

3. **Nguyễn Văn Chủ** (2016). Nghiên cứu áp dụng phân loại phân tử ung thư biểu mô tuyến vú bằng phương pháp hóa mô miễn dịch. Luận án tiến sĩ y học.
4. **Tạ Văn Tờ** (2004). Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Phạm Hồng Khoa, Nguyễn Văn Đình, Lê Hồng Quang** (2014). Kết quả kỹ thuật nhuộm màu sinh thiết hạch cửa trong điều trị ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn sớm tại Bệnh viện K. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2, 543-49.
6. **Kroman N, Wohlfart J, Henning T, et al** (2003). Influence of tumor location on breast cancer prognosis. *Int. J. Cancer*, 105, 542-45.
7. **Phạm Tiến Lực** (2011). Nghiên cứu một số đặc điểm mô bệnh học và áp dụng phân loại phân tử của ung thư biểu mô tuyến vú theo phương pháp hóa mô miễn dịch, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Carey L.A, Perou C.M, Livasy C.A. et al** (2006). Race, breast cancer subtypes, and survival in the Carolina Breast Cancer Study. *JAMA*, 295(21), 2492-502.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY KIỂU DUỖI Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP NẮN KÍN XUYÊN ĐỈNH KIRSCHNER QUA DA DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÔNG ANH

Đoàn Anh Tuấn¹, Ngô Văn Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy trên lồi cầu (TLC) xương cánh tay là một chấn thương thường gặp ở trẻ em. Gãy TLC được chia làm 2 loại theo cơ chế chấn thương là gãy gấp và gãy duỗi, trong đó gãy duỗi là phổ biến và chiếm tới 97,7%. Hầu hết gãy độ III theo Gartland có tổn thương nặng nề, phương pháp điều trị kiểu gãy này được phẫu thuật và cố định bằng xuyên đỉnh Kirschner qua da dưới màn tăng sáng. **Mục tiêu:** Đánh giá điều trị gãy kín TLC xương cánh tay kiểu duỗi ở trẻ em bằng phương pháp nắn kín xuyên đỉnh qua da dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 62 bệnh nhân có gãy kín TLC xương cánh tay kiểu duỗi ở trẻ em độ III theo Gartland và điều trị bằng phương pháp nắn kín xuyên đỉnh qua da dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh 01/2021 đến 01/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 7,21±2,18 (4-15), chủ yếu 7-10 tuổi (54,84%). Tỷ lệ nam/ nữ: 2,1/1. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nắn kín, không trường hợp nào phải phẫu thuật mở nắn chỉnh. Di lệch thứ phát sau xuyên Kirschner có 2 trường hợp. Có 1 ca liệt trụ sau xuyên đỉnh chéo và phục hồi hoàn toàn sau 2 tháng theo dõi. Kết quả lâm sàng tốt có 46 bệnh nhân, khá 11 bệnh nhân (91,9% tốt và khá), 5 trường hợp kết quả trung bình. **Kết luận:** Kỹ thuật này rất hiệu quả và là lựa chọn an toàn trong điều trị gãy trên lồi cầu xương cánh tay độ III ở trẻ em. Phương pháp này mang lại nhiều kết quả tốt đẹp cho bệnh nhân: Không bị mổ mở, không mất máu, xương gãy được nắn về đúng vị trí giải phẫu. **Từ khóa:** gãy trên lồi cầu xương

cánh tay ở trẻ em.

SUMMARY

RESULT OF PEDIATRIC SUPRACONDYLE HUMERUS CLOSED FRACTURE-EXTENSION TYPE BY USING CLOSED REDUCTION – PERCUTANEOUS KIRSCHNER WIRING ON FLUOROSCOPY

Introduction: Supracondylar humerus fractures are common injuries in the pediatric population. Supracondylar fracture are divided into types according to the mechanism of injury: flexion fractures and extension fractures, of extension fractures are common and account for 97,7%. The most severe, type III injuries are severely damaged, and this type of fractures are treated with surgery and fixed with percutaneous pinning on fluoroscopy. **Objective:** To evaluate the surgical treatment results of pediatric supracondylar humerus closed fractures-extension type by using closed reduction – percutaneous Kirschner wiring on fluoroscopy at Dong Anh General hospital. **Methods:** The retrospective, prospective descriptive study was conducted on 62 patients with pediatric supracondylar humerus closed fractures-extension Gartland type III with by using closed reduction – percutaneous Kirschner wiring on fluoroscopy at Dong Anh General hospital from January 2021 to January 2024. **Results:** Mean age: 7,21±2,18 (4-15), mainly 7-10 tuổi (54,84%). Male/female: 2.1/1. All operations were performed in a closed manner, no cases required open reduction. Loss of reduction after K-wire fixation was identified in 2 patients. There were two iatrogenic ulna nerves with crossed pins and full recovery after the 2-month follow-up. The clinical outcomes were excellent in 46 patients, good in 11 patients (91,9% excellent or good), fair in 5 patients. **Conclusion:** This technique is an effective and safe option to treat type III supracondylar humerus fractures in children. The

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Anh Tuấn

Email: datuansp@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.204

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

technique enhances many good effects for patients: No open surgery, no bleeding, reduced displacement of fractures like normal surgery. **Keywords:** Supracondylar Humerus Fracture in Children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em là một loại gãy rất thường gặp chiếm khoảng 3% và thường gặp ở 13 đến 7 tuổi. Gãy trên lồi cầu được chia làm hai loại theo cơ chế chấn thương là gãy gấp và gãy duỗi. Trong đó gãy duỗi là loại phổ biến hơn, chiếm tới 97,7%[1]. Có nhiều phương pháp điều trị như nắn kín bó bột, kéo liên tục, phẫu thuật mở kết hợp xương và nắn kín-xuyên đinh Kirschner qua da dưới màn tăng sáng. Gãy trên lồi cầu độ III theo Gartland [2] là kiểu gãy có di lệch nặng nề với di lệch hoàn toàn với vỏ xương không còn tiếp xúc với nhau và không vững, khả năng điều trị bảo tồn thất bại cao. Điều trị cho loại III này là nắn kín và xuyên kim Kirschner cố định. Nắn kín xuyên kim cố định dưới màn tăng sáng là phương pháp phổ biến hiệu quả hiện nay với gãy trên lồi cầu xương cánh tay trẻ em di lệch [2],[3],[4]. Phương pháp xuyên kim chéo từ hai lồi cầu đã chứng minh hiệu quả điều trị nhưng lại bộc lộ nhược điểm là nguy cơ tổn thương thần kinh trụ do xuyên kim. Tổn thương thần kinh trụ xảy ra do điều trị khi xuyên kim ở lồi cầu trong chiếm tỉ lệ khoảng 2-8% [5]. Từ 2016 đến nay chúng tôi đã ứng dụng phương pháp nắn kín và xuyên đinh qua da dưới màn tăng sáng và đạt được những kết quả hết sức khả quan nên chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy trên lồi cầu xương cánh tay kiểu duỗi ở trẻ em bằng nắn kín và xuyên đinh Kirschner qua da dưới màn tăng sáng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 62 bệnh nhi gãy trên lồi cầu kiểu duỗi được điều trị tại khoa Chấn thương Chính hình Bệnh viện đa khoa Đông Anh từ tháng 01/2021 đến 01/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 4-15 tuổi, gãy kín trên lồi cầu cánh tay kiểu duỗi được phân loại độ III (theo Gartland cải biên), không có tổn thương mạch máu, thần kinh. Điều trị bằng nắn kín và xuyên kim qua da dưới C-arm. Có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ thông tin và có đủ phim XQ trước và sau mổ. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay ≤ 1 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bố mẹ bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu. Gãy xương bệnh lý. Tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo. Có nhiễm khuẩn da tại vị trí phẫu thuật. BN có chống chỉ định do các bệnh lý khác hoặc BN

đa chấn thương hoặc có các tổn thương khác cần xử lý trước.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 62 bệnh nhân từ 4-15 tuổi có gãy kín TLC xương cánh tay kiểu duỗi được nắn chỉnh kín ghim đinh Kirschner qua da dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 1 năm 2024.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

❖ Các chỉ số nghiên cứu:

Kết quả gần: đánh giá kết quả từ khi phẫu thuật đến tháng thứ 3

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, x-quang trước mổ.

- Kết quả phục hồi giải phẫu: dựa vào góc đo khi tái khám: góc mang XQ, góc thân hành xương và góc Baumann [3]:

+ Góc thân hành xương: là góc phía bên ngoài được hợp bởi trục giữa thân xương cánh tay và đường vẽ qua hai điểm tiêu biểu cho đường kính rộng nhất của hành xương cánh tay trên phim thẳng.

+ Góc mang XQ: là góc nhọn hợp bởi đường giữa xương cánh tay và đường giữa hai xương cẳng tay được đo trên phim X quang thẳng.

+ Góc Baumann: là góc hợp bởi đường thẳng góc với trục giữa xương cánh tay và đường tiếp xúc ngang qua nhân lồi cầu ngoài.

- Thời gian phẫu thuật

- Cấu hình kết hợp xương: 2 đinh chéo, 2 đinh cùng bên, 3 đinh, 4 đinh.

Kết quả xa: đánh giá kết quả sau 3 tháng phẫu thuật

- Kết quả phục hồi chức năng: theo tiêu chuẩn của Flynn [6]

- Đánh giá kết quả chung theo biên độ khuỷu:



Hình 2.1: Kiểm tra kết quả xuyên đinh trên màn hình tăng sáng

Bảng 2.1: Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của Flynn [6].

Kết quả	Mức độ	Thay đổi góc mang lâm sàng (thăm mỹ)	Mất biên độ vận động gấp duỗi khuỷu (chức năng)
Đạt	Tốt	0 ^o – 5 ^o	0 ^o – 5 ^o
	Khá	6 ^o - 10 ^o	6 ^o – 10 ^o
	Trung bình	11 ^o - 15 ^o	11 ^o – 15 ^o
Không đạt	Xấu	> 15 ^o	> 15 ^o

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi và giới: Độ tuổi trung bình của bệnh nhi nghiên cứu: 7,21±2,18 (4-15), chủ yếu 7-10 tuổi (54,84%). Tỷ lệ nam/nữ: 2,1/1. Tay phải gấp nhiều hơn tay trái với tỷ lệ tay T/tay P là 1,52/1.

Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt chiếm 90,3%, số còn lại là do tai nạn giao thông và nguyên nhân khác. 45/62 trường hợp ghi nhận dấu hiệu biến dạng chữ S trên lâm sàng, 3 ca có dấu xếp nếp da.

Tổn thương giải phẫu: X- quang cho thấy: 51 ca phân loại III theo Gartland với di lệch sau trong và 11 trường hợp phân loại III với kiểu di lệch sau ngoài.

3.2. Kết quả gần

Bảng 3.1. Phân bố thời gian phẫu thuật (N=62)

Thời gian tiến hành	N	Tỷ lệ %
< 15 phút	3	4,8
15-30 phút	45	72,6
31-45 phút	8	12,9
46-60 phút	6	9,7
Tổng	62	100

Nhận xét: Nhóm thời gian phẫu thuật 15-30 phút chiếm tỷ lệ cao nhất 72,6%. Thời gian trung bình của phẫu thuật là 31,12 ± 9,25 phút. Tất cả các trường hợp đều được nắn kín, không ca nào phải mổ mở để nắn chỉnh ổ gãy.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhi theo kỹ thuật xuyên đinh cố định (N=62)

Kỹ thuật xuyên đinh	Tần số	Tỷ lệ %
2 đinh chéo	52	83,9
2 đinh ngoài	6	9,7
3 đinh chéo	4	6,4
Tổng	62	100

Nhận xét: Kỹ thuật xuyên 2 đinh chéo nhau chiếm tỷ lệ cao nhất 83,9%, 4 trường hợp sau khi xuyên đinh chéo thấy chưa vững và được tăng cường thêm 1 đinh từ phía ngoài.

Thời gian nằm viện của bệnh nhân dao động từ 3-7 ngày, trung bình 4 ngày chiếm 56,7%. Có 1 trường hợp nằm viện 7 ngày.

Bảng 3.3. Thời gian rút đinh Kirschner (N=62)

Thời gian	N	Tỷ lệ %
Từ 3 đến 4 tuần	55	88,7
> 4 tuần	7	11,3
Tổng cộng	62	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhi được rút đinh từ tuần thứ 3 đến thứ 4, chiếm 88,7%. Có 1 trường hợp rút đinh ở tuần thứ 5 sau phẫu thuật.

Góc thân – hành xương: Có 58 trường hợp góc thân – hành xương thay đổi từ 0-5^o (chiếm 93,5%), 4 trường hợp góc thân – hành xương thay đổi từ 6-10^o (chiếm 6,5%) .

Độ chênh lệch của góc Baumann ở thời điểm rút đinh với thời điểm xuyên đinh: Có 59 trường hợp góc Baumann thay đổi < 6^o (chiếm 95,2%); 3 trường hợp thay đổi từ 6-15^o (chiếm 4,8%).

Độ chênh lệch góc Baumann sau rút kim với thời điểm khám cuối cùng: Không có trường hợp nào góc Baumann di lệch > 6^o sau khi rút đinh.

Có 3 trường hợp nhiễm trùng chân đinh (chiếm 4,8%); 2 trường hợp tụt một phần đinh (chiếm 3,2%) và 1 trường hợp tổn thương thần kinh trụ sau ghim đinh và phục hồi hoàn toàn sau 2 tháng theo dõi (chiếm 1,6%).

3.3. Kết quả điều trị sau phẫu thuật 3 tháng so với bên lành

Bảng 3.4. Bảng tổng hợp đánh giá các góc đo so với bên lành (N=62)

Mức độ	Baumann (n-%)	Thân-hành xương (n-%)	Thân xương- lồi cầu (n-%)
Tốt	53(85,5%)	56(90,3%)	47(75,8%)
Khá	6(9,7%)	2(3,2)	12(19,3%)
Trung bình	3(4,8%)	4(6,5%)	3(4,8%)
Tổng cộng	62(100%)	62(100%)	62(100%)

Bảng 3.5. Kết quả cuối cùng về chức năng - thăm mỹ theo tiêu chí của Flynn (N=62)

Đánh giá	Thay đổi góc mang lâm sàng (thăm mỹ)	Mất biên độ vận động gấp duỗi khuỷu (chức năng)	Chung
Tốt	46(74,2%)	43(69,4%)	46(74,2%)
Khá	10 (16,1%)	16(25,8%)	11(17,7%)
Trung bình	6(9,7%)	3(4,8%)	5(8,1%)
Tổng cộng	62(100%)	62(100%)	62(100%)

Nhận xét: Có 57 trường hợp đạt kết quả tốt và khá chiếm 91,9%; có 5 trường hợp đạt mức độ trung bình chiếm 8,1%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong 62 bệnh nhân chúng tôi điều trị, bệnh nhân có độ tuổi trung bình của bệnh nhi nghiên cứu: $7,21 \pm 2,18$ (4-15), chủ yếu 7-10 tuổi (54,84%) và tỷ lệ nam/nữ: 2,1/1. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Dagtas [2] và Trương Hùng Quốc [7]. Tỷ lệ nam/nữ: 2,1/1 có thể do em bé nam thường hiếu động, hay leo trèo hơn so với em bé gái, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Chong.H[8]. Theo nghiên cứu của Acar [3], tỷ lệ nam gấp 3 lần nữ và lứa tuổi trung bình là 6,5 tuổi.

Tay phải gặp nhiều hơn tay trái với tỷ lệ tay T/tay P là 1,52/1. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Phong [4]. Trong phần lớn các nghiên cứu của các tác giả khác được tham khảo, đều đề cập đến yếu tố tổn thương ở bên tay thuận. Có thể khi ngã tay không thuận sẽ chống xuống nên hay gặp hơn tay thuận. Theo Acar [3], những đứa trẻ tự bảo vệ mình bằng cách ngac vào tay trong khi chi trên ở vị trí giang rộng. Cơ chế phản xạ này gây ra chấn thương ở chi trên.

Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt chiếm 90,3%, số còn lại là do tai nạn giao thông và nguyên nhân khác. Nguyên nhân tai nạn sinh hoạt cao hơn rất nhiều so với gãy do nguyên nhân khác. Điều này phù hợp ở lứa tuổi các em rất hiếu động, nhiều khi chưa ý thức được hành vi có thể gây nguy hiểm cho bản thân. Kết quả của nghiên cứu không khác biệt nhiều với nghiên cứu của Trần Văn Phong [4].

4.2. Kết quả gặt

Thời gian phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được nắn kín, không ca nào phải mổ mở để nắn chỉnh ổ gãy. Thời gian trung bình của phẫu thuật là $31,12 \pm 9,25$ phút. Trong đó: nhóm thời gian phẫu thuật 15-30 phút chiếm tỷ lệ cao nhất 72,6%. Có 6 BN (9,7%) có thời gian phẫu thuật từ 45 đến 60 phút. Đây là những trường hợp trẻ béo phì và, cánh tay to béo hay sưng to trong trường hợp gãy Gartland IIIB không được sơ cứu tốt sẽ gây khó khăn trong thì nắn chỉnh và xác định điểm vào. Theo Phan Văn Trí [5], những trường hợp gãy càng phức tạp hoặc gãy với cơ chế có năng lượng cao thì nắn chỉnh kết xương càng khó.

Kỹ thuật xuyên đinh: xuyên 2 đinh chéo nhau chiếm tỷ lệ cao nhất 83,9%, 4 trường hợp sau khi xuyên đinh chéo thấy chưa vững và được tăng cường thêm 1 đinh từ phía ngoài. Theo Acar [3] và Chong [8], trong các nghiên cứu loạt ca lâm sàng đã cho thấy xuyên kim chéo phía trong và phía ngoài giữ được ổ gãy hiệu quả và

được chứng minh trong các thử nghiệm cơ sinh học tốt hơn so với các cấu hình xuyên kim khác gồm cả cấu hình xuyên nhiều kim bên ngoài. Tuy nhiên, tỷ lệ tổn thương thần kinh trụ xảy ra khoảng 10% các bệnh nhân. Theo Trương Quốc Hùng [7], cấu hình xuyên đinh chéo cho độ vững sau khi nắn xương tốt hơn các cấu hình khác đặc biệt là chống di lệch xoay dọc trục, do đó phương pháp xuyên đinh chéo giúp giữ kết quả sau nắn vững tạo điều kiện lành xương tốt. Về mặt kỹ thuật cấu hình xuyên đinh chéo bên ngoài giống như cấu hình xuyên kim chéo từ lồi cầu ngoài và lồi cầu trong. Phương pháp xuyên kim chéo bên ngoài chỉ thay đổi vị trí vào kim, chuyển đổi vị trí đinh từ lồi cầu trong sang ở phần phía trên ngoài của 1/3 dưới xương cánh tay, vẫn đảm bảo cấu hình chéo.

Góc Baumann: Độ chênh lệch của góc Baumann ở thời điểm rút kim với thời điểm sau xuyên kim: Có 59 trường hợp góc Baumann thay đổi $< 6^\circ$ (chiếm 95,2%). Độ chênh lệch góc Baumann sau rút kim với thời điểm khám cuối cùng: Không có trường hợp nào góc Baumann di lệch thứ phát $> 6^\circ$ sau khi rút kim, như vậy không có sự di lệch xoay thứ phát sau khi rút kim. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Trần Văn Phong [4].

Góc thân hành xương: Không có trường hợp nào góc thân hành xương chênh lệch hơn 10° so với giá trị chuẩn, Có 58 trường hợp góc thân – hành xương thay đổi từ $0-5^\circ$ (chiếm 93,5%), 4 trường hợp góc thân – hành xương thay đổi từ $6-10^\circ$ (chiếm 6,5%). Sahu [9] nghiên cứu so sánh 85 ca xuyên 2 đinh từ bên ngoài và 85 ca xuyên đinh chéo từ bên trong và bên ngoài cho thấy góc thân hành xương được cố định tốt hơn. Tuy nhiên với phương pháp xuyên đinh chéo gặp 4,7% có tổn thương thần kinh trụ.

Biến chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 3 trường hợp nhiễm trùng chân đinh (chiếm 4,8%). Các nhiễm trùng này nhẹ và không vào khớp có thể điều trị khỏi bằng kháng sinh đường uống và chăm sóc. Đây là biến chứng nhẹ và khỏi hoàn toàn sau khi bệnh nhân rút kim. Có 2 trường hợp tụt một phần đinh (chiếm 3,2%) và 1 trường hợp tổn thương thần kinh trụ sau ghim đinh và phục hồi hoàn toàn sau 2 tháng theo dõi (chiếm 1,6%). Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Sahu [9] với 4,7% tổn thương thần kinh trụ sau xuyên đinh và 3,2% bị nhiễm trùng chân đinh. Theo Phạm Quang Trí [5], để tránh xuyên vào thần kinh trụ, ngón tay cái phải sờ được mòm trên lồi cầu trong và kéo da và thần kinh trụ ra phía sau rồi mới đặt đinh để xuyên. Nếu vùng khuỷu sưng

quá to, không sờ được móm trên lồi cầu trong thì không nên xuyên đinh từ phía trong.

4.3. Phục hồi biên độ vận động gấp duỗi khuỷu. Đa số bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 91,9%) phục hồi biên độ vận động khớp khuỷu tốt và khá, không có trường hợp nào mất vận động khớp khuỷu >15^o (theo Flynn). So sánh với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Phong [4] tỉ lệ phục hồi biên độ vận động khớp khuỷu tốt và khá là 100%. Còn trong nghiên cứu của Trương Quốc Hùng [7], có 96% chấp nhận được và 4% xấu cho thấy phục hồi chức năng và thẩm mỹ cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 5 trường hợp có phục hồi biên độ vận động và thẩm mỹ ở mức trung bình là những trường hợp trẻ béo phì và gãy Gartland IIIB nên nắn chỉnh về giải phẫu khó khăn. Nhận xét của chúng tôi đồng quan điểm với Chong [8] và Sahu [9].

V. KẾT LUẬN

- Phương pháp kết hợp xương bằng xuyên đinh chéo qua da điều trị gãy trên hai lồi cầu là phương pháp cố định khá vững chắc, khá an toàn ít biến chứng. Thời gian phẫu thuật tương đối nhanh trung bình 31,12 ± 9,25 phút.

- Kết quả phục hồi chức năng và thẩm mỹ khá tốt chiếm tỉ lệ 91,9 %, không có trường hợp nào mất biên độ gấp duỗi khuỷu > 15^o (theo Flynn).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Soh, R. C., Tawng, D. K., Mahadev, A.** (2013).

- Pulse oximetry for the diagnosis and prediction for surgical exploration in the pulseless perfused hand as a result of supracondylar fractures of the distal humerus. Clin Orthop Surg, 5(1), pp.74-81.
2. **Dagtas, M.Z., Unal, O.K.** (2022). A new fluoroscopy technique for supracondylar humerus fractures. Acta Orthop Bras; 30(1): 1-4.
3. **Acar E., Memik R.** (2020). Surgical treatment result in pediatric supracondylar humerus fractures. Eurasian journal of emergency medicine;19(1): 25-29.
4. **Trần Văn Phong,** (2024). Kết quả điều trị gãy trên hai lồi cầu xương cánh tay trẻ em bằng xuyên kim qua da dưới màn tăng sáng tại bệnh viện Bà Rịa. Tạp chí Y học cộng đồng; 65(1): 171-177.
5. **Phan Quang Trí,** (2015). Nghiên cứu điều trị gãy trên hai lồi cầu xương cánh tay kiểu duỗi ở trẻ em bằng nắn kín và xuyên kim qua da dưới màn tăng sáng. Luận án tiến sĩ. Đại học Y Dược Tp.HCM.
6. **Skaggs, D. L., Flynn,** (2010). "Supracondylar Fracture of the Distal Humerus", Rockwood and Wilkins Fractures in Children ,7th Edition Section Two - Upper Extremity, 14 pp. 448-490.
7. **Trương Hùng Quốc, Võ Quang Đình Nam,** (2023). Điều trị gãy kín trên hai lồi cầu xương cánh tay bằng kỹ thuật nắn kín xuyên kim chéo bên ngoài dưới màn tăng sáng tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình. Tạp chí y dược học Cần Thơ; 68: 139-145.
8. **Chong, H.H., Qureshi, A.** (2022). Pediatric distal humeral supracondylar – achievement of optimal pinning configuration. Acta Orthop Belg; 88: 245-254.
9. **Sahu, R.L.** (2013). Percutaneous K-wire fixation in pediatric supracondylar fractures of humerus: A retrospective study. Nigerian medical journal; 54(5): 329-334.

NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ SAU NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Lan Anh¹, Hoàng Kim Lâm^{1,2},
Nguyễn Mạnh Cường³, Tạ Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ngừng tuần hoàn ngoại viện ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh trên 36 bệnh nhi ngừng tuần hoàn ngoại viện được điều trị tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 6/2023 đến tháng

3/2024. **Kết quả:** Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 4 tuổi (IQR: 2 - 9 tuổi). Tỷ lệ trẻ trai nhiều hơn trẻ gái gấp 3 lần. Ngừng tuần hoàn xảy ra chủ yếu tại nơi công cộng (72%) và có người chứng kiến (88,9%). Phần lớn không được đánh giá nhịp tim trong cấp cứu ngừng tuần hoàn ban đầu (69,4%). Nguyên nhân của ngừng tuần hoàn hay gặp nhất là đuối nước (66,7%), các nguyên nhân tim mạch 19,4%, hô hấp 5,6%, nguyên nhân khác 8,3%. Tình trạng nhập viện của bệnh nhi: 86,1% trẻ có tái lập tuần hoàn tự nhiên và 77,8% được đặt nội khí quản, tuy nhiên tỷ lệ SpO₂ thấp < 94% chiếm tới 52,8%, PaO₂ thấp < 60mmHg là 36,4%, PaCO₂ cao > 50mmHg là 18,2%; Tình trạng tuần hoàn: 27,8% có hạ huyết áp tâm thu, giá trị trung vị của điểm VIS trong 6h đầu là 17,5 (IQR: 0-50), pH máu trung vị là 7,27 mmol/l (IQR: 7,22-7,35 mmol/l); lactat máu trung vị 3,2 mmol/l (IQR: 1-6,5 mmol/l), đường máu trung vị là 7,6 mmol/l (IQR: 5,7-11,6 mmol/l) và điểm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Lâm

Email: hoangkimlam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024