo một số nghiên cứu gần đây, các bệnh nhân sau mổ được tập phục hồi chức năng sớm theo phác đồ cụ thể và liên tục sẽ giúp bệnh nhân vận động sớm hơn và hồi phục nhanh hơn [3], [5].

4.4. Đánh giá sự hài lòng qua thang điểm SF-36. Chúng tôi đã đánh giá các mức độ hài lòng theo thang đo Likert và qua bảng điểm khảo sát chất lượng cuộc sống với 36 tiêu chuẩn, trong đó ghi nhận điểm hài lòng trung bình của các bệnh nhân đạt mức độ cao, trên 90 điểm về thể chất và trên 80 điểm về tinh thần. Chúng tôi ghi nhận mối tương quan thuận giữa khả năng phục hồi chức năng thông qua thang điểm Majeed sau mổ 6 tháng và kết quả hài lòng về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ($r = 0,529$, $p = 0,001$, $R^2 = 0,280$). Kết quả của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác như của Portela (2019) với hơn 60 điểm hài lòng [8]. Tuy nhiên cần đánh giá cụ thể hơn ở nhiều khía cạnh của sức khỏe và bằng nhiều công cụ khác để có cái

nhìn khách quan với thang đo chất lượng cuộc sống trên các bệnh nhân sau mổ. Đây cũng là một trong những hạn chế của đề tài vì nhiều nghiên cứu trong nước chưa đánh giá được chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ, nên việc so sánh khó khăn.

V. KẾT LUẬN

Gãy khung chậu được xem là một loại gãy phức tạp, đòi hỏi quá trình chẩn đoán và điều trị chuyên sâu cùng những phẫu thuật viên có kinh nghiệm và kiến thức liên tục cập nhật. Phương pháp kết hợp xương bên trong điều trị những bệnh nhân gãy mất vững khung chậu ngày càng được ứng dụng và cập nhật, mang đến hiệu quả cao cho bệnh nhân. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhiều kết quả khả quan về mặt phục hồi giải phẫu và chức năng đạt ở mức độ tốt và rất tốt với tỷ lệ trên 80%, bên cạnh đó chúng tôi cũng đánh giá chung về mức độ hài lòng của bệnh nhân qua thang đo chuẩn SF-36 nhằm đưa ra cái nhìn khách quan trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Toàn (2011), Nghiên cứu điều trị gãy khung chậu không vững bằng khung cố định ngoài, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
2. Abo-Elsoud M. et al. (2023), "Internal fixator vs external fixator in the management of unstable pelvic ring injuries: A prospective comparative cohort study", World Journal of Orthopedics. 14(7), tr. 562.
3. Abou-Khalil M. et al. (2020), "Results of open reduction internal fixation versus percutaneous iliosacral screw fixation for unstable pelvic ring injuries: retrospective study of 36 patients", European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology. 30, tr. 877-884.
4. Lundin N. và Enocson A. (2023), "Complications after surgical treatment of pelvic fractures: a five-year follow-up of 194 patients", European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology. 33(4), tr. 877-882.
5. Mostafa A.M. (2021), "An overview of the key principles and guidelines in the management of pelvic fractures", Journal of Perioperative Practice. 31(9), tr. 341-348.
6. Mostert C.Q.B et al. (2023), "Rates and risk factors of complications associated with operative treatment of pelvic fractures", European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology. 33(5), tr. 1973-1980.
7. Nana C.T. et al. (2022), "Functional outcome of unstable pelvic fractures treated in a level III hospital in a developing country: a 10-year prospective observational study", Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 17(1), tr. 198.
8. Portela P. (2019), "Outcome of unstable pelvic fractures after internal fixation: our experience", Ann Orthop Musculoskelet Disord. 2(1), tr. 1023.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO AEROMONAS HYDROPHILA ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Thúy¹, Trần Văn Giang^{1,2}, Nguyễn Xuân Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố tiên lượng tử vong ở người bệnh (NB) nhiễm khuẩn huyết (NKH) do Aeromonas hydrophila điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu toàn bộ NB được chẩn đoán NKH do A. hydrophila điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương trong thời gian từ 2011 đến 2016. **Kết quả:** Trong thời gian 7 năm, bệnh viện có tổng số 32 NB được chẩn đoán NKH do A. hydrophila. Trong đó, tỷ lệ NB sốc nhiễm khuẩn là 37,5%; tỷ lệ tử vong là 34,4%. Các yếu tố tiên lượng tử vong có ý nghĩa bao gồm: suy tạng (suy thận, suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy chức năng thần kinh) nguy cơ tử vong ($p \leq 0,009$; $OR > 13$, khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1); PCT $\geq 2,2$ ng/ml ($OR = 7,4$ (95% CI: 1,4 – 38,4) và độ thanh thải PCT (PCT-c) giảm nhỏ hơn -25,8% ($OR=16$ (95%CI: 2,6 – 97,2); Điểm APACHE II ≥ 20 điểm có liên quan chặt chẽ tới nguy cơ tử vong, $OR = 35$ (95% CI: 3,3 – 368). **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết, A. hydrophila, yếu tố tiên lượng tử vong.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS IN BACTEREMIA CAUSED BY AEROMONAS HYDROPHILA AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASE

Objective: Describe prognostic factors in patients with septicemia caused by A. hydrophila at National Hospital for Tropical Diseases. **Materials and methods:** A cross-sectional study was carried out on all patients diagnosed with septicemia caused by A. hydrophila at National Hospital for Tropical Diseases during the period from 2011 to 2016. **Results:** A total of 32 patients with bacteremia due to A. hydrophila were identified. The incidence of septic shock was 37.5%, the mortality was 34.4%. Mortality was significantly associated with organ dysfunction (kidney failure, respiratory failure, circulatory failure, neurological failure) ($P \leq 0.009$; $OR > 13$, 95%CI no contains value 1); Procalcitonin (PCT) ≥ 2.2 ng/ml ($OR = 7.4$ (95% CI: 1.4 – 38.4)); PCT-clearance (PCT-c) decreased less than -25.8% ($OR=16$, (95%CI: 2.6 – 97.2)); APACHE II score ≥ 20 points ($OR = 35$ (95% CI: 3.3 – 368)). **Keywords:** Sepsis, A. hydrophila, prognostic factors.

¹Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thúy

Email: buithithuy.3008@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một tình trạng đe dọa tính mạng do rối loạn điều hòa phản ứng của vật chủ đối với nhiễm trùng dẫn đến rối loạn chức năng cơ quan và là nguyên nhân chính gây tử vong ở các đơn vị chăm sóc hồi sức tích cực tại nhiều quốc gia [1]. Tại Việt Nam, NKH cũng là nguyên nhân tử vong quan trọng được ghi nhận tại các bệnh viện, đặc biệt ở các đơn vị hồi sức tích cực. Với mỗi tác nhân gây bệnh NKH thường sẽ có những yếu tố nguy cơ mắc bệnh và yếu tố nguy cơ tử vong khác nhau (tuổi, giới, bệnh nền, tình trạng suy các tạng,...). Vì vậy việc tìm hiểu các yếu tố tiên lượng sớm trong việc can thiệp điều trị và dự đoán tử vong cần sẽ giúp ích rất nhiều cho các bác sĩ lâm sàng. Tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, trong những năm gần đây chúng tôi ghi nhận những ca bệnh NKH do A. hydrophila, đa số các ca bệnh đều nhập viện trong bệnh cảnh lâm sàng nặng và tỷ lệ tử vong cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu các yếu tố tiên lượng nặng ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết do A. hydrophila điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tất cả các người bệnh khám và điều trị nội trú tại bệnh viện được chẩn đoán xác định là NKH do A. hydrophila.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán NKH do A. hydrophila khi có đủ 2 tiêu chuẩn sau:

- Có $\geq 2/4$ tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và/hoặc có triệu chứng lâm sàng gợi ý đường vào NKH

- Cây máu cho kết quả dương tính với A. hydrophila và được làm kháng sinh đồ đánh giá độ nhạy cảm và kháng kháng sinh của vi khuẩn

* Tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống:

- Nhiệt độ > 38 độ C hoặc < 36 độ C

- Tần số tim > 90 chu kỳ/phút

- Tần số thở > 20 chu kỳ/phút hoặc PaCO₂ < 32 mmHg

- Bạch cầu > 12 G/l hoặc < 4 G/l hoặc $> 10\%$ bạch cầu non

* Các triệu chứng gợi ý đường vào nhiễm khuẩn huyết