

đánh giá nguy cơ ngã như 21-item Fall Risk Index, Timed Up and Go và Functional Reach Test đã chứng minh được hiệu quả trong việc phát hiện sớm nguy cơ ngã. Việc triển khai các biện pháp phòng ngừa ngã là cần thiết để cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang Y, Hu X, Zhang Q, et al. Diabetes mellitus and risk of falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. Age and ageing. 2016; 45(6):761-767.
2. Freire LB, Brasil-Neto JP, da Silva ML, et al. Risk factors for falls in older adults with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. BMC geriatrics. 2024;24(1):201.
3. Vinik AI, Camacho P, Reddy S, et al. AGING, DIABETES, AND FALLS. Endocr Pract. 2017;23(9):1117-1139.
4. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes care. 2023;46(Suppl 1):S19-s40.
5. Ishimoto Y, Wada T, Kasahara Y, et al. Fall Risk Index predicts functional decline regardless

- of fall experiences among community-dwelling elderly. Geriatrics & gerontology international. 2012;12(4):659-666.
6. Kear BM, Guck TP, McGaha AL. Timed Up and Go (TUG) Test: Normative Reference Values for Ages 20 to 59 Years and Relationships With Physical and Mental Health Risk Factors. Journal of primary care & community health. 2017;8(1):9-13.
 7. de Warquier-Leroy L, Bleuse S, Serafi R, et al. The Functional Reach Test: strategies, performance and the influence of age. Ann Phys Rehabil Med. 2014;57(6-7):452-464.
 8. Anh NT, Hương NTT, Tâm NN, et al. Một số yếu tố liên quan với ngã ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology. 2022(52):56-61.
 9. Alasmari RS, Hassani HA, Almalky NA, et al. Risk factors for fall among the elderly with diabetes mellitus type 2 in Jeddah, Saudi Arabia, 2022: a cross-sectional study. Ann Med Surg (Lond). 2023;85(3):412-417.
 10. Chiba Y, Kimbara Y, Kodera R, et al. Risk factors associated with falls in elderly patients with type 2 diabetes. Journal of diabetes and its complications. 2015;29(7):898-902.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẢNH TAY Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT XƯƠNG KÍN ĐINH NỘI TỦY ĐÀN HỒI DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG

Đoàn Anh Tuấn¹, Lê Trung Hậu¹, Nguyễn Thế Điệp²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy thân hai xương cẳng tay là loại gãy thường gặp, chiếm khoảng 40% các chấn thương vùng cẳng tay ở trẻ em. Điều trị phẫu thuật nắn chỉnh kín-xuyên đinh nội tủy đàn hồi qua da dưới màn tăng sáng được ứng dụng phổ biến hiện nay để điều trị các bệnh nhân gãy kín thân hai xương cẳng tay ở trẻ lớn, có di lệch nhiều. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay ở trẻ em bằng phương pháp nắn chỉnh kín-xuyên đinh nội tủy đàn hồi qua da dưới màn tăng sáng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả trên 86 bệnh nhân (4 đến 16 tuổi) bị gãy thân hai xương cẳng tay được kết xương bằng phương pháp nắn chỉnh kín-xuyên đinh nội tủy đàn hồi qua da dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh từ tháng 01/2020-03/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 12,8 ±2,3 tuổi (4-16). chủ yếu 11-16 tuổi (60,5%) và 63,9% bệnh nhân là nam giới. Tai nạn sinh hoạt và tai nạn giao thông chiếm 81,4%. Theo phân loại AO có

40,7% loại A, 44,2% loại B và 15,1% loại C. Nắn kín thành công 96,5%, nắn thất bại chuyển mổ mở 3,5%. Số đinh dùng cho 1 xương ≥2 chiếm 97,7%, dùng 1 đinh chiếm 2,3%. Thời gian phẫu thuật dưới 45 phút chiếm 81,4%, 45-60 phút chiếm 11,7% và > 60 phút chiếm 6,9%. Phim X-quang sau mổ, kết quả nắn chỉnh phục hồi giải phẫu hết di lệch 83,7%, di lệch ít 15,1% và di lệch nhiều 1,2%. Không có di lệch thứ phát, có 3 BN nhiễm trùng nông vết mổ và 100% liền xương trong 6 tháng. Đánh giá kết quả sau cùng chức năng và thẩm mỹ: rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 93,0%, trung bình chiếm 7%, không có kết quả xấu kém. **Kết luận:** Nắn chỉnh kín-xuyên chùm đinh nội tủy đàn hồi qua da dưới màn tăng sáng trong điều trị gãy thân hai xương cẳng tay ở trẻ em là một phương pháp an toàn, ít biến chứng, cố định ổ gãy vững chắc tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm, đạt kết quả rất tốt về chức năng và thẩm mỹ vùng cẳng tay.

Từ khóa: Gãy thân hai xương cẳng tay, nắn kín, đinh nội tủy đàn hồi.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT BOTH BONE DIAPHYSEAL FOREARM FRACTURES IN CHILDREN BY CLOSE REDUCTION AND PERCUTANEOUS ELASTIC INTRAMEDULLARY NAILING ON FLUOROSCOPY

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm: Đoàn Anh Tuấn

Email: datuansp@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

Introduction: Both bone forearm fractures are common orthopedic injuries in fractures, accounting for about 40% of injuries in children. The most popular management for these fractures is closed reduction associating with percutaneous insertion of elastic intramedullary nail on fluoroscopy. **Objective:** Evaluation of the results treatment both bone diphysal fractures in children by closed reduction and percutaneous insertion of elastic intramedullary nailing on fluoroscopy. **Subjects and Methods:** This is a descriptive study of 86 patients (from 4 to 16 years old) with both bone diphysal fractures in children by closed reduction and percutaneous insertion of elastic intramedullary nailing on fluoroscopy at Dong Anh general hospital between January 2020 to March 2024. **Results:** Mean age: 12.8 ± 2.3 (4-16), mainly 11-16 years old (60.5%) and 63.9% of the patients were males. Traffic accidents and daily-life accidents account for the highest percentage of injuries with 81.4%. According to the AO classification, the A class is 40.7%, the B class is 44.2% and the C class is 15.1%. Closed reduction successful in 96.5%, 3.5% of cases were failed to align by closed reduction and had to undergo open fixation. Nails used for one bone ≥ 2 accounted for 97.7% and using 1 nail for one bone accounted for 2.3%. 81.4% of cases took less than 45 minutes in operation room (OR). 45 – 60 minutes: 11.7% and > 60 minutes: 6.9%. Post – operative X-ray, the anatomic results of post-operation were 83.7% non-displaced, 15.1% less displaced and 1.2% highly displaced. No secondary displacement was recorded, 3 case superficial infection. Union was achieved in 100% subjects. The outcomes were anatomically and functionally evaluated rating system, 80 patients (93%) were excellent and good and none had unacceptable results. **Conclusions:** Closed reduction associating with percutaneous insertion of multiple elastic intramedullary nail is a nonviolent method of treatment for both-bone diaphyseal forearm fractures with large displacement in children. Use of this treatment results in predictable good results in both anatomical and functional acceptance. It also illustrates low complication rates and remarkable healing outcomes fix the fracture firmly, create conditions for early rehabilitation after surgery and bring good results to the patient.

Keywords: children's both-bone forearm fractures, closed reduction, elastic intramedullary nail.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân hai xương cẳng tay (GKTHXCT) là loại gãy thường gặp, chiếm khoảng 40% các chấn thương vùng cẳng tay ở trẻ em [1]. Điều trị gãy thân hai xương cẳng tay, ngoài phục hồi chiều dài, áp sát diện gãy cần đảm bảo trục bình thường, trục xoay cẳng tay tốt thì mới phục hồi biên độ sấp ngửa của cẳng tay [2].

Có nhiều phương pháp điều trị GKTHXCT ở trẻ em. Tuy nhiên phương pháp nắn chỉnh kín kết xương bằng đinh nội tủy đàn hồi dưới màn tăng sáng (MTS) được Metaizeau J. P. ra đời 1987

đạt được những kết quả khả quan và là phương pháp có nhiều ưu điểm như kết xương vững, chống được di lệch xoay, đảm bảo thẩm mỹ...[3],[4]. Nghiên cứu của Nguyễn Đắc Nghĩa [4] đã sử dụng kỹ thuật ghim chùm đinh và cải tiến bề cong chân ghim vào xương tại vị trí điểm vào.

Tại bệnh viện Đa khoa Đông Anh, đã ứng dụng kỹ thuật nắn chỉnh kết xương kín bằng đinh đàn hồi dưới MTS điều trị GKTHXCT trẻ em đã đạt được kết quả tốt. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy thân hai xương cẳng tay ở trẻ em bằng phương pháp nắn chỉnh kín-xuyên đinh đàn hồi nội tủy qua da dưới màn tăng sáng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 86 BN (4 đến 16 tuổi) bị GKTHXCT được kết xương bằng phương pháp nắn chỉnh kín-xuyên đinh đàn hồi nội tủy qua da dưới MTS tại bệnh viện đa khoa Đông Anh từ tháng 01/2020-3/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN GKTHXCT từ 4 đến 16 tuổi. Thời gian từ khi gãy đến khi phẫu thuật ≤ 10 ngày.

Được phẫu thuật kết xương bằng xuyên đinh nội tủy đàn hồi không mở ổ gãy dưới MTS

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu. BN không có đủ hồ sơ bệnh án.

Gãy hở, gãy xương cẳng tay bệnh lý. Gãy xương có biến chứng mạch máu, thần kinh hay chèn ép khoang. BN gãy cả hai tay. BN đa chấn thương.

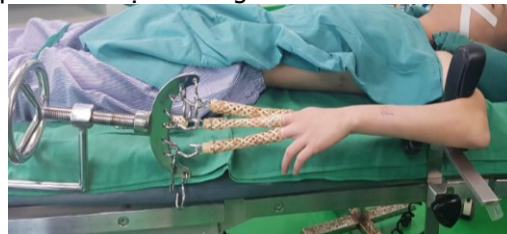
Có nhiễm khuẩn da tại vị trí phẫu thuật. BN có chống chỉ định do các bệnh lý khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu. Cơ mẫu: Thuận tiện.

Kỹ thuật nắn chỉnh kín và kết xương.

Bệnh nhi nằm ngửa, tấm chì che bộ phận sinh dục. Chi gãy ở tư thế cánh tay dạng 90° , khuỷu gấp 90° . Cổ định khung nắn chỉnh vào bàn mổ.



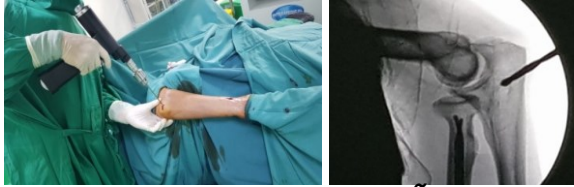
Hình 2.1. Bàn tay bệnh nhân được kết nối vào khung kéo giãn

Cổ định bàn tay vào khung kéo nắn, kéo nắn dọc trục cẳng tay gãy, nắn chỉnh di lệch chông, chỉnh hết di lệch xoay.



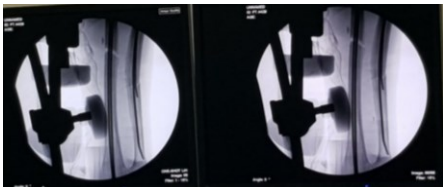
Hình 2.2. Nắn chỉnh di lệch chông ổ gãy bằng khung

Thì rạch da và tạo đường vào ống tủy: từ đầu trên xương trụ và đầu dưới xương quay, tránh phạm vào sụn tiếp hợp (hình 2.3).



Hình 2.3. Đường rạch da tạo lỗ vào xương quay và xương trụ

Thì luồn chùm đinh đàn hồi vào ống tủy cố định (hình 2.4)



Hình 2.4. Kết hợp xương bằng đinh đàn hồi

Thì đóng vết mổ, tháo khung và kiểm tra đầu ngón tay

Các chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân, BMI
Phân loại GKTHXCT tay theo AO.

Kết quả gần: trong 3 tuần đầu
Nắn kín hay mở tối thiểu.

Số đinh/một xương
Thời gian phẫu thuật.

Kết quả nắn chỉnh kết xương trên phim X-quang sau mổ

Tình trạng vết mổ
Tai biến và biến chứng sớm.

Kết quả xa: sau 6 tháng

Đánh giá mức độ đau của tay gãy: Không đau, đau khi xách nặng, đau thường xuyên.

Tình trạng sẹo mổ.

Liên xương: Đánh giá trên lâm sàng và X – quang

Đánh giá phục hồi chức năng các khớp theo Anderson [5].

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá phục hồi chức năng các khớp theo Anderson [5]

PHCN Khớp	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Khuỷu	Bình thường	>130 ⁰	110-130 ⁰	<110 ⁰
Cổ tay	Bình thường	<20 ⁰	20-40 ⁰	>40 ⁰
Động tác sấp ngửa cẳng tay	Bình thường	<20 ⁰	20-40 ⁰	>40 ⁰

Đánh giá kết quả chung

Bảng 2.2. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả xa theo tiêu chuẩn Anderson [5].

Kết quả	Liên xương	Gấp duỗi khuỷu, cổ tay	Sấp ngửa cẳng tay
Rất tốt	Liên xương	Giảm dưới 10 ⁰	Giảm dưới 25% biên độ
Tốt	Liên xương	Giảm dưới 20 ⁰	Giảm dưới 50% biên độ
Trung bình	Liên xương	Giảm dưới 30 ⁰	Giảm trên 50% biên độ
Kém	Không liên xương	Kém hay không	kém mất vận động

Biên chứng xa

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0, Sử dụng test so sánh test X², các so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung (N=86)

Đặc điểm	Phân loại	Số BN	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	55	63,9
	Nữ	21	36,1
Tuổi	4-6	2	2,3
	7-10	32	37,2
	11-16	52	60,5
Nguyên nhân	TNSH	45	52,3
	TNGT	25	29,1
	Tai nạn khác	16	18,6
Phân loại AO	Loại A	35	40,7
	Loại B	38	44,2
	Loại C	13	15,1
BMI	16 đến <19	15	17,4
	19 – 25	47	54,6
	> 25 – 30	27	28,0

Nhận xét: Tuổi trung bình là 12,8 ±2,3 tuổi (4-16), chủ yếu 11-16 tuổi (60,5%) và 63,9% BN là nam giới. TNSH và TNGT chiếm 81,4%. Số BN

béo phì chiếm 28,0%. Loại gãy A và B chiếm đa số 84,9%.

3.2. Kết quả gân. Nắn kín thành công 96,5%, 3BN nắn thất bại chiếm 3,5%.

Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật (N=86)

Thời gian	Số BN	Tỉ lệ (%)
< 45 phút	70	81,4
45-60 phút	10	11,7
> 60 phút	6	6,9
Tổng	86	100

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 43,2±8,6 phút. Thời gian phẫu thuật <45 phút chiếm đa số (81,4%).

Bảng 3.2. Số lượng đinh dùng cho 1 xương (N=86)

Số đinh/xương	Số BN	Tỉ lệ (%)
1 đinh	2	2,3
2 đinh	72	83,7
>2 đinh	12	14,0
Tổng	86	100

Nhận xét: Chủ yếu sử dụng 2 đinh để kết hợp xương cho 1 xương, chiếm 83,7%.

Bảng 3.3. Kết quả X-quang sau mổ (N=86)

Kết quả nắn chỉnh	Số BN	Tỉ lệ (%)
Hết di lệch	72	83,7
Di lệch ít	13	15,1
Di lệch nhiều	1	1,2
Tổng	86	100

Nhận xét: Kết quả nắn chỉnh hết di lệch chiếm đa số (83,7%), có 1 BN còn di lệch nhiều (1,2%).

Không gặp biến chứng tổn thương nhánh cảm giác nông thần kinh quay hay đứt gân duỗi, gân giang ngón I và bị chèn ép khoang. 96,5% liền vết mổ thì đầu, có 3BN nhiễm khuẩn nông vết mổ (chiếm 3,5%).

3.2. Kết quả xa

Bảng 3.4. Kết quả phẫu thuật chung dựa theo tiêu chuẩn Anderson (N=86)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	65	75,6
Tốt	15	17,4
Trung bình	6	7,0
Kém	0	0
Tổng	86	100

Nhận xét: 100% liền xương trong 6th, sẹo mổ mềm mại. Không có di lệch thứ phát khi theo dõi kết quả xa so với kết quả X-quang ở kết quả gần. Chức năng sấp ngửa cẳng tay sau mổ 6th: tốt và rất tốt chiếm 93,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 12,8

±2,3, độ tuổi 11-16 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 60,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1.

Theo Nguyễn Thanh Long [6], độ tuổi trung bình là 10,96; Dương Thanh Bình[1] là 12,7 và đa số là 11-15 tuổi (69,44%). Theo Pogorelić[2] nghiên cứu 173BN thấy độ tuổi trung bình là 11, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác.

Nguyên nhân chính GKTHXCT là TNSH và TNGT chiếm 81,4%. 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 tương tự với nghiên cứu của Keith[5].

Chúng tôi chủ yếu gặp ở loại gãy A và B chiếm 84,9%, loại gãy C rất ít gặp. Kết quả này cũng tương tự với Keith[5] và Mansoor[7]. Theo Tarun [8], những BN gãy càng phức tạp hoặc gãy với cơ chế có năng lượng cao thì nắn chỉnh kết xương càng khó.

4.2. Kết quả gân

Nắn kín, xuyên đinh: Chúng tôi nắn kín thành công 96,5%, 3BN nắn thất bại chiếm 3,5%, đây là những BN gãy phức tạp (loại C) và BN béo phì cẳng tay sưng nề nhiều. Tỷ lệ thấp hơn so với Nguyễn Thanh Long[6] nắn thất bại là 17,3%. Kết quả của chúng tôi tương tự với Dương Thanh Bình[1] và Frideriki[9]. 3 BN nắn chỉnh thất bại chúng tôi sử dụng "kỹ thuật đòn bẩy": dùng đinh Kirschner đường kính 2mm xuyên qua da vào đúng vị trí ổ gãy, mũi đinh đi vào một đầu ống tủy sau đó dưới màn tăng sáng xác định ống tủy di lệch bẩy đầu xương gãy lên cho sát với đầu gãy còn lại, trong khi đó phẫu thuật viên phụ đóng đinh qua ổ gãy vào ống tủy bên kia. Chúng tôi không gặp BN nào bị kẹt cơ vào ổ gãy nên không phải mở tối thiểu để nắn xương gãy.

Đa số các tác giả đều thống nhất thất bại nắn kín là: các BN gãy phức tạp có mảnh rời, gãy cao ở xương quay, ống tủy nhỏ và những BN béo phì cẳng tay to kèm theo phù nề sau chấn thương gây khó khăn khi nắn chỉnh. Theo Dương Thanh Bình[1] nguyên nhân thất bại còn do kéo nắn trực tiếp bằng tay rất khó khăn đồng thời cũng khó giữ nắn được liên tục. Chúng tôi đã sử dụng bộ khung kéo nắn gắn vào bàn mổ giúp kéo nắn trả đủ chiều dài và giữ hằng định khi kết xương nên đạt tỉ lệ nắn kín xuyên đinh thành công cao. Theo Pogorelić[2] và Frideriki[9], một lý do nữa góp phần vào việc thành công khi ghim đinh kín là việc sử dụng đinh đàn hồi. Đầu đinh cong 15⁰ và đinh đàn hồi giúp đinh có thể trượt trên thành ống tủy dễ dàng ít gây vỡ thêm

thành xương, đầu đinh cong giúp chỉnh hướng đinh vào ống tủy dễ dàng khi qua ổ gãy.

Theo tác giả Mansoor[7], Frideriki[9] trong quá trình ghim đinh: Thường xương quay được ghim đinh trước, xương trụ được ghim đinh sau do ống tủy xương quay rộng hơn ống tủy xương trụ. Một khi xương quay được nắn chỉnh chuẩn và được ghim đinh cố định thì xương trụ tự động nắn về gần giải phẫu giúp quá trình ghim đinh xương trụ được thuận lợi hơn.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là $43,2 \pm 8,6$ phút, tương tự với tác giả Pogorelić[2] và Mansoor[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ khung kéo nắn giúp trả lại chiều dài di lệch chông, giữ hằng định kết quả nắn chỉnh và lý do nữa là sử dụng đinh đàn hồi thuận tiện cho việc luồn đinh trong ống tủy nên thời gian phẫu thuật ngắn hơn.

Chúng tôi đa số sử dụng 2 đinh đàn hồi đường kính 1,6 - 1,8mm để ghim đinh một xương (chiếm 83,7%). Hai BN ống tủy bé chúng tôi sử dụng một đinh để cố định, 12BN sử dụng >2 đinh để cố định một xương do ống tủy rộng. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Nguyễn Đắc Nghĩa[4] và Frideriki[9]. Các tác giả cho thấy sử dụng từ 2 đinh trở lên có tác dụng làm chặt ống tủy, làm vững độ vững cho hệ thống chống xoay và giảm nguy cơ khớp giả so với sử dụng một đinh để cố định.

Kết quả nắn chỉnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nắn chỉnh hết di lệch chiếm đa số (83,7%), có 1 BN còn di lệch nhiều (1,2%). BN di lệch nhiều là BN gãy phức tạp các mảnh gãy không được nắn chỉnh về giải phẫu hoàn toàn. BN này sau mổ BN được cố định bột dài hơn so với các BN khác. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Pogorelić[2], Mansoor[7] và Frideriki[9].

Trong và sau phẫu thuật không gặp biến chứng tổn thương nhánh cảm giác nông thần kinh quay hay đứt gân duỗi, gân gập ngón I và không có BN nào bị chèn ép khoang. 96,5% liền vết mổ thì đầu, có 3BN nhiễm khuẩn nông vết mổ do đầu đinh gây kích ứng (chiếm 3,5%). Để tránh biến chứng tổn thương nhánh nông thần kinh quay Metaizeau khuyên khi vào chỉ rạch da rồi dùng panh Kelly tách mô mềm đến vỏ xương mới cho khoan vào [2].

4.3. Kết quả xa. Sau 6 tháng dõi điều trị đánh giá kết quả, tỉ lệ 100% liền xương, không có BN nào di lệch thứ phát khi theo dõi kết quả xa so với kết quả X-quang ở kết quả gần. Điều đó chứng tỏ chòm đinh khi được nhồi chặt ống tủy đã nắn và đưa các đầu xương trở lại vị trí giải phẫu bình thường. Ngoài ra nhờ mỗi đinh

tạo nên ba điểm tựa đối xứng với đinh thứ 2 theo nguyên lý 3 điểm tựa của Metaizeau nên hệ thống chòm đinh chống lại được lực xoay.

Kỹ thuật ghim đinh kín không mở vào ổ gãy, không bóc màng xương nên giữ được ổ máu tụ, không làm tổn thương thêm phần mềm xung quanh ổ gãy nên quá trình liền xương nhanh hơn, ít bị nhiễm trùng. Theo Keith[5], so sánh kết quả kết xương bằng nẹp vít và đóng đinh kín điều trị GKTHXCT cho thấy: tỷ lệ chậm liền xương, khớp giả và nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm kết xương bằng nẹp vít cao hơn nhóm đóng đinh kín.

Lấy biên độ sấp - ngửa của tay bên lành làm tiêu chuẩn, chúng tôi có 80/86BN có kết quả tốt và rất tốt chiếm 93,0%. 6/86BN có kết quả đạt mức trung bình. Theo tác giả Nguyễn Thanh Long[6] cho thấy điều trị GKTHXCT thì chỉ có 3 (5,8%) còn hạn chế vận động sấp-ngửa cẳng tay ít, ngoài ra không có biến chứng hay di chứng nào khác.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả phẫu thuật chung: rất tốt 75,6%, tốt 17,4%, trung bình 7,0% và không có BN nào kém. Kết quả này cũng tương tự với Nguyễn Thanh Long[6], Mansoor[7] và Frideriki[9].

V. KẾT LUẬN

Nắn chỉnh kín-xuyên chòm đinh nội tủy đàn hồi qua da dưới MTS trong điều trị GKTHXCT ở trẻ em là một phương pháp an toàn, ít biến chứng, cố định ổ gãy vững chắc tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm, đạt kết quả rất tốt về chức năng và thẩm mỹ vùng cẳng tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thanh Bình, Đỗ Phước Hùng (2009). Điều trị gãy thân 2 xương cẳng tay trẻ em bằng phương pháp xuyên đinh Kirschner qua da dưới mang tăng sáng. Tạp chí Y học thực hành; 675: 19-21.
2. Pogorelić Z, Gulin M, Jukić M, et al (2020). Elastic stable intramedullary nailing for treatment of pediatric forearm fractures: A 15-year single centre retrospective study of 173 cases. Acta Orthop Traumatol Turc; 54(4): 378-84.
3. Caruso.G, Caldari.E., Sturla. F. D, et al. (2021). Management of pediatric forearm fractures: what is the best therapeutic choice? A narrative review of the literature. Musculoskeletal Surgery; 105:225-234
4. Nguyễn Đắc Nghĩa, Nguyễn Đức Bình (2012). Tăng cường khả năng chống xoay cho chòm đinh nội tủy cố định gãy thân xương cẳng tay. Tạp chí Y học Việt Nam: (2), 35-39.
5. Keith R. R, David S. F, Daniel W. G, et al (2008). Comparison of intramedullary nailing to plating for both-bone forearm fractures in older children. J Pediatr Orthop; 28(4): 403-409.
6. Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thành Tấn, Nguyễn Quang Tiến (2018). Đánh giá kết quả

điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay ở trẻ em bằng phương pháp nắn kín xuyên đinh Kirschner qua da dưới màn tăng sáng tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2017-2018. Tạp chí y dược học Cần Thơ; (16): 1-7.

7. **Mansoor A.T, Imtiyaz H.D, Shafeeq A.S, et al** (2019). Evaluation of the functional results of intramedullary nailing in diaphyseal both bone forearm fractures in children. International Journal of Orthopaedics Sciences; 5(3): 288-293.

8. **Tarun K.S, Hariprasad S, Vinod K.K, et al.** (2023). Evaluation of the functional outcome of both bone forearm fractures in the Pediatric population with the titanium elastic nailing system in a tertiary care center. Cureus 15(5): 1-7.

9. **Frideriki P, Dimitrios M, Christos K, et al** (2020). Flexible intramedullary nailing in the treatment of forearm fractures in children and adolescents, a systematic review. Journal of Orthopaedics; 20: 125-130

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM RFH-NPT TRONG SÀNG LỌC NGUY CƠ SUY DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Rath Somaly¹, Đào Đức Tiến², Dương Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân xơ gan bằng thang điểm Royal Free Hospital Nutritional Prioritizing Tool (RFH-NPT). **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang 101 bệnh nhân xơ gan điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa – Bệnh viện Quân y 103. Đánh giá nguy cơ SDD bằng thang điểm RFH-NPT, đối chiếu với mức độ suy gan và một số biến chứng. **Kết quả:** 66,4% bệnh nhân xơ gan có nguy cơ cao SDD, trong khi tỷ lệ nguy cơ thấp chỉ chiếm 17,8%. Bệnh nhân xơ gan có nguy cơ SDD cao chủ yếu gặp ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B và C (44,8% và 47,8%, theo thứ tự) và xơ gan có biến chứng. **Kết luận:** Nguy cơ SDD là khá phổ biến ở bệnh nhân xơ gan và có liên quan đến mức độ suy gan và biến chứng của bệnh. **Từ khóa:** suy dinh dưỡng, thang điểm RFH-NPT, xơ gan

SUMMARY

APPLICATION OF RFH-NPT SCORE IN SCREENING MALNUTRITION RISK AMONG CIRRHOSIS PATIENTS

Objective: To investigate the risk of malnutrition in cirrhotic patients using the Royal Free Hospital Nutritional Prioritizing Tool (RFH-NPT). **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional description of 101 cirrhosis patients treated at the Gastroenterology Department - Military Hospital 103. Evaluate the risk of malnutrition using the RFH-NPT score, compared with the severity of liver failure and some complications. **Results:** 66.4% of cirrhosis patients were at high malnutrition risk, while the low risk rate was only 17.8%. Cirrhosis patients at high malnutrition risk are mainly found in the group of patients with Child-Pugh B and C cirrhosis (44.8% and 47.8%, respectively) and cirrhosis with complications.

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduonghvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

Conclusion: The risk of malnutrition is quite common in cirrhosis patients and is related to the severity of liver failure and complications of the disease.

Keywords: malnutrition, RFH-NPT score, cirrhosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là một trong các biểu hiện lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan, tỷ lệ dao động 5-92% tùy theo thiết kế nghiên cứu và công cụ đánh giá, thường ít rõ ràng ở bệnh nhân xơ gan còn bù (chỉ chiếm khoảng 20%) nhưng dễ dàng nhận ra ở bệnh nhân xơ gan mất bù với tỷ lệ hơn 50% [1]. Cơ chế bệnh sinh của tình trạng này rất phức tạp, đa yếu tố bao gồm giảm lượng thức ăn tiêu thụ do chán ăn; giảm quá trình tiêu hóa và hấp thu các chất dinh dưỡng, rối loạn hệ vi sinh vật đường ruột... và có liên quan đến nhiều biến chứng của bệnh như cổ trướng và hội chứng gan thận, làm thời gian và chi phí nằm viện tăng cao, đặc biệt gia tăng nguy cơ tử vong [1], [2]. Điều này cho thấy SDD không chỉ đơn thuần là một dấu hiệu lâm sàng của bệnh, mà cần được coi là một biến chứng quan trọng, việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời giúp cải thiện tiên lượng bệnh.

Hiện nay có nhiều phương pháp sàng lọc nguy cơ SDD, trong đó sử dụng phổ biến nhất là bộ công cụ NRS2002. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân xơ gan thì công cụ đánh giá này thường có độ tin cậy không cao do bị ảnh hưởng bởi phù, cổ trướng và suy chức năng gan. Một công cụ khác là thang điểm Royal Free Hospital-General Assessment (RFH-GA) đánh giá chính xác tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân xơ gan nhưng rất tốn thời gian (khoảng 45 phút) và cần có chuyên gia dinh dưỡng được đào tạo [2]. Để khắc phục những hạn chế nêu trên, năm 2012, Arora và CS đã nghiên cứu và đề xuất thang điểm The Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing Tool (RFH-NPT) với ưu điểm đơn