

của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây, có thể do thời gian theo dõi của các bệnh nhân trong nghiên cứu ngắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 trường hợp u màng não trên lều được phẫu thuật, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: tuổi trung bình 59,2±12,09. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,28. Triệu chứng thường gặp: hội chứng tăng áp lực nội sọ (91,3%), rối loạn vận động (26,1%), động kinh (23,9%), rối loạn thị lực (19,6%)... Thời gian phẫu thuật trung bình 251,63 phút. 89,1% phẫu thuật lấy toàn bộ u (Simpson I và II), lấy u bán phần là 10,9%. 5,3% bệnh nhân có u tái phát sau mổ 1 năm. Định vị thần kinh giúp lấy u triệt để, cải thiện thần kinh chức năng sau mổ và tỷ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Buerki R. A., Horbinski C. M., Kruser T., et al.** (2018) An overview of meningiomas. *Future Oncol*, 14(21): 2161-2177.
2. **Dương Đại Hà** (2010) Nghiên cứu chẩn đoán, kết quả phẫu thuật và yếu tố tiên lượng u màng não tại Bệnh viện Việt - Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Ihwan A., Rafika R., Cangara M. H., et al.** (2022) Correlation between Radiological Images and Histopathological Type of Meningioma: A Cohort Study. *Ethiop J Health Sci*, 32(3): 597-604.
4. **Mathiesen T.** (2020) Parasagittal meningiomas. *Handb Clin Neurol*, 170: 93-100.
5. **Wu Y. M., Wong H. S., Chen Y. L., et al.** (2009) Preoperative Embolization for Parasagittal and Convexity Meningiomas: Efficacy and Safety. *Chin J Radiol*, 34: 245-252.
6. **Mezger U., Jendrewski C., Bartels M.** (2013) Navigation in surgery. *Langenbecks Arch Surg*, 398(4): 501-514.
7. **Silva D., Belsuzarri T., Barnett G. H.** (2020). Image-guided surgery for meningioma. *Handb Clin Neurol*, 170: 201-207.
8. **Barone D. G., Lawrie T. A., Hart M. G.** (2014) Image guided surgery for the resection of brain tumours. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(1): Cd009685.
9. **Spille D. C., Hess K., Bormann E., et al.** (2020) Risk of tumor recurrence in intracranial meningiomas: comparative analyses of the predictive value of the postoperative tumor volume and the Simpson classification. *J Neurosurg*, 134(6): 1764-1771.
10. **Lemée J. M., Corniola M. V., Meling T. R.** (2020) Benefits of re-do surgery for recurrent intracranial meningiomas. *Sci Rep*, 10(1): 303.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG NẠP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Đỗ Đức Kiểm³, Nguyễn Mạnh Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 44 bệnh nhân (với 26 bệnh nhân hồi cứu và 18 bệnh nhân tiến cứu) được phẫu thuật gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 4 năm 2016 đến tháng 1 năm 2018. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu phân bố đa dạng. Nam giới chiếm 75% cao hơn so với nữ giới. 52,27% bệnh nhân hồi phục xương tốt, 47,73% bệnh nhân hồi phục xương ở mức chấp nhận được và không có bệnh nhân nào hồi phục xương không tốt. 63,64% bệnh nhân đạt kết quả x-quang sau mổ rất tốt và 36,36% bệnh nhân đạt kết quả x-quang sau mổ

tốt, không có bệnh nhân nào đạt kết quả Xquang sau mổ là khá và xấu. Đánh giá sau 6 tháng: đa phần bệnh nhân không còn đau, phần lớn bệnh nhân trở lại nghề cũ chiếm 97,73%; 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị phẫu thuật sau 6 tháng. **Kết luận:** Phương pháp điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa là một phương pháp điều trị an toàn, đem lại hiệu quả liền xương theo giải phẫu và phục hồi chức năng tốt cho người bệnh.

Từ khóa: Gỡ đầu dưới xương quay, phẫu thuật gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa.

SUMMARY

EVALUATING THE SURGICAL OUTCOMES OF DISTAL RADIUS FRACTURES TREATED WITH LOCKING PLATE FIXATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Evaluating the surgical outcomes of distal radius fractures treated with locking plate fixation at Viet Duc Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study combining retrospective and prospective non-controlled approaches on 44 patients (with 26 retrospective patients and 18 prospective patients) diagnosed with distal radius fractures and treated with locking plate fixation at the Trauma and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

Orthopedic Institute of Viet Duc Friendship Hospital from April 2016 to January 2018. **Results:** The study subjects had a diverse distribution. Males accounted for 75%, higher than females. 52.27% of patients had good bone healing, 47.73% had acceptable bone healing, and no patients had poor bone healing. 63.64% of patients achieved excellent postoperative radiographic results, and 36.36% achieved good postoperative radiographic results. No patients had fair or poor postoperative radiographic results. At the 6-month follow-up evaluation: most patients were pain-free, and the majority (97.73%) returned to their previous occupations; 100% of patients were satisfied with their surgical treatment outcomes after 6 months.

Conclusion: The surgical treatment method for distal radius fractures using locking plate fixation is a safe treatment approach that achieves effective anatomical bone union and good functional recovery for patients..

Keywords: Distal radius fractures, surgical treatment of distal radius fractures using locking plate fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đầu dưới xương quay (ĐDXQ) là vùng xương xốp, nằm trong giới hạn một đoạn 2 - 2,5cm tính từ mặt khớp cổ tay. Gãy ĐDXQ là loại gãy xương chi trên thường gặp nhất, chiếm 1/6 số ca gãy xương trong cấp cứu [1]. Chức năng cổ tay có vai trò hết sức quan trọng trong hoạt động hằng ngày. Gãy ĐDXQ nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ để lại di chứng nặng nề, làm mất hoặc giảm chức năng bàn tay dẫn đến không thực hiện được các động tác linh hoạt, khéo léo trong cuộc sống hàng ngày, do đó phẫu thuật điều trị gãy ĐDXQ ngày càng được quan tâm và liên tục hoàn thiện [2].

Phẫu thuật điều trị gãy ĐDXQ được Lambotte tiến hành đầu tiên vào năm 1908 bằng cách xuyên 2 kim Kirschner qua mỏm trâm quay cố định ổ gãy. Từ đó, nhiều phẫu thuật viên trên thế giới đã không ngừng nghiên cứu để đưa ra rất nhiều các phương pháp điều trị gãy đầu dưới xương quay với chỉ định riêng: nẹp vít, cố định ngoài, xuyên kim [2]. Gần đây, đối với các trường hợp gãy đầu dưới xương quay chỉ định di lệch quá lớn, nắn chỉnh không được thì phương pháp phẫu thuật kết xương bằng nẹp khóa.

Những năm gần đây với sự phát triển của các phương tiện kết xương mới, vật liệu tốt đã mở ra cơ hội nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân. Nẹp khóa là loại phương tiện kết xương có nhiều ưu điểm về cơ sinh học, đã khắc phục được những hạn chế của nẹp vít thông thường, hạn chế lỏng nẹp vít, chống lún mặt khớp tốt, chống di lệch thứ phát sau mổ, cố định ổ gãy vững, giúp bệnh nhân tập vận động sớm. Ở Việt Nam, điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay có nhiều phương pháp khác nhau, các báo

cáo về điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật nẹp chung và bằng nẹp khóa nói riêng còn ít, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn hoàn thiện thêm hiểu biết, tổng hợp thêm kinh nghiệm về phẫu thuật kết hợp gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 44 bệnh nhân được chẩn đoán là gãy đầu dưới xương quay và đã điều trị bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa tại Viện Chấn Thương Chính Hình Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 4 năm 2016 đến tháng 1 năm 2018.

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

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân gãy kín ĐDXQ loại A2, A3, B2, B3, C1, C2, C3 (theo phân loại AO), bệnh nhân trên 18 tuổi. Bệnh nhân gãy kín ĐDXQ đến sớm trước 4 tuần, không có dấu hiệu thiếu dưỡng bề mặt da tại thời điểm phẫu thuật, thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, khám lại đầy đủ, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tuổi nhỏ hơn 18 tuổi, can lệch, khớp giả, gãy xương bệnh lý, bệnh nhân có dị tật cũ, đã mất một phần chức năng cổ bàn tay, bệnh nhân tâm thần, chấn thương sọ não có rối loạn tri giác, không hợp tác điều trị, bệnh nhân già yếu, mắc các bệnh nội khoa không có khả năng phẫu thuật, thông tin không đầy đủ, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật mổ:

- **Tư thế bệnh nhân:** Bệnh nhân nằm ngửa, tay dạng 90° so với thân mình, cẳng tay đặt trên bàn phụ vuông góc với bàn mổ.

- **Phương thức vô cảm:** Vô cảm bằng gây tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

- Cách thức phẫu thuật:

+ Rửa da dọc theo bờ ngoài cơ gan tay dài theo đường Henry.

+ Bộc lộ ổ gãy: phẫu tích, mở cân, bộc lộ và cắt cơ sấp vuông ngay tại điểm bám bên quay, kéo cơ sấp vuông về bên trụ bộc lộ đầu dưới xương quay.

+ Làm sạch diện gãy, nắn chỉnh, đặt lại ổ gãy.

+ Cố định ổ gãy bằng nẹp khóa đầu dưới xương quay chữ T. Kiểm tra ổ gãy.

+ Bơm rửa, cầm máu, đặt dẫn lưu nếu cần. Khâu cơ sấp vuông, khâu đóng theo các lớp giải phẫu.

2.5. Biến số nghiên cứu:

- Thông tin chung: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, tổn thương phối hợp, phân loại

gãy đầu dưới xương quay.

- Tai biến, biến chứng sau mổ.
- Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của nhóm nghiên cứu

		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Tuổi trung bình	44,7 ± 15,6	
	< 30	10	22,7
	30 - 40	8	18,2
	41 - 50	7	15,9
	51 - 60	13	29,6
	> 60	6	13,6
	Tổng	44	100
Giới	Nam	33	75,0
	Nữ	11	25,0
	Tổng	44	100

Nhận xét: đối tượng nghiên cứu phân bố tương đối đều từ dưới 30 tuổi đến trên 60 tuổi. cao nhất là ở nhóm tuổi 51 – 60 tuổi chiếm 29,6%, tiếp đến là nhóm tuổi dưới 30 chiếm 22,7% và thấp nhất ở nhóm tuổi trên 60 chiếm 13,6%. Đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 75,0% cao hơn so với nữ giới chỉ chiếm 25,0%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Tình hình hồi phục xương về vị trí giải phẫu

Hồi phục xương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	23	52,27
Chấp nhận	21	47,73
Không tốt	0	0
Tổng	44	100

Nhận xét: 52,27% bệnh nhân hồi phục xương tốt, 47,73% bệnh nhân hồi phục xương ở mức chấp nhận được và không có bệnh nhân nào hồi phục xương không tốt.

Bảng 3.3. Kết quả liền xương sau mổ 6 tháng

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Liền xương	44	100
Không liền xương	0	0

Nhận xét: 100% đối tượng tham gia nghiên cứu liền xương sau 6 tháng điều trị phẫu thuật nẹp vít khóa.

Bảng 3.4. Đánh giá phục hồi chức năng chủ quan của bệnh nhân sau 6 tháng

Các tiêu chí	Mức độ	n	%
Mức độ	Liên tục	0	0

Đau	Thỉnh thoảng	10	22,73
	Khi làm việc	0	0
	Không đau	34	77,27
Sức nắm	Giảm nhiều	0	0
	Giảm ít	19	43,13
	Không giảm	27	56,82
Hoạt động	Hạn chế sinh hoạt hàng ngày	1	2,27
	Không làm việc được	0	0
	Đổi nghề	0	0
	Trở lại nghề cũ	43	97,73
Mức độ hài lòng	Không	0	0
	Hài lòng	44	100

- Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân sau 6 tháng: 77,27% bệnh nhân không đau và chỉ có 22,73% bệnh nhân thi thoảng đau.

- Đánh giá sức nắm của bệnh nhân sau 6 tháng: 56,82% bệnh nhân không giảm sức nắm và có 43,18% bệnh nhân giảm ít sức nắm. Không có bệnh nhân nào giảm nhiều sức nắm sau 6 tháng phẫu thuật.

- Đánh giá hoạt động của bệnh nhân sau 6 tháng: phần lớn bệnh nhân trở lại nghề cũ chiếm 97,73%, chỉ có 2,27% bệnh nhân hạn chế sinh hoạt hàng ngày. Không có bệnh nhân nào không làm việc được hoặc phải đổi nghề.

- 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị phẫu thuật sau 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi phân bố rất đa dạng. Độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là từ 51-60 tuổi chiếm 29,6%, tiếp đến là nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm 22,7. Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 44,7 ± 15,6. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu. Tác giả Hoàng Minh Thắng và cộng sự (2013) [3] đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay theo kỹ thuật Kapandji trên 32 bệnh nhân tại Bệnh viện Việt Đức cũng cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 41,8, đối tượng chủ yếu tập trung vào 2 nhóm tuổi là dưới 30 (9/32 bệnh nhân) và từ 51-60 tuổi (10/32 bệnh nhân).

Về giới tính: đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nam giới chiếm 75,05 cao hơn so với nữ giới chỉ chiếm 25,0%. So sánh kết quả của chúng tôi với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Huy Toàn và Đỗ Phước Hùng (2012) cho thấy có sự tương đồng giữa hai kết quả. Tác giả cũng chỉ ra rằng tỷ lệ nam giới chiếm nhiều hơn nữ giới khi số nam giới là 32/39 bệnh nhân và số nữ giới là 7/39 bệnh nhân [4]. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thái và cộng sự (2005): tỷ lệ nam giới là 58,53%; nữ giới là 41,47% [5] và cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Minh Thăng (2013) [3]: tỷ lệ nam giới là 53,0%, nữ giới là 47,0%.

4.2. Tình hình hồi phục xương về vị trí giải phẫu. Về tình hình hồi phục xương của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 23/44 bệnh nhân có kết quả hồi phục xương tốt chiếm 52,27% và có 21/44 bệnh nhân có kết quả hồi phục xương chấp nhận được. Kết quả hồi phục xương có ảnh hưởng tới kết quả điều trị sau phẫu thuật, cho biết mức độ liền xương hay khớp giả, can lệch từ đó đưa ra hướng xử trí kịp thời cho bệnh nhân. Có thể thấy rằng, kết quả về tình hình hồi phục xương trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đối tốt, kết quả phẫu thuật bằng nẹp vít cho bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay ban đầu đạt hiệu quả cao.

4.3. Kết quả liền xương sau mổ 6 tháng. 100% đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi liền xương hoàn toàn sau mổ 6 tháng. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Đặng Việt Công và cộng sự (2016) [6]. Đánh giá liền xương trên Xquang trong hai lần khám của tác giả đều cho thấy liền xương chắc là 100% (33/33 bệnh nhân). Dựa vào kết quả này, chúng tôi nhận thấy rằng kỹ thuật mổ gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa đem lại kết quả liền xương rất tốt, không xảy ra các biến chứng như can lệch, chậm liền xương hay khớp giả.

4.4. Đánh giá phục hồi chức năng chủ quan của bệnh nhân sau 6 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 34/44 bệnh nhân không đau sau 6 tháng chiếm 77,27%, chỉ có 10/44 bệnh nhân thỉnh thoảng đau chiếm 22,73%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đặng Việt Công (2016) khi tác giả chỉ ra rằng có 23/33 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 69,8% không có tình trạng đau cổ tay [6]. Có thể nói đây là một kết quả tương đối tốt đối với bệnh nhân. Điều này là tín hiệu tốt cho sự hồi phục xương của bệnh nhân trở lại bình thường và có thể trở lại làm việc, sinh hoạt bình thường.

Về tình trạng nắm của bàn tay ở bệnh nhân: có 27/44 bệnh nhân không bị giảm sức nắm chiếm 43,23% và có 19/44 bệnh nhân có giảm sức nắm ít. Như vậy có thể thấy mặc dù tỷ lệ bệnh nhân không còn đau sau mổ 6 tháng đã tương đối cao nhưng sức nắm của bệnh nhân trở lại như bình thường còn chưa được tốt, do vậy về phía nhân viên y tế cần phối hợp với bệnh nhân và gia đình hướng dẫn và tập luyện các bài

tập phục hồi chức năng cho bệnh nhân để sớm trở lại công việc hàng ngày.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 43/44 bệnh nhân quay trở lại làm nghề cũ và chỉ có 1 bệnh nhân bị hạn chế sinh hoạt hàng ngày, không có trường hợp nào không làm được việc hay phải đổi nghề sang nghề khác. 100% bệnh nhân của chúng tôi hài lòng về kết quả điều trị. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Đặng Việt Công (2016) khi tác giả chỉ ra rằng có 84,8% bệnh nhân trở lại làm việc bình thường, không có ai phải đổi nghề hay không thể làm việc [6]. Điều này cho thấy kết quả điều trị cho bệnh nhân rất tốt, việc sử dụng phương thức phẫu thuật là nẹp vít đã mang lại hiệu quả rất cao cho những bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay. Nghiên cứu đánh giá kết quả bước đầu điều trị gãy đầu dưới xương quay loại B3 (AO) bằng nẹp vít, tác giả Nguyễn Huy Toàn và cộng sự (2012) đã đưa ra nhận định: về phục hồi chức năng, phương pháp này đã giúp bệnh nhân trở lại công việc trước mổ, với năng suất lao động tương đương trước khi bị chấn thương, toàn bộ bệnh nhân đều trở lại công việc trước mổ, hoạt động không bị giới hạn [4].

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa là một phương pháp điều trị đem lại hiệu quả liền xương theo giải phẫu và phục hồi chức năng tốt cho người bệnh, đặc biệt là những gãy xương phức tạp, có phạm khớp (C1, C2). Do đó có thể ứng dụng phương pháp này vào thực tiễn, cải tiến kỹ thuật và nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. Jupiter** (1991), Current concepts review Fractures of the distal end of the radius, J Bone Joint Surg Am, 461-467.
2. **W. Scott** (2010), Distal Radius Fractures, Green's Operative Hand Surgery., Churchill Livingstone.
3. **Hoàng Minh Thăng và cộng sự** (2013), Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay theo kỹ thuật Kapandji, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Huy Toàn và Đỗ Phước Hùng** (2012), Kết quả bước đầu điều trị gãy đầu dưới xương quay loại B3 (AO) bằng nẹp vít, Tạp chí Ngoại khoa số đặc biệt 1, 2, 3/2012, 273-275.
5. **Nguyễn Văn Thái, Đặng Thị Bé và cộng sự** (2005), Điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật, Tạp chí Y học Việt Nam số đặc biệt - tháng 9/2005, 100-110..
6. **Đặng Việt Công** (2016), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108". Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Học viện Quân Y.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ ARV BẬC 1 Ở TRẺ EM NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trần Minh Tuấn¹, Nguyễn An Nghĩa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Human immunodeficiency virus (HIV) và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) đã trở thành một đại dịch toàn cầu với số lượng bệnh nhân ngày càng gia tăng, trong đó có Việt Nam.¹ Hiện nay vẫn còn khá ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị HIV ở trẻ em tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, tỉ lệ đáp ứng điều trị phác đồ ARV bậc 1 tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng tại phòng khám ngoại trú HIV của Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Từ 01/2017 đến 12/2021 có 90 trẻ HIV/AIDS đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung vị là 43 tháng, tập trung ở 1-4 tuổi (58%). Tỉ lệ nam: nữ là 1,1:1. Tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng chiếm đa số (68,9%). Đường lây truyền HIV chủ yếu từ mẹ sang con (81,1%), nhóm trẻ được dự phòng lây truyền mẹ con chiếm tỉ lệ thấp (12,3%). Nhóm trẻ ở giai đoạn lâm sàng 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (44,4%). Ở thời điểm 6 và 12 tháng sau điều trị ARV bậc 1: tình trạng dinh dưỡng, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn miễn dịch đều cải thiện rõ rệt và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với ban đầu. **Kết luận:** HIV là tác nhân gây suy giảm miễn dịch ở trẻ em đáng quan tâm tại Việt Nam. Tỉ lệ đáp ứng điều trị ARV chiếm tỉ lệ cao, tuy nhiên sự tuân thủ điều trị vẫn còn thấp. Do đó cần tăng cường hỗ trợ cho các bệnh nhi HIV/AIDS, khuyến khích tham gia BHYT, thành lập các nhóm hỗ trợ, nhắc nhở nhau tuân thủ điều trị. Đường lây truyền chủ yếu từ mẹ sang con do đó cần tăng cường can thiệp, dự phòng lây truyền mẹ con, điều trị ARV sớm cho trẻ. **Từ khóa:** Human immunodeficiency virus (HIV), hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), phác đồ ARV bậc 1.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF FIRST-LINE ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN HIV/AIDS INFECTED CHILDREN AT THE CHILDREN'S HOSPITAL 2

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) and Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) have become a global pandemic with an increasing number of patients, including Vietnam. Currently, researches in children with effectiveness of first-line antiretroviral in Vietnam are limited.

Objective: Describe epidemiology, clinical characteristics, laboratory findings, response rate to

first-line antiretroviral after 6 months, 12 months at the Outpatient clinic for HIV services (OPC) of Children's Hospital 2. **Method:** Case series study. **Results:** From January 2017 to December 2021, there were 90 children who were infected HIV/AIDS in the study. HIV occurred in every period of childhood but the highest incidence was between 1 and 4 years old (58%) with median age was 43 months, the ratio male : female was 1.1:1. The majority of children are malnourished (68.9%). The main route of HIV transmission is from mother to child (81.1%), the group of children receiving prevention of mother-child transmission accounts for a low rate (12.3%). The group of children in clinical stage 3 accounts for the highest proportion (44.4%). At 6 and 12 months after first-line antiretroviral treatment: nutritional status, clinical stage, and immune stage all improved significantly and were statistically different from the baseline. **Conclusions:** HIV is a cause of immunodeficiency in children of concern in Vietnam. The response rate to ARV treatment is high, but adherence is still low. Therefore, it is necessary to increase support for pediatric HIV/AIDS patients, encourage participation in health insurance, establish support groups, and remind each other to comply with treatment. The main transmission route is from mother to child, so it is necessary to strengthen intervention, prevent mother-child transmission, and provide early ARV treatment for children.

Keywords: Human immunodeficiency virus (HIV), acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), first-line ARV regimen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus – HIV) và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) đã trở thành một đại dịch toàn cầu với số lượng bệnh nhân ngày càng gia tăng.¹ Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y Tế (BYT) ước tính đến cuối năm 2020, cả nước có khoảng 215.000 người chung sống với căn bệnh HIV/AIDS, trong đó số lượng trẻ em nhiễm HIV tiếp tục gia tăng và chủ yếu lây truyền từ mẹ sang con.² Ở nước ta, chương trình khám và điều trị thuốc ARV miễn phí cho trẻ em bắt đầu từ năm 2006, nhưng đến đầu năm 2018, kinh phí cho phòng chống HIV/AIDS bị cắt giảm cùng với đa số trẻ nhiễm HIV được phát hiện muộn làm cho việc điều trị HIV/AIDS ngày càng khó khăn hơn.

Ở Việt Nam, đã có một số công trình nghiên cứu về hiệu quả điều trị HIV ở trẻ em: nghiên cứu của tác giả Đặng Chính (năm 2006) mô tả đặc điểm bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Tuấn

Email: tuantran@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024