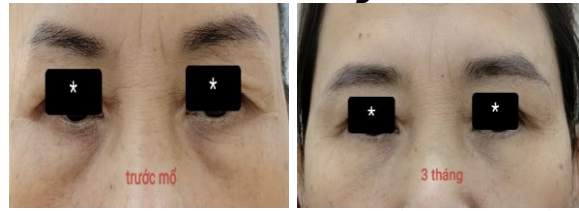


trường hợp tăng sắc tố mức độ nặng, phẫu thuật cắt bỏ lượng da thừa tăng sắc tố là một phương pháp điều trị mang tính triệt để hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân có cải thiện vấn đề sắc tố da mi sau phẫu thuật.



Hình 2. Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, trước mổ và sau 1 tháng



Hình 3. Bệnh nhân nữ, 50 tuổi, trước mổ và sau 3 tháng

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật dàn mỡ là một phương pháp ngoại khoa đạt hiệu tốt để điều trị rãnh lệ mức độ trung bình và nặng khi các phương pháp nội

khoa không thể giải quyết triệt để. Bên cạnh đó, kỹ thuật cắt ngắn cơ vòng mi theo chiều ngang ở góc ngoài giúp giải quyết các vấn đề nhăn da và hạn chế các biến chứng phẫu thuật mi dưới. Phương pháp này cũng có hiệu quả tốt trong việc cải thiện sắc tố da mi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bernardi C, Dura S, Amata PL.** Treatment of orbicularis oculi muscle hypertrophy in lower lid blepharoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1998; 22(5):349-351.
2. **I.O. Haefliger, A.R.Pimentel de Figueiredo.** Excision and redraping skin and orbicularis oculi muscle separately during transcutaneous lower eyelid blepharoplasty. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 2015;232: 493-496.
3. **Duan R, Wu M, Tremp M, Oranges CM, Xie F, Li Q.** Modified Lower Blepharoplasty with Fat Repositioning via Transconjunctival Approach to Correct Tear Trough Deformity. *Aesthetic Plast Surg.* 2019;43(3): 680-685.
4. **Lee YJ, Kim S, Lee J, Chung JG, Jun YJ.** Parallel-excision infra-brow blepharoplasty with extensive excision of the orbicularis oculi muscle in an Asian population. *Arch Plast Surg.* 2020;47(2):171-177.
5. **Đinh Thị Mai Anh, Nguyễn Thị Thu Hiền.** Đánh giá kết quả phẫu thuật dịch chuyển túi mỡ mi dưới làm đầy rãnh lệ. Luận văn thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2023.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẤY KÍN TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Văn Khoa¹, Võ Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín trên lỗi cầu xương cánh tay bằng kéo nắn, bó bột tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 132 trẻ bị gãy trên lỗi cầu xương cánh tay được điều trị bảo tồn bằng kéo nắn bó bột tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 đến tháng 12/02/2022. **Kết quả:** Nhóm tuổi hay gặp nhất 6-10 tuổi, trẻ trai gặp nhiều hơn trẻ gái với tỷ lệ xấp xỉ 2/1. Triệu chứng hay gặp lần lượt là đau (100%), giảm và mất cơ năng (86,5%), sưng nề bầm tím (82,3%) và lệch trục (74,6%). Phân độ Marion – Lagrange gặp nhiều nhất là độ III và IV. Sau 3 tháng, kết quả rất tốt là 34,9%; kết quả tốt 40,1%; kết quả trung bình 23,6%; kết quả kém 1,4%. Trên nhóm có

hỗ trợ C-arm, kết quả rất tốt đạt 61,9%; tốt đạt 35,7%; trung bình đạt 2,3%, 0% kém. Sau 1 tháng tất cả bệnh nhân đều có cal xương độ 2 trở lên. **Kết luận:** Dùng C-arm khi điều trị gãy trên lỗi cầu xương cánh tay ở trẻ em có nhiều lợi ích hơn góp phần gia tăng hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Gãy trên lỗi cầu xương cánh tay, điều trị bảo tồn ở trẻ em

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT IN CHILDREN WITH CLOSED SUPRACONDYLAR HUMERAL FRACTURE AT VIETDUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of closed supracondylar humeral fracture with traction and casting at Viet Duc University Hospital from January 2022 to December 2022. **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study with group on 132 patients with conservative treatment of supracondylar fractures in children at Viet Duc University Hospital from January 2022 to February 2022. **Results:** The most common group was 6-10 years old; boys were more common than girls with a ratio of approximately 2/1. Common symptoms were pain (100%), loss of

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: bskhoavd@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

function (86.5%), swelling and bruising (82.3%), and malalignment (74.6%). The most common Marion-Lagrange grades was grades III and IV. After 3 months, the results were very good at 34.9%; good results at 40.1%; average result at 23.6%; and 1.4% poor results. In the group with C-arm support, the results were excellent, reaching 61.9%; good reached 35.7%; an average of 2.3%, and 0% poor. After 1 month, all patients had bone callus grade 2 or higher.

Conclusion: Using a C-arm when treating supracondylar humeral fractures in children has many benefits, increasing treatment effectiveness for patients. **Keywords:** Fracture Supracondylar humerus, conservative versus treatment in children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy trên lồi cầu cánh tay là loại gãy thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm khoảng 16% tổng số các gãy xương và khoảng 60% các chấn thương gãy xương vùng khuỷu ở trẻ em [1]. Tại Việt Nam, loại gãy này rất hiếm gặp ở người trưởng thành hoặc người cao tuổi, phổ biến nhất ở lứa tuổi trẻ em từ 5-8 tuổi [2]. Nam gặp nhiều hơn nữ và tay trái gặp nhiều hơn tay phải. Có nhiều nguyên nhân gây ra gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em nhưng chủ yếu vẫn là do tai nạn sinh hoạt, cơ chế gãy thường ngã chống tay, khuỷu duỗi tối đa. Vị trí gãy thường ngoài khớp vào khoảng 5 cm trên nếp gấp khuỷu tay, dưới chỗ bám của cơ ngửa dài, đường gãy đi qua hố khuỷu và hố vẹt [3]. Di chứng để lại có thể kèm theo các biến chứng mạch máu và thần kinh, hoặc sự biến dạng và lệch trục của chi.

Trên thế giới, cũng như ở Việt Nam, gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em có nhiều phương pháp điều trị khác nhau. Nhưng chủ yếu vẫn là điều trị bảo tồn. Hiện nay, tại khoa Khám xương Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức mỗi năm có điều trị cho khoảng hơn 300 trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em bằng bảo tồn kéo nắn, bó bột cho kết quả tốt. Gần đây, chúng tôi đã sử dụng C-arm trong kéo nắn, bó bột, làm tăng hiệu quả điều trị bảo tồn các gãy xương. Tuy nhiên, còn rất ít báo cáo về hiệu quả của phương pháp điều trị này. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy kín trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** 132 bệnh nhân gãy trên lồi cầu ở trẻ em đáp ứng tiêu chuẩn điều trị bảo tồn gãy kín trên lồi cầu xương cánh tay tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 đến tháng 12/02/2022.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có nhóm chứng

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, gồm tất cả các gãy trên lồi cầu ở trẻ em đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.4. Quy trình và các biến số nghiên cứu

- Lập danh sách bệnh nhân điều trị bảo tồn gãy kín trên lồi cầu xương cánh tay tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 đến tháng 12/02/2022. Tiến hành chia danh sách bệnh nhân trên thành 2 nhóm:

+ Nhóm 1: kéo nắn bó bột không có C-arm hỗ trợ gồm những bệnh nhân thu thập được từ tháng 2/2022 đến tháng 06/2022.

+ Nhóm 2: kéo nắn bó bột có C-arm hỗ trợ gồm những bệnh nhân thu thập được từ tháng 07/2022 đến tháng 10/2022.

- Bệnh nhân đến khám được lấy đầy đủ các thông tin hành chính cũng như các thông tin liên quan đến chấn thương theo mẫu bệnh án có sẵn. Bệnh nhân được vô cảm, nắn chỉnh, chụp lại phim đánh giá mức độ di lệch của đường gãy sau nắn.

- Các chỉ tiêu dịch tễ và lâm sàng: Tuổi: Từ 0-15 tuổi. Cơ chế chấn thương: tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, tai nạn bạo lực. Thời gian từ lúc bị tai nạn đến khi được nắn chỉnh thực thụ: trong vòng 24 giờ, 1 – 3 ngày và > 3 ngày. Số lần kéo nắn bó bột thì đầu. Các chỉ tiêu trên phim chụp X – Quang: Phân độ gãy trên lồi cầu theo Gartland trước khi kéo nắn, bó bột (4 độ). Đối với các phim chụp sau nắn đánh giá sự di lệch ổ gãy, kết quả được phân thành đã đạt giải phẫu và chưa đạt. Đối với phim chụp lại sau khi bệnh nhân đã tháo bột tập phục hồi chức năng đánh giá mức độ liền xương với xương liền xương tốt và liền xương chưa tốt (can xương yếu), đo các góc thân hành xương, Bauman đánh giá độ vẹo khuỷu. Các kết quả được xếp thành 4 loại như sau:

- Kết quả rất tốt: Khuỷu tay hoàn toàn bình thường như bên lành, về tiêu chuẩn này rất chặt chẽ, nên chỉ kém hơn tay lành một chút ít, cũng xếp loại xuống dưới

- Kết quả tốt: Cơ năng khuỷu hoàn toàn bình thường như bên lành; Sức bền của cơ có kém hơn bên lành chút ít; Biên độ gấp và duỗi kém

hơn bên lành tổng cộng dưới 200; Trục của cánh tay bị lệch dưới 100; Khuỷu tay biến dạng xấu kể cả xấu ít

- Kết quả trung bình: Cơ năng của khuỷu không bình thường như bên lành; Sức bền của cơ kém nhiều; Biên độ gấp duỗi kém hơn bên lành tổng cộng trên 200; Trục cánh – cẳng tay bị lệch dưới 200

- Kết quả xấu: Cơ năng của khuỷu rất hạn chế; Sức bền của cơ kém hơn nhiều so với bên lành; Biên độ gấp duỗi kém hơn bên lành tổng cộng trên 500; Trục của cánh – cẳng tay bị lệch trên 200

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Phân tích số liệu sẽ được thực hiện bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

- Thống kê mô tả: Sử dụng tần số, tỷ lệ % cho số liệu định tính; sử dụng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho số liệu định lượng. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ được sử dụng trong nghiên cứu này.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Khi thực hiện đề tài này, chúng tôi tuân thủ đầy đủ các yêu cầu về đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu:

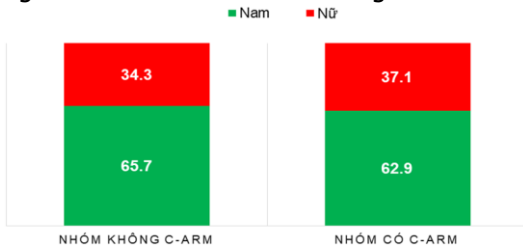
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Nhóm không C-arm		Nhóm có C-arm		p
	n	%	n	%	
0-5	10	14.3	8	12.9	P > 0.05
6- 10	39	55.7	33	53.2	
11-15	21	30.0	21	33.9	
Tổng	70	100	62	100	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu với $p > 0.05$. Nhóm tuổi 6-10 tuổi hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 55.7% ở nhóm không dùng C-arm và 53.2% ở nhóm dùng C-arm



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đa phần đối tượng nghiên cứu là trẻ trai với tỷ lệ sấp xỉ 2/1 so với trẻ gái ở cả 2 nhóm.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của người bệnh

Triệu chứng	Nhóm không C-arm		Nhóm có C-arm	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau tại chỗ	70/70	100	62/62	100
Giảm mất vận động khuỷu	61	87.1	57	91.9
Sưng nề vùng khuỷu	55	78.6	53	85.5
Biến dạng, lệch trục chi	52	74.2	48	77.4

Nhận xét: 100% người bệnh có triệu chứng đau chói tại chỗ. Triệu chứng hay gặp khác có tỷ lệ giảm dần: giảm và mất cơ năng (87.1% và 91.9%), sưng nề vùng khuỷu và biến dạng, lệch trục chi.

Bảng 3.3. Phân loại kiểu gãy theo Marion – Lagrange trên Xquang

Phân độ	Nhóm không C-arm		Nhóm có C-arm	
	N	%	N	%
I	8	11.4	0	0
II	12	17.1	3	4.8
III	19	27.2	25	40.3
IV	31	44.3	34	54.9
Tổng	70	100	62	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu lấy bệnh nhân gãy trên lồi cầu xương cánh tay có di lệch, độ III, IV chiếm 69% ở nhóm không Carm và 95.2% ở nhóm có dùng Carm.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.4. Phương pháp điều trị

Phương pháp	N	%
Kéo nắn không hỗ trợ C-arm	70	53.03
Kéo nắn có hỗ trợ Carm	62	46.97
Tổng	132	100

Nhận xét: Do điều kiện của khoa phòng, C-arm bắt đầu sử dụng từ tháng 6/2022 cho các trường hợp gãy di lệch nhiều (độ III, IV).

Bảng 3.5. Thời gian tháo bột

Thời gian (ngày)	Nhóm không C-arm		Nhóm có C-arm	
	N	%	N	%
20-30	56	80	59	95.2
31-40	12	17.1	3	4.8
>40	2	2.9	0	0
Tổng số	70	100	62	100

Nhận xét: Thời gian bó bột ở trẻ bị gãy trên lồi cầu xương cánh tay chủ yếu vào khoảng 20-30 ngày, trung bình là $24 \pm 2,4$ ngày ở nhóm không C-arm và $22 \pm 1,6$ ngày ở nhóm có C-arm

Bảng 3.6. Đánh giá độ cal xương trên Xquang

Thời gian	Nhóm không C-arm (n=70)			Nhóm có C-arm (n=62)		
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 1	Độ 2	Độ 3

Sau 1 tuần - 10 ngày	55	0	0	58	0	0
Sau 3-4 tuần tháo bột	19	48	3	8	51	3
Sau tháo bột 1 tháng	0	42	28	0	40	22
Sau tháo	0	15	55	0	14	48

bột 3 tháng						
Sau tháo bột 6 tháng	0	0	70	0	0	62

Nhận xét: Nhóm không C-arm, sau 10 ngày, 55/70 bệnh nhân đã có can xương mềm (độ 1), nhóm có C-arm là 58/62. Sau 1 tháng tất cả bệnh nhân đều có cal xương độ 2 trở lên.

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả	Nhóm không C-arm				Nhóm có C-arm			
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Ngay sau tháo bột	8(11,4%)	32(45,7%)	20(28,6%)	10(14,3%)	7(11,3%)	28(45,2%)	18(29,0%)	9(14,5%)
Sau 1 tháng	14(20,0%)	23(32,9%)	27(38,6%)	6(8,5%)	15(24,2%)	20(32,2%)	22(35,5%)	5(8,1%)
Sau 3 tháng	22(31,4%)	28(40,0%)	17(24,3%)	3(4,3%)	74(34,9%)	85(40,1%)	50(23,6%)	3(1,4%)
Sau 6 tháng	33(47,1%)	32(45,7%)	3(4,3%)	2(2,9%)	36(58,1%)	22(35,5%)	3(4,8%)	1(1,6%)

Nhận xét: Nhóm C-arm tỷ lệ kết quả đạt tốt và rất tốt đạt 93,6% cao hơn tỷ lệ không dùng C-arm (92,8%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 132 trẻ bị gãy trên lồi cầu xương cánh tay chúng tôi thấy nhóm không có C-arm gồm 70 người bệnh với 46 người bệnh là trẻ trai chiếm 65,7 % và 24 người bệnh là trẻ gái chiếm 34,3%. Ở nhóm có C-arm là 60 người bệnh là trẻ trai (chiếm 62,9 %) tr gái chiếm 37,1%. Như vậy, tỷ lệ tngười bệnh là trẻ trai cao hơn người bệnh là trẻ gái. Kết quả này tương tự Sầm Văn Hải (66,9/33,1%), Bùi Tùng Lâm (63,0/37,0%) [4], Lê Ngọc Quỳnh (62,1/37,9%) [5]. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay hay gặp nhiều hơn ở trẻ trai do tính chất trẻ trai hiếu động, hay đùa nghịch chạy nhảy nhiều nên dễ xảy ra các tai nạn trong sinh hoạt. Về phân bố theo lứa tuổi cho thấy nhóm tuổi hay gặp nhất là 6-10 tuổi chiếm tỷ lệ 55,7%, và 53,2% ở 2 nhóm nghiên cứu, sau đây lần lượt đến lứa tuổi 9-15 và 0-4 tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của các tác giả Sầm Văn Hải [6] với tỷ lệ 5-8 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 46,3 %.Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của tác giả Lê Lương Đống [7] và Lê Ngọc Quỳnh [5] với tỷ lệ hay gặp nhất ở lứa tuổi 9-15 tương ứng là 59,6% và 49,6%. Có sự khác biệt này là do các nghiên cứu được thống kê vào những năm 70 của thế kỷ trước nên có lẽ lứa tuổi này hoạt động nhiều hơn lứa tuổi nhỏ nên dễ xảy ra các tai nạn sinh hoạt gây gãy trên lồi cầu xương cánh tay.

Đặc điểm lâm sàng của gãy trên lồi cầu xương cánh tay là sưng nề rất nhanh làm cho việc thăm khám lâm sàng khó khăn, trực của khuỷu tay biến dạng. Triệu chứng hay gặp lần lượt là đau (100% ở 2 nhóm), giảm và mất cơ

năng (87,1% và 91,9%), sưng nề bầm tím (78,6% và 85,5%) và lệch trục (74,2% và 77,4%). Theo một số tác giả thì việc khám lâm sàng cử động và tìm các dấu hiệu gãy xương cổ điển sẽ gây đau nhiều và có thể sốc. Bảng 3.7 cho thấy phân độ theo Marion và Lagrange theo thống kê của chúng tôi gãy di lệch (độ III, IV) gặp nhiều hơn nhóm gãy ít di lệch (độ I, II). Tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Sầm Văn Hải [6] với tỷ lệ gãy di lệch chiếm 89,2 % ít di lệch 10,8%. Điều này có thể giải thích do tác giả đã ưu tiên lựa chọn bệnh nhân gãy di lệch nhiều để nghiên cứu, cũng như kết quả điều trị tuyến dưới cho kết quả tốt hơn ngay cả với các gãy di lệch, nên bệnh nhân không lên khám ở tuyến trung ương

Kết quả điều trị theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Bảng 3.5 cho thấy đa phần bệnh nhân tháo bột sau 3-4 tuần (20-30 ngày) chiếm tỷ lệ 80% ở nhóm không C-arm và 95,2 % ở nhóm có Carm. Kết quả này tương tự với Sầm Văn Hải (81,1%) [6] và Bùi Tùng Lâm (86%) [6]. Thông thường những bệnh nhân đến muộn, có di lệch thứ phát, trẻ em lớn tuổi thông thường thời gian tháo bột sẽ dài hơn phụ thuộc sự can xương trên phim Xquang. Về đánh giá can xương trên Xquang khuỷu thẳng nghiêng, chúng tôi có thấy rằng không có sự khác biệt nhiều giữa 2 nhóm, tỉ lệ can xương cứng tăng dần từ 1 đến 6 tháng sau gãy xương. Cụ thể là, với nhóm không Carm, sau 1 tuần đến 10 ngày, 55/70 bệnh nhân đã có can xương mềm (độ 1) trên Xquang, sau 3-4 tuần tại thời điểm tháo bột chủ yếu các bệnh nhân có can xương độ 2 (48/70), thời điểm sau 1 tháng tỷ lệ can xương độ 3 nhiều hơn 28/70 BN còn lại là độ 2, thời điểm sau 3 tháng chủ yếu là BN có can xương độ 3 (55/70), đến thời điểm 6 tháng tất cả các bệnh nhân đã có can xương cứng. Kết quả bảng 3.6 trong nghiên cứu

của chúng tôi trên nhóm Carm tỷ lệ kết quả đạt tốt và rất tốt đạt 93.6% cao hơn tỷ lệ không dùng Carm (92.8%) cao hơn kết quả nghiên cứu tác giả Sâm Văn Hải là 84,6% [6], Nguyễn Đức Phúc là 84 % khi điều trị không dùng Carm [8]. Điều này có thể giải thích là dùng Carm hỗ trợ trong các trường hợp gãy di lệch đạt kết quả về giải phẫu tốt hơn, hạn chế số lần nắn gãy tổn thương phần mềm, tổn thương vùng tiếp hợp.

V. KẾT LUẬN

Việc dùng C-arm khi điều trị gãy trên lồng cầu xương cánh tay ở trẻ em có nhiều lợi ích hơn góp phần gia tăng hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kasser, J. R. and Beavis, J. P. (2006). Supracondylar Fractures of the Distal Humerus. In J. R. Kasser, J. P. Beavis (Eds.), Rockwood & Wilkins' Fractures in Children Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (6 ed., Vol. 1, pp. 544-589).
2. Nguyễn Ngọc Hưng (1999), "Gãy trên lồng cầu xương cánh tay trẻ em", Y học thực hành số 6,

- Trang 16 – 22.
3. Nguyễn Quang Quyền (1997). Bài giảng giải phẫu học tập I, Nhà xuất bản y học, trang 42 – 45.
 4. Nguyễn Huy Thiêm (1977). Tình hình điều trị gãy trên lồng cầu, đầu dưới xương cánh tay ở trẻ em tại Hải Phòng. Thông tin ngoại khoa số 4 – 1977 – trang 1, 2, 5.
 5. Lê Ngọc Quỳnh (1971). Nhận xét 119 ca gãy trên lồng cầu xương cánh tay được điều trị bằng phương pháp chỉnh hình ở Bệnh viện Việt Đức 1971 – 1973 Thông tin ngoại khoa số 2 – 1971 – trang 2-5.
 6. Sâm Văn Hải, Bùi Tùng Lâm, Tử Duy Linh và cộng sự (2014), "Nhận xét kết quả điều trị bảo tồn gãy trên lồng cầu xương cánh tay trẻ em tại bệnh viện Việt Đức", Báo cáo hội nghị khoa học chấn thương chỉnh hình toàn quốc tháng 10 năm 2014.
 7. Luận văn chuyên khoa cấp II – 1977. Lê Lương Đông (1984). Nhận xét điều trị 114 trường hợp gãy trên lồng cầu xương cánh tay bằng phương pháp kết hợp Y học dân tộc và y học hiện đại. Thông tin KHKT Y học số 1 tháng 6 năm 1984 – trang 42, 43.
 8. Nguyễn Đức Phúc (1994). Gãy trên lồng cầu xương cánh tay trẻ em NXBYH Hà Nội 1994 - Trang 35.

TÌNH HÌNH NHIỄM SỐT XUẤT HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN NĂM 2023

Nguyễn Thị Thắm¹, Đỗ Thị Hòa¹, Đinh Thị Hoa¹,
Vũ Huy Lượng^{2,3}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{2,3}, Lê Huyền My³,
Phạm Quỳnh Hoa³, Tạ Văn Thọ², Nguyễn Văn An^{4,5}, Lê Hạ Long Hải^{2,3}

TÓM TẮT

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính phổ biến, có thể gây tử vong do virus Dengue gây ra qua trung gian truyền bệnh là muỗi Aedes. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu. **Kết quả:** Trong 1971 người bệnh làm xét nghiệm test nhanh sốt xuất huyết, nghiên cứu chỉ ra có 455 ca dương tính (23,1%) với SXHD, trong đó nam giới chiếm 59,8%, nữ giới chiếm 40,2%. Khả năng mắc SXHD ở nam cao hơn ở nữ (OR=1,41; 95%CI 1,13 – 1,76; p<0,01). Tỷ lệ mắc SXHD cao nhất ở nhóm tuổi 19-39 tuổi với 35,2%. Khả năng mắc SXHD của các xã thuộc khu vực

huyện Sóc Sơn cao hơn khu vực thị trấn Sóc Sơn (OR=1,94; 95%CI 1,13 - 3,33; p=0,016). SXHD xuất hiện theo mùa, đỉnh dịch là vào tháng 10 với tỷ lệ mắc là 36,7% (165/450). **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng số ca mắc sốt xuất huyết tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2023 ở mức trung bình. Các ca bệnh gặp ở tất cả các lứa tuổi, tập trung vào nhóm lao động chính trên địa bàn huyện, nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nữ giới. Các cơ sở y tế cần có những biện pháp chủ động phòng ngừa bệnh, chuẩn bị công tác chuyên môn và nhân lực tại các cơ sở y tế phù hợp để đối phó tại thời điểm đỉnh dịch. **Từ khóa:** Sốt xuất huyết, Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn.

SUMMARY

PREVALENCE OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER AT SOC SON GENERAL HOSPITAL IN 2023

Dengue hemorrhagic fever, a severe acute infectious illness caused by the Dengue virus transmitted by Aedes mosquitoes, poses significant public health concerns, potentially leading to fatal outcomes. **Method:** This cross-sectional study conducted at Soc Son General Hospital from January to December 2023 aimed to evaluate the prevalence and demographic characteristics of Dengue fever among patients. **Results:** Out of 1971 individuals tested, 23.1% (n=455) tested positive for Dengue

¹Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương

⁴Bệnh viện Quân y 103

⁵Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024