

V. KẾT LUẬN

Việc điều trị can thiệp điều trị nút mạch AVMs thận bằng vật liệu nút mạch histoacryl và/hoặc VXKL là an toàn, hiệu quả và mang lại kết quả điều trị tốt. Nên dựa vào số lượng mạch nuôi và lưu lượng luồng thông của AVMs thận để lựa chọn vật liệu nút mạch phù hợp.

TAI LIỆU THAM KHẢO

- Hatzidakis A, Rossi M, Mamoulakis C, et al.** Management of renal arteriovenous malformations: A pictorial review. *Insights into Imaging*. 2014;5(4):523. doi:10.1007/s13244-014-0342-4
- Hwang JH, Do YS, Park KB, Chung HH, Park HS, Hyun D.** Embolization of Congenital Renal Arteriovenous Malformations Using Ethanol and Coil Depending on Angiographic Types. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2017;28(1):64-70. doi:10.1016/j.jvir.2016.09.004
- Crotty KL, Orihuela E, Warren MM.** Recent advances in the diagnosis and treatment of renal arteriovenous malformations and fistulas. *J Urol*. 1993;150(5 Pt 1):1355-1359. doi:10.1016/s0022-5347(17)35778-6
- TAKEBAYASHI S, HOSAKA M, KUBOTA Y, ISHIZUKA E, IWASAKI A, MATSUBARA S.** transarterial embolization and ablation of renal arteriovenous malformations: efficacy and damages in 30 patients with long-term followup. *The Journal of Urology*. Published online March 1998. doi:10.1016/S0022-5347(01)63703-0
- Somani BK, Nabi G, Thorpe P, Hussey J, McClinton S.** Therapeutic Transarterial Embolisation in the management of benign and malignant renal conditions. *The Surgeon*. 2006; 4(6): 348-352. doi:10.1016/S1479-666X(06)80110-1
- Sountoulides P, Zachos I, Paschalidis K, et al.** Massive hematuria due to a congenital renal arteriovenous malformation mimicking a renal pelvis tumor: a case report. *J Med Case Rep*. 2008;2:144. doi:10.1186/1752-1947-2-144
- Gandhi SP, Patel K, Pandya V, Raval M.** Renal arteriovenous malformation presenting with massive hematuria. *Radiol Case Rep*. 2015;10(1):1068. doi:10.2484/rcr.v10i1.1068
- Mori T, Sugimoto K, Taniguchi T, et al.** Renal arteriovenous fistula with rapid blood flow successfully treated by transcatheter arterial embolization: application of interlocking detachable coil as coil anchor. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2004;27(4):374-376. doi:10.1007/s00270-004-0068-7
- Maruno M, Kiyosue H, Tanoue S, et al.** Renal Arteriovenous Shunts: Clinical Features, Imaging Appearance, and Transcatheter Embolization Based on Angioarchitecture. *Radiographics*. 2016;36(2):580-595. doi:10.1148/rg.2016150124
- Davidson GS, Terbrugge KG.** Histologic long-term follow-up after embolization with polyvinyl alcohol particles. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1995;16(4 Suppl):843-846.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN GALEAZZI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Thái Ngọc Bình¹, Phạm Ngọc Thắng¹, Trần Hoài Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị gãy kín Galeazzi ở người trưởng thành bằng kết hợp xương nẹp vít (KXNV). **Đối tượng nghiên cứu:** 42 TH gãy kín Galeazzi (30 nam, 12 nữ), tuổi từ 18- 80, tuổi trung bình là 37,3 ± 14,15; được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện QY 103, trong khoảng thời gian từ 1/2018 đến tháng 12/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. Các BN được phẫu thuật mở ổ gãy nắn chỉnh, kết hợp xương bên trong và bất động khớp quay trụ dưới bằng bó bột cánh bàn tay từ 4-5 tuần. **Kết quả:** Kiểm tra kết quả xa 42 BN với thời gian theo dõi từ 13 đến 48 tháng: đạt liền xương 100%; Kết quả chung đạt rất tốt 90,47%, tốt 7,14%, trung bình là 2,39% và

không có kết quả kém. **Kết luận:** Điểm mấu chốt của điều trị gãy Galeazzi là phục hồi được độ dài của xương quay và duy trì kết quả nắn chỉnh khớp quay trụ dưới.

Từ khóa: Gãy Galeazzi, sai khớp quay trụ dưới.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULT TREATMENT OF THE GALEAZZI FRACTURE DISLOCATION BY PLATE FIXATION

Objectives: Reviews of clinical and X Quang features of Galeazzi fractures. Evaluation of results of treatment of the Galeazzi fracture by plate fixation. **Subjects:** 42 patients (30 males, 12 females), from 18 to 80 ages, average 37.3 ± 14.15; diagnosed with the Galeazzi fracture, were treated by Plate osteosynthesis at Military Hospital 103 from January 2018 to December 2021. **Methods:** Prospective, clinical trials without control group, sectional description and follow-up. Patients with surgical method by ORIF and open reduction and internal fixation of the radius and immobilization with above elbow cast in supination for 4-5 weeks. **Results:** Far result in 42 patients after surgery from 13 to 48 months were: 100% patients bon healing, excellent

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm: Thái Ngọc Bình

Email: binhthaingoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024

functional 90.47%, good 7.14%, fair 2.39%.
Conclusions: The key point of treatment for Galeazzi fracture is to restore the length of the radius and maintain the results of correction of the distal radioulnar joint. **Keywords:** Galeazzi fracture, distal radioulnar joint dislocation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Galeazzi là gãy đoạn xương quay nằm từ dưới lồi củ nhị đầu xương quay đến vị trí trên khớp cổ tay 4 cm kèm theo bán trật hoặc trật khớp quay trụ dưới. Loại gãy này được báo cáo lần đầu bởi Astley Cooper (1882) và gần 110 năm sau, Galeazzi (người Ý) đã mô tả chi tiết về loại gãy này [1]. Phổ biến nhất là gãy xương quay ở đoạn giữa chỗ bám của cơ sấp tròn và cơ sấp vuông. Dù là cơ chế chấn thương trực tiếp hay gián tiếp thì gãy xương quay luôn xảy ra trước rồi sau đó là tổn thương khớp quay trụ dưới [2].

Vì đây là gãy xương kèm theo sai khớp quay trụ dưới nên trong điều trị ngoài yêu cầu phải nắn chỉnh hết các di lệch của ổ gãy xương quay thì phải đưa đầu dưới xương trụ về lại vị trí giải phẫu và duy trì kết quả nắn chỉnh đến khi dây chằng bao khớp liền lại.[1], [2].

Điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh, bó bột thường cho kết quả xấu về chức năng vì không chỉnh hết được các di lệch của ổ gãy xương quay hoặc di lệch thứ phát; khớp quay trụ dưới vẫn còn sai [1]. Theo Robert E và cộng sự [3] gãy Galeazzi ở trẻ em và lứa tuổi thiếu niên điều trị bảo tồn cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, phương pháp điều trị phù hợp nhất đối với gãy Galeazzi ở người lớn là phẫu thuật kết xương mở và kết hợp xương quay bằng nẹp vít và bó bột cánh-bàn tay trong thời gian từ 4-5 tuần. Chỉ có phẫu thuật mới đảm bảo chỉnh hết các di lệch của ổ gãy xương quay, đặc biệt di lệch chổng tạo điều kiện đưa khớp quay trụ dưới về vị trí bình thường. [1], [4].

Tại Bộ môn - Trung tâm Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện quân y 103, trong những năm 2018 – 2021 cũng đã điều trị cho nhiều trường hợp gãy Galeazzi bằng phẫu thuật kết xương nẹp vít và thu được kết quả khả quan. Để rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị loại gãy này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín Galeazzi ở người trưởng thành bằng phẫu thuật kết xương nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 103". Mục tiêu của nghiên cứu này là:

- Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân gãy Galeazzi ở người trưởng thành.
- Đánh giá kết quả điều trị gãy kín Galeazzi ở người trưởng thành bằng phẫu thuật kết xương

nẹp vít.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 42 BN gãy kín Galeazzi, tuổi từ 18- 80, tuổi trung bình $37,3 \pm 14,15$. Các BN được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít xương quay tại trung tâm Chấn thương chỉnh hình BV QY 103 trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn chọn: các bệnh nhân gãy kín xương quay + trật khớp quay trụ dưới, được phẫu thuật kết xương nẹp vít + bó bột cánh bàn tay. Tuổi từ 18 trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN gãy xương bệnh lý; gãy xương quay được kết xương bằng nẹp khóa. Các BN gãy xương đến muộn sau 3 tuần. Các BN mổ không garo. Sau mổ kết hợp xương không có bất động bột tăng cường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, kết hợp mô tả cắt ngang và theo dõi dọc.

2.3. Đánh giá kết quả: bao gồm kết quả gần và kết quả xa.

- Đánh giá kết quả gần căn cứ vào diễn biến tại vết mổ và kết quả kết xương.

- Đánh giá kết quả xa: thời gian tối thiểu sau mổ 12 tháng, chỉ tiêu đánh giá bao gồm:

+ Tình trạng sẹo mổ (sẹo mềm mại, sẹo viêm rò, sẹo phì đại).

+ Tình trạng liền xương dựa trên phim chụp X-quang cẳng tay.

Kết quả phục hồi chức năng khớp cổ tay và khớp khuỷu dựa vào thang điểm Mikic [5]

Kết quả	Liên xương	Chức năng	
		Gấp duỗi cổ tay	Sấp ngửa (ROM)
Rất tốt	Liên xương	Giảm <10°	Giảm <25% ROM
Tốt	Liên xương	Giảm 10-20°	25-50%
Trung bình	Liên xương	Giảm >20°	>50%
Kém	Không liền xương	Có thể mất vận động hoàn toàn	

2.4. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới

- Các BN trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 18- 80 tuổi. Tuổi trung bình $37,3 \pm 14,15$ tuổi. Nhóm tuổi từ 30-40 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là 20 BN (47,61%).

Có 30 nam và 12 nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1.

3.1.2. Nguyên nhân, cơ chế gãy xương

Tai nạn giao thông: 38 BN (90,47%); tai nạn sinh hoạt: 3 BN (7,14%); tai nạn lao động: 1 BN (2,39%);

Gãy xương do cơ chế gián tiếp 29 BN (69,05%), do cơ chế trực tiếp 13 BN (30,95%).

Chi gãy: 31 BN gãy tay phải (73,81%), 11 BN gãy tay trái (26,19%).

3.1.3. Tính chất tổn thương

Bảng 3.1. Hình thái đường gãy xương quay (n=42)

Hình thái	Số BN	Tỷ lệ %
Gãy ngang	18	42,86
Gãy chéo vát	17	40,48
Gãy có mảnh rời	7	16,6

Vị trí gãy xương quay: 33 BN gãy 1/3 Dưới và 9 BN gãy 1/3 Giữa.

- 100% có sai khớp quay trụ dưới (phim X quang tư thế thẳng thấy mòm trâm quay lên cao ngang bằng hoặc cao hơn mòm trâm trụ).

3.1.4. Tổn thương kết hợp. Gãy các xương khác: 5 BN. (2 BN gãy xương đòn và 2 BN gãy xương cẳng chân được mổ kết xương cùng lúc; 1 BN gãy xương bàn chân được bó bột).

3.2. Phương pháp điều trị

3.2.1. Thời điểm phẫu thuật

- Có 12 BN được mổ kết xương ngay trong ngày đầu. Các BN còn lại được mổ từ ngày thứ 2 - 5 sau tai nạn.

3.2.2. Đường mổ. Mổ theo đường Henry: 28 BN (66,67%), gồm các BN gãy 1/3 dưới.

Mổ theo đường Thompson: 14 BN (33,33%) có 9 BN gãy 1/3 giữa, còn lại là gãy 1/3 dưới xương quay.

3.3.3. Loại nẹp sử dụng

Nẹp DCP 6 lỗ: 28 BN; nẹp DCP 8 lỗ: 6 BN. Nẹp mắt xích: 8 BN.

Số vít bắt ở mỗi đầu tối thiểu là 2 vít. Số vít bắt cho 1 BN tối thiểu là 5 vít, nhiều nhất là 8 vít.

Có 3 BN kết hợp với buộc vòng thép để cố định mảnh rời

3.3.4. Bất động sau mổ: 100% số BN được bất động bằng máng bột sêu cánh bàn tay, tư thế bàn tay ngửa hoàn toàn. Thời gian bất động từ 4-5 tuần.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Kết quả gân

- Diễn biến tại vết mổ: 40 BN (95,24%) liền vết mổ kỳ đầu. 2 BN nhiễm khuẩn vết mổ nông (4,76%); đã cắt chỉ thưa giải thoát dịch, vết mổ tự liền.

- Kết quả kết xương, đánh giá trên phim chụp X quang cẳng tay sau mổ: 100% ổ gãy được nắn chỉnh hết di lệch và khớp quay trụ dưới được nắn chỉnh về lại vị trí giải phẫu.

3.3.2. Kết quả xa. Theo dõi xa được 42 BN (100%); thời gian theo dõi trung bình 26,5 tháng (13-48 tháng)

a. Tình trạng sẹo mổ:

+ Sẹo mổ mềm mại không viêm rò: 37 BN (88,10%).

+ Sẹo lồi: 5 BN (11,90%).

b. Kết quả liền xương: 100% đạt liền xương, thời gian liền xương trung bình là 4,25 tháng (từ 3,5 - 6 tháng). Phục hồi giải phẫu khớp quay trụ dưới về bình thường: 100%.

c. Kết quả phục hồi chức năng

Bảng 3.2. Kết quả liền xương và phục hồi chức năng. (n=42)

Kết quả	Số BN	%
Rất tốt	38	90,47
Tốt	3	7,14
Trung bình	1	2,39
Kém	0	0

* Kết quả phục hồi gấp duỗi cổ tay: 38 BN đạt tốt (90,47 %), 4 BN khá (9,53%).

* Phục hồi biên độ sấp ngửa bàn tay về mức bình thường: 38 BN (90,47%). 3 BN hạn chế ít (7,14%); 1 BN hạn chế > 45% tổng biên độ sấp ngửa (2,39%). Không gặp các biến chứng khớp giả.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Về độ tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 35,3 ± 14,15 tuổi (từ 18-80 tuổi); nhóm tuổi từ 30-40 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là 20 BN 47,62%. Theo các nghiên cứu của Mikic và Sermsak , độ tuổi từ 30 - 40 cũng gặp nhiều nhất [5], [6].

- Nghiên cứu của chúng tôi, gãy tay phải chiếm 73,81% và tay trái chiếm 26,19 %. Theo kết quả nghiên cứu của Riju K.P, gãy tay phải chiếm 76,19% [1]. Nghiên cứu của Mikic ghi nhận gãy ở tay trái chiếm 54% nhưng không nói rõ là tay thuận hay không thuận [5]. Nghiên cứu của Wong ghi nhận 23/44 (52,27%) là gãy tay phải [6]. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả thu được của các tác giả khác.

- Về cơ chế chấn thương: Trong nghiên cứu của chúng tôi gãy xương do cơ chế gián tiếp, ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi quá mức chiếm 69,05%; gãy do cơ chế trực tiếp chỉ có 30,95%. Nghiên cứu của Riju K.P, trong 42 BN gãy Galeazzi, cơ chế ngã chống tay trong tư thế duỗi khuỷu chiếm 80% [1]. Theo nghiên cứu của Moore, có 50 % cơ chế chấn thương gián tiếp và 50 % do cơ chế trực tiếp.[8]

- Về nguyên nhân gãy xương: theo nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân do tai

nạn giao thông có 38 BN (90,47%); tai nạn sinh hoạt chỉ có 3 BN (7,14%). Nghiên cứu của Moore cho thấy nguyên nhân chủ yếu do ngã xe đạp [8], còn theo Riju K.P nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 80%. [1]

- **Về đặc điểm tổn thương:** 42 BN đều có tổn thương gãy xương quay ở vị trí 1/3 D (33 BN) và 1/3 G (9 BN) kèm theo sai khớp quay trụ dưới. Theo định nghĩa, gãy Galeazzi là gãy thân xương quay kèm theo sai khớp quay trụ dưới tuy nhiên chúng tôi gặp chủ yếu gãy xương quay ở vị trí 1/3 dưới. Theo Riju K.P dù là cơ chế chấn thương trực tiếp hay gián tiếp thì gãy xương quay bao giờ cũng xảy ra trước rồi sau đó là sai khớp quay trụ dưới. Tổn thương sai khớp quay trụ đơn giản thường được nắn về lại vị trí giải phẫu một cách ngẫu nhiên sau khi đã nắn chỉnh về đúng giải phẫu ổ gãy xương quay. Đôi khi điều này có thể gặp khó khăn do không thể đưa đầu dưới xương trụ về lại vị trí giải phẫu do mảnh xương hoặc dải gân cản trở, thường là gân cơ trụ sau [1].

4.2. Về điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít

4.2.1. Về chỉ định điều trị phẫu thuật.

Năm 1985, Mikic nghiên cứu kết quả điều trị 125 trường hợp gãy kín Galeazzi, đã kết luận rằng đối với người lớn điều trị bảo tồn thất bại đến 80 % và theo ông các trường hợp gãy xương quay + sai khớp quay trụ dưới là tổn thương không vững, nên mở ổ gãy nắn chỉnh và kết xương bên trong đồng thời cố định khớp quay trụ dưới bằng găm đinh Kirschner sau khi đã nắn chỉnh. Năm 1982, Reckly trong một nghiên cứu với 47 BN gãy Galeazzi cũng đưa ra nhận xét rằng kết quả tốt được ghi nhận trong các trường hợp mở ổ gãy nắn chỉnh và kết xương bên trong + bó bột cánh bàn tay tư thế bàn tay ngửa hoàn toàn trong 4-5 tuần. [1]

Gần đây Samsak S và cộng sự [6] cũng cho rằng gãy Galeazzi ở người trưởng thành nên mở ổ gãy và kết xương bên trong. Các tác giả cho rằng cố định bột tăng cường 02 tuần hoặc 04 tuần khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về kết quả chức năng.

4.2.2 Về kết quả điều trị. Trong 42 BN nghiên cứu với thời gian theo dõi trung bình 26,5 tháng (13-48 tháng). Kết quả liền xương đạt 100% và kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm của Mikic Z.D đạt mức rất tốt là 90,47%, tốt là 7,14% và chỉ có 2,39% kết quả trung bình.

Chúng tôi kiểm tra đánh giá độ vững của khớp quay trụ dưới tại các thời điểm kiểm tra bằng "test khóa Piano" và "test sấp ngửa bàn tay". Kết quả cho thấy 100% số BN kiểm tra

được đánh giá là khớp quay trụ dưới vững. Kết quả trên phim X quang chụp cổ tay bên mở thấy không còn sai khớp quay trụ dưới.

Nghiên cứu của Riju K.P cho thấy khi điều trị bảo tồn tỷ lệ thất bại là 52%, điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít kết quả rất tốt là 70%. Tác giả đã kết xương quay bằng nẹp tăng áp hẹp bản (nẹp DCP) với vít đường kính 3,5 mm cho tất cả các trường hợp. Kết quả xa về chức năng đạt mức rất tốt là 70% và không có trường hợp nào còn sai khớp quay trụ dưới [1]. Trong nghiên cứu này tác giả cũng dùng test Piano và hình ảnh X quang chụp khớp cổ tay để đánh giá kết quả nắn chỉnh khớp quay trụ dưới và độ vững của khớp quay trụ dưới. Nghiên cứu của Malleswara R. P và cộng sự [9] kết quả rất tốt là 92%. Mở theo đường Henry: 18 BN (78,3%), mở theo đường Thompson: 5 BN (21,7%)

Như vậy điều trị gãy Galeazzi đã đạt những tiến bộ đáng kể khi áp dụng phương pháp phẫu thuật mở ổ gãy nắn chỉnh và kết xương bên trong bằng nẹp vít AO đồng thời với cố định khớp quay trụ dưới bằng bó bột cánh bán tay.

V. KẾT LUẬN

- Tổn thương giải phẫu của gãy Galeazzi là gãy thân xương quay có di lệch chông kèm theo sai khớp quay trụ dưới; vị trí hay gặp là gãy đoạn 1/3 D chiếm 78,57%.

- Điều trị phẫu thuật kết xương vít đối với ổ gãy xương quay và bất động khớp quay trụ dưới, bằng bó bột cánh bàn tay tư thế ngửa hoàn toàn là phương pháp đem lại kết quả tốt; tỷ lệ liền xương đạt 100% và kết quả phục hồi chức năng đạt tỷ lệ rất tốt là 90,47%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Riju K.P.** (2017). Surgical Management of Galeazzi Fractures - A Clinical Study of 42 Patients. Int J Sci Stud 5(6):171-178.
2. **Reckling F.W, Cordell L.D.** (1968) Unstable fracture-dislocations of the forearm. The Monteggia and Galeazzi lesions. Arch Surg 96 (6): 999-1007.
3. **Robert E., Georg S., Johannes S., et al** (2008). Galeazzi Lesions in Children and Adolescents Treatment and Outcome. Clin Orthop Relat Res 466:1705-1709.
4. **Abhilash P., Krishna K** (2021). A study of the functional Outcome of Galeazzi fractures treated with open reduction and internal fixation in government medical college Thrissur, Kerala. J Evolution Med Dent Sci Vol 10 (45): 3900- 3905.
5. **Mikic Z.D.** (1975) Galeazzi fracture dislocations. J Bone Joint Surg Am. 57:1071-1080.
6. **Sermsak S., Thananit S., Thanit F.** (2023) Two-week versus four-week immobilization of stable distal radioulnar joint following surgical fixation of Galeazzi fracture-dislocations: A randomized controlled trial. Journal of Clinical

- Orthopaedics and Trauma 45:1-6.
7. **Wong PC.** (1967). Galeazzi fracture-dislocations in Singapore 1960-64; Incidence and results of treatment. Singapore Med J 1967;8:186-93.
8. **Moore TM, Klein JP, Patzakis MJ, Harvey P.** (1985). Results of compression plating in closed Galeazzi fractures. J Bone Joint Surg Am.; 67:1015-1021.
9. **Malleswara R. P., Jagadeesh B.S** (2017). Surgical management and functional outcome of Galeazzi fracture dislocation. National Journal of clinical Orthopaedics 1(3): 31-36.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C TRÊN NHÓM NGƯỜI BỆNH ĐỒNG NHIỄM HIV/HCV TẠI THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG GIAI ĐOẠN 2021-2022

Nguyễn Thị Lộc¹, Phạm Quang Lộc², Phan Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Đồng nhiễm HIV/HCV làm tăng nguy cơ phát triển xơ gan và tử vong của người bệnh. Điều trị viêm gan vi rút C (VGC) bằng thuốc tác động trực tiếp vào vi rút viêm gan C an toàn, hiệu quả, hầu như không có tương tác với ARV trên nhóm người bệnh này. Thành phố Hải Phòng hiện đứng thứ 7 trên toàn quốc về số người nhiễm HIV còn sống, trong đó có 24,9% người nhiễm vi rút viêm gan C. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị viêm gan vi rút C trên nhóm người bệnh đồng nhiễm HIV tại thành phố Hải Phòng giai đoạn 2021-2022. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 550 người bệnh điều trị viêm gan C đang điều trị HIV tại 8 Phòng khám ngoại trú ở thành phố Hải Phòng thông qua dữ liệu của phần mềm HMED VGC. **Kết quả:** Tỷ lệ SVR12 (đáp ứng vi rút bền vững sau kết thúc điều trị 12 tuần) đạt là 86,2 %, tỷ lệ không đạt SVR là 3,6 % và 10,2 % người không có kết quả SVR12. Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi 18-29, nữ giới, giai đoạn xơ gan F4, đang điều trị phác đồ HIV bậc 2 đạt 100%. Tỷ lệ điều trị thành công tương đương nhau ở nhóm không tiêm chích ma túy, xơ gan còn bù hay không xơ gan, giữa các giai đoạn xơ gan F0-F1-F2-F3. Kết quả không đạt SVR12 chủ yếu ở nhóm tuổi 40-49, là nam giới, có tiền sử tiêm chích ma túy và lao động tự do. **Khuyến nghị:** Cần chú trọng theo dõi kết quả điều trị cho nhóm người bệnh nam giới đồng nhiễm HIV/HCV ở nhóm 40-49 tuổi, có tiền sử tiêm chích ma túy và là lao động tự do. Cần tìm hiểu rõ hơn về các rào cản, nguyên nhân khiến cho các người bệnh không đến xét nghiệm kết quả SVR12 cuối kỳ hoặc bỏ điều trị.

Từ khóa: đồng nhiễm HIV/VGC, viêm gan vi rút C, DAA, Sofosbuvir và Daclatasvir

SUMMARY

RESULTS OF HEPATITIS C VIRUS TREATMENT IN CO-INFECTED HIV PATIENTS IN HAI PHONG CITY PERIOD 2021-2022

HCV coinfection in HIV patients might increase

¹Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Thành phố Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bộ Y Tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lộc

Email: nguyenthiloc@live.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024

the risk of advanced cirrhosis and mortality. Hepatitis C treatment by the direct-acting antiviral agent is safe and effective and reduces interaction with ARV in these patients. Hai Phong city currently ranks seventh nationwide in terms of the HIV epidemic, including 24.9% of people infected with the Hepatitis C virus.

Objective: To describe the results of Hepatitis C virus treatment in co-infected HIV patients in Hai Phong City period 2021-2022. **Methodology:** A

Retrospective cross-sectional study implemented 550 Hepatitis C patients being treated for HIV in 8 OPCs in Hai Phong City through an available database of the HMED VGC online platform. **Results:** The proportion of achieving SVR 12 was 86.2%, not achieving SVR 12 was 3.6%, and 10.2% did not have SVR12 results at the end of the regimen. The proportion of achieving SVR 12 for the 18-29 age group, females, the group of F4 stage cirrhosis, and those using second-line HIV regimens was 100%. The proportion of achieving SVR12 was similar between people with a history of injecting drugs and not injecting drugs, compensated cirrhosis and non-cirrhosis, F0-F1-F2-F3 stage cirrhosis. Patients who did not meet SVR 12 were primarily males aged 40-49, with a history of injecting drug use and self-employed. **Recommendation:** It is necessary to focus on monitoring treatment outcomes for males co-infected with HIV/HCV patients who are 40-49 years old, self-employed, and have a history of injection drug use. Further study should focus on the barriers and reasons why patients did not come for final SVR12 testing or drop out of treatment.

Keywords: HIV/HepC coinfection, Hepatitis C, DAA, Sofosbuvir and Daclatasvir

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu gần đây cho thấy tại Việt Nam, tỷ lệ mắc vi rút viêm gan C (HCV) trên người nhiễm HIV khoảng 34,4% (26- 44%) [1]. Khi đồng nhiễm HIV/HCV, nguy cơ phát triển xơ gan liên quan đến HCV tăng gấp ba lần và nguy cơ tử vong có thể tăng gấp hai đến bốn lần so với người nhiễm HIV không đồng nhiễm Viêm gan C (VGC) [2]. Theo hướng dẫn chẩn đoán điều trị viêm gan vi rút C của Bộ Y tế, phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir là phác đồ có tác dụng với tất cả các kiểu gen, đối với người bệnh VGC chưa có xơ gan, xơ gan còn bù và điều trị lần đầu thời gian điều trị là 12 tuần, với người bệnh