

thống các vị trí dính khác, nếu như trong mổ thấy tình trạng dính nhiều và phức tạp thì phẫu thuật viên nên chuyển sang mổ mở chứ không nên mất thời gian để gỡ dính bằng nội soi⁴.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ của nhóm mổ nội soi hoàn toàn ngắn hơn trung bình là 2,27 ngày so với nhóm có mổ mở. Thời gian trung tiện sau mổ của nhóm mổ nội soi là $2,33 \pm 0,90$ ngày trong khi của nhóm có mổ mở dài hơn là $3,57 \pm 1,12$. Thời gian rút được ống dẫn lưu ổ bụng hay thời gian từ lúc mổ đến lúc ra viện nhóm mổ nội soi hoàn toàn cũng đều ngắn hơn. Bệnh nhân nằm viện điều trị với thời gian trung bình là $12,49 \pm 4,66$ ngày đối với nhóm có mổ mở trong khi nhóm phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngắn hơn trung bình $3,76$ ngày là $8,73 \pm 4,77$. Nghiên cứu của Dương Trọng Hiền (2014), Đặng Ngọc Hùng (2016) đều ghi nhận rằng: phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ có nhiều ưu điểm như: (1) ít đau sau mổ, (2) trung tiện sớm hơn, (3) giảm thời gian nằm viện, (4) hồi phục sức khỏe sau mổ nhanh hơn, (5) giảm tỷ lệ các biến chứng của vết mổ và (6) giảm tạo dính sau mổ^{7,8}.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị bệnh lý tắc ruột sau mổ là phương pháp cho hiệu quả tốt. Không có sự khác biệt rõ ràng về kết quả trong mổ giữa mổ mở và mổ nội soi. Tuy nhiên kết quả sớm sau mổ chứng minh phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ vẫn là kỹ thuật an toàn và hiệu quả, ít đau, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn hơn. Bên cạnh đó, không phải trường hợp tắc ruột sau mổ nào cũng có thể tiến hành phẫu thuật nội soi, cần lưu ý chọn lựa bệnh nhân phù hợp.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẠP VÍT

Trần Thị Trúc Linh¹, Hồ Văn Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Bình

Email: hvbinh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cox. M. R., Gunn. I. F., Eastman. M. C., et al (1993), The safety and duration of non-operative treatment for adhesive small bowel obstruction, Aust N Z J Surg, 63 (5), pp. 367-371.
2. Ayman H, Sarwat A, Naser Z (2004). Laparoscopic adhesiolysis for recurrent small bowel obstruction with the ultrasonically activated shears, Egyptian Journal of Surgery, 23 (1), pp. 14-19.
3. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH (2000). Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. Br J Surg, 87(9):1240-7.
4. Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu, Nguyễn Hồng Sơn (2008), "Hiệu quả phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12(1), 154-160.
5. Fevang. B. T. S., Fevang. J., Lie. S. A., et al (2004), Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction, Ann Surg, 240 (2), pp. 193-201(2).
6. Ten Broek RP, Krielen P, Di Saverio S, et al (2018). Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World J Emerg Surg, 13:1-13.
7. Dương Trọng Hiền (2014). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ. Luận án tiến sĩ chuyên ngành Ngoại khoa Đại học Y Hà Nội tr. 94-125.
8. Đặng Ngọc Hùng (2016). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ. Luận án tiến sĩ chuyên ngành Ngoại khoa Trường đại học Y dược Huế; tr.91-126.
9. Sallinen V, Di Saverio S, Haukijärvi E, et al (2019). Laparoscopic versus open adhesiolysis for adhesive small bowel obstruction (LASSO): an international, multicentre, randomised, open-label trial. Lancet Gastroenterol Hepatol; 4(4):278-286.
10. Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu (2010), "Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 14 (4), tr. 1-7.

mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 52 bệnh nhân gãy kín hoặc gãy hở theo Gustilo độ I đến sớm đầu dưới hai xương cẳng chân được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, Bệnh viện Quân Y 121 thời gian từ năm 2022 đến năm 2024. **Kết quả:** Kết quả sớm sau điều trị: Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman: Rất tốt và tốt là 92,31%, trung bình là 7,69%; tình trạng vết mổ: vết mổ khô sạch không bị nhiễm trùng là 90,36%, nhiễm trùng nông với tỉ lệ là 9,61%.

Từ khóa: gãy xương, kết hợp xương, nẹp vít, kết quả điều trị.

SUMMARY**EVALUATION OF EARLY RESULTS OF TREATMENT OF LOWER LEG FRACTURES TWO LEG BONES SURGICALLY COMBINED WITH SCREW BRACES**

Objective: The study has objectives: Evaluate the early results of treatment of lower leg fractures with bone and screw fusion surgery in Can Tho. **Methods:** Designed a descriptive, retrospective, and prospective cross-sectional study on 52 patients with open or closed Gustilo grade I fractures to the early lower end of the two lower leg bones who underwent bone fusion surgery with screws at the Hospital. Can Tho Central General Hospital, Can Tho City General Hospital, 121 Military Hospital from 2022 to 2024. **Result:** Early results after treatment: Results of fracture reduction according to the standards of Larson and Bostman: Very good and good is 92.31%, average is 7.69%; Surgical wound condition: clean dry surgical wound without infection is 90.36%, superficial infection rate is 9.61%. **Keywords:** fracture, bone fusion, screws, treatment results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân là loại gãy thuộc gãy vùng hành xương, nằm trong giới hạn khoảng 4 - 4,6 cm tính từ khe khớp cổ chân và là một loại tổn thương thường gặp, chiếm 18% trong tổng các loại gãy [1]. Dựa trên đặc điểm giải phẫu vùng cẳng chân và các yếu tố giúp lành xương, nẹp khóa đầu dưới xương chày được sử dụng trong điều trị nhằm khắc phục nhược điểm của các phương pháp điều trị cổ điển [4]. Việc hạn chế bóc tách màng xương sẽ hạn chế tổn thương nguồn mạch nuôi xương, cố định vững chắc xương gãy, lỏng vít, nẹp, di lệch thứ phát,... [2]. Mỗi loại nẹp đều có thế mạnh riêng và quan trọng nhất là nếu dựa vào đặc điểm giải phẫu vùng đầu dưới xương chày thì nẹp vít vẫn là lựa chọn hàng đầu. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân gãy kín hoặc gãy hở theo Gustilo độ I đến sớm đầu dưới hai xương cẳng chân được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, Bệnh viện Quân Y 121 thời gian từ năm 2022 đến năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhân trên 16 tuổi, được chẩn đoán gãy kín hoặc gãy hở độ I đến sớm đầu dưới xương chày theo phân loại Hiệp hội Kết hợp xương (AO), có hay không

gãy xương mức kèm theo, có đầy đủ tư liệu cần thiết: hồ sơ, phim XQ, địa chỉ cụ thể, ...

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy đầu dưới xương cẳng chân do nguyên nhân bệnh lý. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân mắc các bệnh tâm thần. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, Bệnh viện Quân Y 121 từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần phải có.
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, $d = 0,07$.

- p: tỷ lệ kết quả nắn chỉnh sau mổ, chọn $p = 92,86\%$ theo Larson và Bostman đạt tốt và rất tốt theo nghiên cứu của tác giả Trần Trọng Nhân năm 2021 tại Bệnh viện Quân Y 121 [3].

Thay vào công thức trên: $n \approx 51,98$ bệnh nhân. Do đó cỡ mẫu tối thiểu cần có là 52 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2024.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương, sơ cứu trước khi vào viện.

Kết quả phẫu thuật sớm: Thời gian mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sớm sau mổ, kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Lason và Bostman.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Tiếp nhận hồ sơ bệnh án, ghi nhận thông tin theo bộ câu hỏi có trước. Phân loại gãy đầu dưới hai xương cẳng chân. Tham gia vào quá trình điều trị. Ghi lại hình ảnh BN, phim X-quang,... Theo dõi đánh giá kết quả sớm sau mổ. Ghi chép, phân tích và xử lý số liệu.

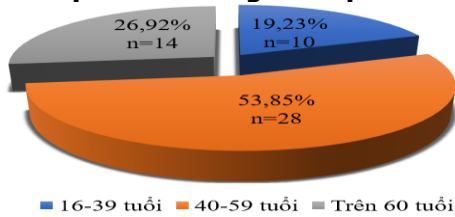
Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Làm sạch số liệu trước khi tiến hành phân tích kết quả. Số liệu được trình bày dưới dạng phần trăm (%) đối với biến định tính; trung bình \pm độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

Kiểm định thống kê Chi-square để xác định mối liên quan giữa các biến định tính bằng chỉ số OR (tỷ số chênh) với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ được lấy để xét có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Ý đứcc: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đứcc trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng đứcc đứcc đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đứcc đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ đứcc tiến hành sau khi đứcc đủ điều kiện và thông qua Hội đứccng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toàn.

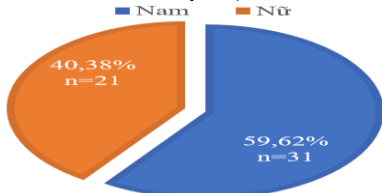
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc đứccng chung của bệnh nhân



Biểu đồ 3.1. Phân bố đứccng đối tượng nghiên cứu theo tuổi (n=52)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nhóm đứccng nghiên cứu là $51,38 \pm 13,49$ tuổi. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 72 tuổi, trẻ nhất là 16 tuổi. Nhóm độ tuổi từ 40-59 tuổi gồm 28 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ cao nhất 53,85%. Nhóm bệnh nhân từ 16-39 tuổi có 10 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 19,23% và nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có 14 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 26,92%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố đứccng đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Trong tổng số 52 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có 31 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 59,62% cao hơn so với 21 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 40,38%.

Bảng 3.1. Đặc đứccng nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Văn phòng	12	23,08%
Lao động	25	48,08%
Nghỉ hưu	15	28,84%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Có 25 trường hợp gãy xương đứccng đứccng phẫu thuật là người lao động tay chân chiếm 48,08% có tỷ lệ cao nhất; 15 trường hợp là người già đứccng nghỉ hưu chiếm 28,84% và

thấp nhất là nhân viên văn phòng chiếm 23,08% có 12 trường hợp.

Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân tai nạn	Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	32	61,54%
Tai nạn sinh hoạt	16	30,77%
Tai nạn lao động	3	5,77%
Tai nạn thể thao	1	1,92%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến nhất với 32 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,54%, đứccng thứ hai là tai nạn sinh hoạt (đa số là té ngã) gồm 16 trường hợp và chiếm 30,77%, tai nạn lao động có 3 trường hợp chiếm 5,77% và tỷ lệ chiếm ít nhất là 1,92% gặp trong tai nạn thể thao có 1 trường hợp (gặp trong khi đá bóng).

Bảng 3.3. Sơ cứu trước khi nhập viện

Sơ cứu trước khi nhập viện	Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Có	27	51,92%
Không có	25	48,08%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Số trường hợp đứccng đứccng sơ cứu trước khi nhập viện là 27 chiếm tỷ lệ 51,92%; 25 trường hợp không đứccng đứccng sơ cứu trước đó chiếm 48,08%.

3.2. Đứccng đánh giá sớm kết quả điều trị

Bảng 3.4. Thời gian mổ

Thời gian mổ	Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 60 phút	8	15,38%
Từ 60-120 phút	42	80,77%
Trên 120 phút	2	3,85%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Có 52 cuộc phẫu thuật đứccng đứccng thực hiện trong đó: 42 ca phẫu thuật kéo dài từ 60-120 phút chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,77%; có 8 ca phẫu thuật kéo dài dưới 60 phút chiếm tỷ lệ 15,38%; 2 ca phẫu thuật phức tạp kéo dài trên 120 phút chiếm 3,85%. Thời gian mổ ngắn nhất đứccng ghi nhận là 50 phút, dài nhất là 135 phút và thời gian trung bình trong cả nhóm nghiên cứu là $78,67 \pm 17,36$ phút.

Bảng 3.5. Kỹ thuật phối hợp

Kỹ thuật phối hợp	Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Xuyên đứccng xương mác	1	1,92%
Bắt vít xoắn	6	11,54%
Không	45	86,53%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Đa số các rứccng hợp gãy hai xương cẳng chân trong nghiên cứu đứccng đứccng kết hợp xương chày bằng nẹp vít khóa và kết hợp xương

mác bằng nẹp nén ép, vít cứng gồm 45 bệnh nhân chiếm 86,53%; bên cạnh đó có 1 trường hợp gãy đơn thuần xương mác ít di lệch được xuyên đinh Kicher 2.7mm chiếm tỉ lệ 1,92% và 6 trường hợp có đoạn gọng chày mác được sử dụng vít xoắn chiếm tỉ lệ 11,54%.

Bảng 3.6. Thời gian nằm viện

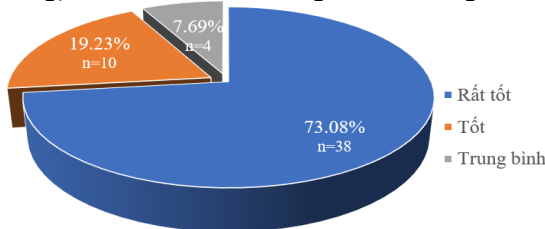
Thời gian nằm viện	Số ca bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
≤ 14 ngày	8	15,38%
Trên 14 ngày	44	84,62%
Tổng	52	100%

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của tổng 52 bệnh nhân là 19,96 ± 6,15 ngày; thời gian nằm viện ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 36 ngày. Trong đó 8 bệnh nhân chiếm 15,38% có thời gian nằm viện từ dưới 14 ngày; 44 bệnh nhân còn lại nằm viện trên 14 ngày chiếm tỉ lệ 84,62%.

Bảng 3.7. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ	Số ca bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
Nhiễm trùng	5	9,61
Không	47	90,36
Tổng	52	100

Nhận xét: Biến chứng sớm sau mổ có: 5 trường hợp nhiễm trùng nông chiếm tỉ lệ 9,61% được điều trị nội khoa kết hợp và ổn định sau đó. Chiếm tỉ lệ cao nhất là 90,36% gồm 47 bệnh nhân không ảnh hưởng đến quá trình liền xương, vết mổ liền tốt không nhiễm trùng.



Biểu đồ 3.3. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Lason và Bostman (n=52)

Nhận xét: Chúng tôi đã đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy sau mổ về mặt giải phẫu dựa và hình ảnh X-quang theo tiêu chuẩn của Lason và Botman ghi nhận:

38 trường hợp được nắn chỉnh đạt mức độ rất tốt chiếm tỉ lệ 73,08%.

10 trường hợp nắn chỉnh đạt mức độ tốt chiếm 19,23%.

4 trường hợp nắn chỉnh đạt mức độ trung bình chiếm 7,69% và không có trường hợp nào kém (không thể nắn chỉnh được).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả trong và sau mổ.

Thời gian mổ trung bình được ghi nhận là

78,67± 17,36 phút nhanh nhất là 50 phút, dài nhất là 135 phút. Theo ghi nhận trong nghiên cứu tương tự của tác giả Trần Trọng Nhân thời gian mổ trung bình là 78,33 ± 19,82 phút [3]. Ghi nhận trong nghiên cứu tương tự của tác giả Nguyễn Mạnh Tiến (n=35) báo cáo thời gian cuộc mổ trung bình là 55 phút. Nhanh nhất chỉ 40 phút và dài nhất ghi nhận là 75 phút [4].

Thời gian nằm viện trung bình là 19,96 ± 6,15 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 36 ngày. So sánh với tác giả Trần Trọng Nhân (n=51) thời gian nằm viện trung bình là 18,78 ± 7,23 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 11 ngày và dài nhất là 34 ngày [3].

Nghiên cứu ghi nhận 45 trường hợp chiếm tỉ lệ 86,53% gãy cả hai xương cẳng chân được kết hợp xương chày bằng nẹp vít khóa và kết hợp xương mác bằng nẹp nén ép, vít cứng. Có 1 trường hợp gãy xương mác đơn thuần ít di lệch được xuyên đinh Kirschner 2.7 mm cố định chiếm tỉ lệ 1,92% và 6 trường hợp có đoạn gọng chày mác được sử dụng vít xoắn kèm theo chiếm tỉ lệ 11,54%.

4.2. Kết quả gàn.

Chúng tôi ghi nhận qua phim X-quang sau mổ thấy các bệnh nhân được nắn chỉnh ổ gãy đạt rất tốt và tốt trong quá trình mổ chiếm tỉ lệ cao 92,31%; chỉ 7,69% nắn chỉnh đạt trung bình. Không có trường hợp nào là không thể nắn chỉnh được (kém).

Với tác giả Trần Trọng Nhân (n=51) cùng phương pháp mổ hở kết hợp xương bằng nẹp vít khóa có kết quả nắn chỉnh ổ gãy đạt rất tốt và tốt chiếm 92,16% chỉ 7,84% trường hợp đạt trung bình. Không có trường hợp kém [3]. So sánh với tác giả Nguyễn Mạnh Tiến (n=35) kết hợp xương gãy bằng nẹp vít khóa có kết quả nắn chỉnh rất tốt và tốt chiếm 97,1% nắn chỉnh đạt trung bình chỉ chiếm 2,9% và không có trường hợp kém [4].

4.3. Biến chứng sớm sau mổ.

Về biến chứng sớm sau mổ, nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp nhiễm trùng nông chiếm 9,62% được điều trị nội khoa kết hợp và ổn định su đó, không ảnh hưởng đến quá trình liền xương về sau. Tác giả Trần Trọng Nhân ghi nhận 1 trường hợp tụ máu tại vết mổ do tắc ống dẫn lưu chiếm tỉ lệ 1,96%; bệnh nhân được xử trí kê cao chân, sử dụng kháng sinh, kháng viêm... sau đó vết mổ liền tốt, không ảnh hưởng đến quá trình liền xương và kết quả phục hồi chức năng. 46 bệnh nhân không có biến chứng gì sau mổ chiếm 90,2% [3].

V. KẾT LUẬN

Kết quả sớm sau điều trị: Kết quả nắn chỉnh

ổ gãy theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman: Rất tốt và tốt là 92,31%, trung bình là 7,69%; tình trạng vết mổ: vết mổ khô sạch không bị nhiễm trùng là 90,36%, nhiễm trùng nông với tỉ lệ là 9,61%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Dương (2023), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Thanh Nhân, Tạp chí Y học Việt Nam, 529 số 2 năm 2023.
2. Phan Văn Ngọc, Lê Xuân Sơn, Hồ Sỹ Nam,

Lê Phúc (2021), Điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương chày bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại bệnh viện SAIGON_ITO phú nhuận, Báo cáo nghiên cứu khoa học Bệnh viện Sài Gòn ITO.

3. Trần Trọng Nhân (2021), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa. Tạp chí Y Dược Học Cận Thơ, Số 41/2021
4. Nguyễn Mạnh Tiến (2015), Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TIÊU CHẢY NHIỄM KHUẨN KÉO DÀI Ở TRẺ 6-24 THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thanh¹, Nguyễn Thị Thu Trang²,
Bùi Thị Linh², Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Tiêu chảy nhiễm khuẩn kéo dài là tình trạng nhiễm khuẩn đường tiêu hóa kéo dài trên 7 ngày thường gặp nhất ở trẻ em dưới 2 tuổi gây rối loạn nước, điện giải, nhiễm khuẩn, kém dinh dưỡng ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy nhiễm khuẩn kéo dài ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca bệnh trên 67 trẻ từ 6 đến 24 tháng tuổi tại khoa Tiêu hoá, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/07/2023 đến 30/04/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ bị bệnh trong nghiên cứu là $10,6 \pm 4,3$ tháng. Tỷ lệ mắc bệnh của trẻ trai/gái là 1,8/1. Số lần tiêu chảy khi bị bệnh trung bình là $8,2 \pm 4,2$ lần/ngày, 31,3% trẻ có biểu hiện mất nước. 85,1% trẻ đi ngoài phân có nhiều nhày hoặc nhày máu. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là hậu môn đỏ (82,1%), chán ăn (64,2%), sốt (49,3%) và nôn (40,3%). Tổng số lượng bạch cầu trong công thức máu tăng chiếm 21,9%, tỷ lệ trẻ có phần trăm bạch cầu đa nhân trung tính giảm và tăng lần lượt là 45,0% và 20,3%; tỷ lệ trẻ có phần trăm bạch cầu lympho giảm chiếm 23,4%; 29,7% trẻ có tăng tỷ lệ phần trăm bạch cầu ái toan. 34,4% trẻ có thiếu máu và 25,8% trẻ có tăng chỉ số viêm CRP. 68,7% trẻ tiêu chảy kéo dài có kết quả soi phân có bạch cầu (++) , 31,3% trẻ có cả hồng và bạch cầu trong phân ở mức độ (++) trở lên. 19,7% trẻ có tình trạng kém hấp thu mỡ và 40,9% trẻ có tình trạng bất dung nạp lactose. Tỷ lệ cấy phân dương tính thấp trong đó căn nguyên xác định được là E. coli. **Kết luận:** Trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn kéo dài

thường có biểu hiện sốt, chán ăn và đi ngoài phân nhày máu. Xét nghiệm thường có tăng bạch cầu và CRP. Tỷ lệ cấy phân dương tính ở trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn kéo dài còn thấp, căn nguyên chủ yếu là E. coli
Từ khóa: Tiêu chảy kéo dài, nhiễm khuẩn, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PROLONGED INFECTIOUS DIARRHEA IN CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Prolonged infectious diarrhea is commonly associated with pathogenic bacteria in pediatric patients, it causes electrolyte disorders, infection and malnutrition affecting the child's development. **Aim:** To describe the clinical and laboratory characteristics of prolonged infectious diarrhea in children. **Materials and methods:** a prospective study was conducted on 67 children, aged 6-24 months, diagnosed with prolonged infectious diarrhea at the National Children's Hospital from July 2023 to April 2024. **Result:** The mean age of children was 10.6 ± 4.3 months. The boy/girl ratio was 1.8/1. The most common clinical symptoms were anal redness (82.1%), anorexia (64.2%), fever (49.3%), vomiting (40.3%). The complete blood count showed an elevated white blood cells in 21.9%, the rates of children with low and high neutrophils was 45.0% and 20.3%, respectively. The prevalence of low lymphocyte and eosinophilia was 23.4% and 29.7% respectively. 34.4% of children had anemia and 25.8% had an elevated CRP index. Stool examination analysis showed the rate of a positive with leukocytes was 68.7% and 31.3% positive with both red and white blood cells. Prevalence of fat malabsorption and lactose intolerance was 19.7% and 40.9%, respectively. The positive stool culture rate was low with E. coli. **Conclusion:** Prolonged infectious diarrhea occurred in children 6-12 months old with common clinical symptoms of loose stools mixed with

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024