

vai trò của mình trong việc chia sẻ, giúp đỡ, kêu gọi cộng đồng hỗ trợ bệnh nhân nghèo, góp phần làm giảm gánh nặng chi phí của người bệnh bằng các hành động thiết thực như: kêu gọi cộng đồng hỗ trợ chi phí cho người bệnh có hoàn cảnh khó khăn, những trường hợp không thể chi trả viện phí, mua BHYT cho một số bệnh nhân nghèo, hỗ trợ các suất ăn miễn phí cho người bệnh và người nhà người bệnh trong nhiều năm qua.

Công tác chỉ đạo tuyến. Quá trình chuyển giao kỹ thuật đã giúp cho các bác sĩ của bệnh viện tuyến dưới tự tin hơn, hoàn thiện tốt hơn các kỹ thuật trước đây đã thực hiện, đồng thời đã tiếp nhận và thực hiện tốt một số kỹ thuật khó, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Thực hiện tốt công tác chỉ đạo tuyến giúp người dân tiếp cận với hệ thống y tế, giải quyết phần nào tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trên, tiết kiệm được kinh phí cho người bệnh trong điều trị (4).

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả định tính cho thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến chi phí điều trị của người bệnh viêm phổi điều trị nội trú tại bệnh viện như: yếu tố tuổi, giới, số ngày điều trị, bệnh lý mắc kèm, mức độ bệnh, BHYT, ngoài ra còn có các yếu tố đến từ phía nhà quản lý như: chính sách của BHYT và bệnh viện, hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện, ứng dụng CNTT trong quản lý, giám sát bệnh, sự hỗ trợ từ CTXH, công tác chỉ đạo tuyến.

Khoa Dinh dưỡng tiết chế cần tăng cường hơn nữa trong việc xây dựng công thức, khẩu phần và chế độ ăn lành mạnh phù hợp cho người bình thường và khẩu phần bệnh lý cho người bệnh để đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh, đem lại nguồn thu cho đơn vị và giảm bớt gánh nặng chi phí cho quá trình điều trị. Ngoài ra bệnh viện cũng cần hoàn thiện cơ sở hạ tầng để thực hiện kế hoạch triển khai bệnh án điện tử. Phòng Công tác xã hội phải tích cực hơn trong việc vận động tiếp nhận tài trợ về mặt vật chất, tài chính để hỗ trợ người bệnh có hoàn cảnh khó khăn, tiếp tục duy trì các chương trình từ thiện cho người bệnh tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jain V, Vashisht R, Yilmaz G, Bhardwaj A.** Pneumonia Pathology. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Nov 9]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526116/>
- Trương Công Thứ.** Chi phí điều trị nội trú bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi và ung thư phổi tại Bệnh viện 74 Trung ương, năm 2014 [Internet]. [Bệnh viện 74 Trung ương]: Đại học Y tế Công cộng; [cited 2022 Nov 10]. Available from: <http://opac.huph.edu.vn/opac/wpDetail.aspx?Id=3776>
- Nguyễn Thành Đạt.** Chi phí điều trị nội trú bệnh đái tháo đường, viêm phổi, mổ đẻ của người có thẻ bảo hiểm y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Hà Nội năm 2018 [Internet]. [cited 2023 Nov 12].
- BYT.** Thống kê y tế - Cổng thông tin Bộ Y tế [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://moh.gov.vn/thong-ke->

BÁO CÁO CA BỆNH: PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG DE QUERVAIN SAU ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẤY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

Nguyễn Mạnh Khánh¹, Đinh Ngọc Liêm¹, Lưu Danh Huy¹,
Phạm Ngọc Đình¹, Nguyễn Mộc Sơn¹, Đỗ Vũ Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả của phẫu thuật hội chứng De Quervain sau điều trị bảo tồn đầu dưới xương quay. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng, mô tả ca bệnh. **Kết quả:** Hội chứng De Quervain là tình trạng viêm dày bao gân của gân dẹt dài và gân duỗi ngón I tại vị trí mỏm trâm quay. Ngoài những đối tượng thường

gặp, tình trạng này cũng có thể khởi phát trên những bệnh nhân sau khi bị gãy đầu dưới xương quay. Chúng tôi thông báo ca lâm sàng bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng De Quervain sau điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay. Trong mổ chúng tôi nhận thấy bệnh nhân biến đổi giải phẫu có bao gân dạng dài và duỗi ngón riêng biệt. Bệnh nhân được giải phóng và tạo hình lại ô bao gân duỗi ngón I. Sau mổ 6 tháng cho kết quả tốt, bệnh nhân không tái phát triệu chứng. **Kết luận:** Hội chứng De Quervain khởi phát sau điều trị bảo tồn đầu dưới xương quay là hiếm gặp. Kết quả cho thấy phẫu thuật đã thành công, giúp cho người bệnh quay trở lại công việc thường ngày.

Từ khóa: Hội chứng De Quervain, gãy đầu dưới xương quay, mỏm trâm quay.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Liêm

Email: dnliem95@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024

SUMMARY**A CASE REPORT: SURGICAL RELEASE FOR DE QUERVAIN SYNDROME AFTER CONSERVATIVE TREATMENT OF DISTAL RADIUS FRACTURE**

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of De Quervain Syndrome and the result of the surgery for De Quervain Syndrome after conservative treatment of distal radius fracture. **Subjects and methods:** A case report. **Results:** De Quervain Syndrome is a condition that involves tendon entrapment affecting the first dorsal compartment of the wrist. It has been reported that De Quervain Syndrome can also develop after distal radius fracture. We report a case that the patient was diagnosed with De Quervain Syndrome after conservative treatment of distal radius fracture. During surgery we noticed that the patient had separated tendon sheaths for abductor pollicis longus (APL) and extensor pollicis brevis (EPB). EPB tendon sheath was released and reconstructed to prevent tendon subluxation. After 6 months, patient was feeling no pain and very satisfied. **Conclusions:** De Quervain Syndrome development after distal radius fracture is rare. The successful surgery got the patient came back to work normally.

Keywords: De Quervain Syndrome, Distal radius fracture, Radial styloid process.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng De Quervain được đặt tên theo phẫu thuật viên người Thụy Sĩ Fritz de Quervain, lần đầu được mô tả năm 1895, mô tả tình trạng viêm dày lên của bao gân của gân dạng dài và gân duỗi ngón I tại vị trí mỏm trâm quay¹. Tình trạng này khiến cho hai gân này kẹt trong ô gân duỗi thứ nhất. Ngoài những nguyên nhân thường gặp như những hoạt động liên quan sử dụng quá nhiều ngón I và cổ bàn tay (bệnh nhân điển hình là những phụ nữ sau sinh), do viêm tại chỗ², hội chứng De Quervain cũng có thể gặp sau chấn thương gãy đầu dưới xương quay³. Chúng tôi thông báo ca lâm sàng bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng De Quervain sau gãy đầu dưới xương quay. Bệnh nhân nam, gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn, sau 6 tháng bệnh nhân xuất hiện đau cổ tay khi gấp duỗi ngón I, cơn đau tập trung chủ yếu ở mỏm trâm quay. Bệnh nhân được thăm khám và chỉ định chụp MRI có kết quả viêm dày bao gân duỗi ngón I. Trong mổ gân duỗi ngón I viêm dày, bị bao gân duỗi chít hẹp. Chúng tôi đã giải phóng và tạo hình lại ô gân duỗi ngón I. Kết quả sau mổ 6 tháng bệnh nhân không còn đau, chức năng gấp duỗi tốt.

II. CA LÂM SÀNG

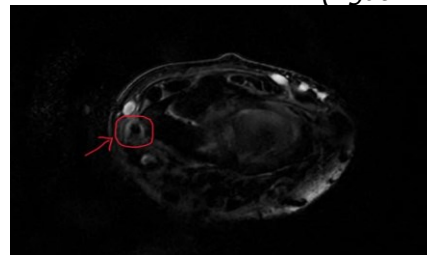
Trường hợp bệnh nhân nam 19 tuổi, chấn

thương thể thao khi đá bóng ngã chống tay tháng 9/2023. Bệnh nhân được chẩn đoán gãy đầu dưới xương quay ít di lệch tại bệnh viện đa khoa khác và được chỉ định bó bột cẳng bàn tay điều trị bảo tồn trong 3 tháng. Sau 6 tháng bệnh nhân xuất hiện đau cổ bàn tay, đau tăng lên khi gấp ngón I, cơn đau chủ yếu ở mỏm trâm quay. Điều trị nội khoa bằng thuốc không giảm cơn đau của bệnh nhân. Khám lâm sàng các test Finkelstein, test WHAT dương tính. Trên X-Quang cho thấy xương liền hoàn toàn. Bệnh nhân được chỉ định chụp MRI theo dõi viêm dày gân duỗi ngón I. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật để giải phóng gân trong ô gân duỗi thứ nhất. Đường mổ dài 2cm tiếp cận ngay trên ô gân duỗi thứ 1. Trong mổ chúng tôi nhận thấy bệnh nhân biến đổi giải phẫu có bao gân dạng dài và duỗi ngón riêng biệt. Gân duỗi ngón I viêm dày, bị bao gân duỗi chít hẹp đoạn trong bao. Chúng tôi đã giải phóng gân duỗi ngón I và đồng thời tạo hình lại bao gân duỗi. Kết quả sau mổ 6 tháng bệnh nhân không đau, chức năng gấp duỗi ngón I tốt.



Hình 1: XQ trước mổ của bệnh nhân

(Nguồn: tác giả)



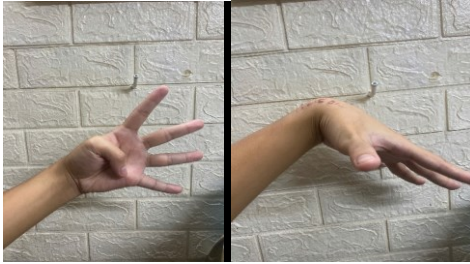
Hình 2: MRI cho thấy theo dõi viêm dày của bao gân duỗi ngón I

(Nguồn: tác giả)



Hình 3: Hình ảnh trước, sau giải phóng và tạo hình lại bao gân duỗi ngón I

(Nguồn: tác giả)



Hình 4: Chức năng bàn tay bình thường của bệnh nhân sau phẫu thuật

(Nguồn: tác giả)

III. BÀN LUẬN

Hội chứng De Quervain thường chủ yếu gặp ở phụ nữ, tỷ lệ gặp nhiều lần nam giới, thường thấy ở trong hai độ tuổi sinh nở và độ tuổi tiền mãn kinh⁴. Bệnh có thể gặp ở những bệnh nhân làm việc với nhiều động tác lặp đi lặp lại sử dụng ngón I và những động tác nghiêng cổ tay về phía bờ trụ⁴. Bệnh nhân của chúng tôi là nam giới trẻ tuổi, công việc và sinh hoạt bình thường, không áp lực lên ngón I hoặc cổ bàn tay phải. Thực tế y văn thế giới đã báo cáo có những trường hợp khởi phát De Quervain sau chấn thương, đơn cử như tác giả Finkelstein năm 1930 đã báo cáo có 6 trường hợp⁴, còn tác giả Lipscomb năm 1951 cũng báo cáo có số ít bệnh nhân khởi phát bệnh⁴. Nguyên nhân được cho là hiện tượng chảy máu sau chấn thương đã thúc đẩy quá trình xơ hóa, từ đây gây chít hẹp bao gân³.

Tổn thương gãy đầu dưới xương quay là một trong những tổn thương xương khớp thường gặp ở chi trên⁵ và có thể gây nên một số biến chứng liên quan phần mềm xung quanh, điển hình bao gồm tổn thương thần kinh, hội chứng ống cổ tay, viêm gân, đứt gân, nhiễm trùng⁵, v.v... Tổn thương của gân thường gặp là tổn thương đứt gân hoặc kẹt gân. Biến chứng gây viêm chít hẹp bao gân (De Quervain) là hiếm gặp. Trong một nghiên cứu hồi cứu 10 năm trên 1451 trường hợp bị gãy đầu dưới xương quay, tác giả Thomas J. Carrol và cộng sự³ đã chỉ ra chỉ có 41 (2,83%) bệnh nhân khởi phát hội chứng De Quervain trong vòng 1 năm sau chấn thương, trong đó có 17 số bệnh nhân cần phẫu thuật. Toàn bộ 17 bệnh nhân đã được phẫu thuật trong mổ đều có bao gân duỗi ngón I riêng biệt.

Để điều trị De Quervain, bệnh nhân có thể điều trị bảo tồn bằng uống thuốc giảm đau giảm viêm, nếu chưa cải thiện thì có thể tiêm Corticoid. Nếu không cải thiện triệu chứng sau 6 tháng sau tiêm, phẫu thuật là phương án được đưa ra cho bệnh nhân². Trường hợp bệnh nhân đến với chúng tôi đã dùng thuốc điều trị nội

khoa, chưa được tiêm nhưng trên lâm sàng có dấu hiệu kẹt gân duỗi ngón I sau khi gấp ngón. Nhận thấy việc tiêm Corticoid sẽ khó cải thiện, bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật giải phóng gân duỗi ngón I.

Theo như phân loại của tác giả Hiranuma⁶ và cộng sự, giải phẫu của ô gân duỗi 1 chia làm 4 type. Type 1: gân dạng dài ngón I và gân duỗi ngón I chung 1 bao. Type 2: mỗi gân có 1 bao gân riêng biệt. Type 3: 2 gân bao gân không tách hoàn toàn, chỉ chia ở đoạn xa. Type 4: thiếu gân duỗi ngón I. Trong đó đối với những biến đổi giải phẫu có bao gân riêng (Type 2 trở đi), tổn thương viêm trên bao gân duỗi ngón I thường nặng hơn bao gân duỗi dài ngón I khi phát hiện trên siêu âm⁷. Trong mổ chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có giải phẫu ô 1 gân duỗi thuộc type 2 và bao gân duỗi ngón I bị viêm dày. Nguyên nhân được đặt ra ở đây có lẽ sau chấn thương, việc chảy máu và phù nề đã khởi phát viêm chít hẹp bao gân³. Chúng tôi đã giải phóng gân duỗi ngón I và cắt toàn bộ bao gân viêm. Trên thế giới đã có tác giả đã báo cáo những trường hợp trật gân sau mổ De Quervain, đơn cử như tác giả White⁸, tác giả Renson⁹... Riêng tác giả Renson đã lấy mạc hãm gân duỗi cổ tay vùng 7 để tái tạo bao gân duỗi ô thứ 1. Khi thử các động tác trong mổ, nhận thấy việc gân duỗi ngón I có nguy cơ trật sau mổ, chúng tôi đã tạo hình lại bao gân duỗi bằng vạt chữ Z ngay tại chỗ lấy từ bán phần của bao gân dạng dài ngón I. Thử các test trong mổ không thấy kẹt gân hay trật gân.

Sau mổ, bệnh nhân được bó bột căng bàn tay tư thế ôm duỗi ngón I trong 3 tuần. Chúng tôi tin rằng sau 3 tuần thì thời điểm này ô bao gân mới được hình thành ổn định, tránh việc vận động quá sớm có thể gây mất vững, trật gân. Thời điểm khám lại sau 6 tháng, bệnh nhân không còn triệu chứng đau, vận động ngón tay bình thường, không trật gân.

IV. KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới xương quay có thể gây một số biến chứng như đứt gân, kẹt gân, hội chứng ống cổ tay, v.v... trong đó khởi phát hội chứng De Quervain sau gãy đầu dưới xương quay là hiếm gặp nhưng không nên bỏ qua chẩn đoán này. Bệnh có thể chẩn đoán qua lâm sàng và cận lâm sàng. Có thể điều trị bệnh bằng phương pháp nội khoa và ngoại khoa. Trong trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa, phẫu thuật nên được chỉ định cho bệnh nhân. Kết quả của ca lâm sàng cho thấy cuộc phẫu thuật đã thành công, giúp cho người bệnh quay trở lại công việc

thường ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Satteson E, Tannan SC.** De Quervain Tenosynovitis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed August 28, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442005/>
2. **Fakoya AO, Tarzian M, Sabater EL, Burgos DM, Maldonado Marty GI.** De Quervain's Disease: A Discourse on Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*. 15(4): e38079. doi:10.7759/cureus.38079
3. **Development of de Quervain Tenosynovitis After Distal Radius Fracture - PubMed.** Accessed August 28, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37246426/>
4. **Kay NR.** De Quervain's disease. Changing pathology or changing perception? *J Hand Surg Edinb Scotl*. 2000;25(1): 65-69. doi:10.1054/jhsb.1999.0277
5. **Oren TW, Wolf JM.** Soft-Tissue Complications Associated With Distal Radius Fractures. *Oper Tech Orthop*. 2009;19(2):100-106. doi:10.1053/j.oto.2009.05.002
6. **A H.** de Quervain's tenosynovitis and anatomical variation of first extensor compartment. *Orthop Surg*. 1972;23:1186-1188.
7. **Choi SJ, Ahn JH, Lee YJ, et al.** de Quervain disease: US identification of anatomic variations in the first extensor compartment with an emphasis on subcompartmentalization. *Radiology*. 2011; 260(2):480-486. doi:10.1148/radiol.11102458
8. **White GM, Weiland AJ.** Symptomatic palmar tendon subluxation after surgical release for de Quervain's disease: a case report. *J Hand Surg*. 1984;9(5): 704-706. doi:10.1016/s0363-5023(84)80017-9
9. **Renson D, Mermuys K, Vanmierlo B, et al.** Pulley Reconstruction for Symptomatic Instability of the Tendons of the First Extensor Compartment Following de Quervain's Release. *J Wrist Surg*. 2018;7(1):31-37. doi:10.1055/s-0037-1603686

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Đỗ Đình Tùng¹, Nguyễn Thị Cúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) với một số yếu tố nhân khẩu học, nhân trắc học và chỉ số đường máu, HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ típ 2). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện dưới dạng mô tả cắt ngang, với mẫu chọn thuận tiện 100 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 7/2021 đến tháng 9/2021. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn ngẫu nhiên bệnh nhân bằng bảng câu hỏi chuẩn hóa. **Kết quả:** Nghiên cứu phát hiện có mối liên quan giữa nhóm tuổi và nghề nghiệp với kiến thức của bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học với thái độ của bệnh nhân. Về thực hành, có mối liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng bệnh kèm theo với hành vi của người bệnh. **Kết luận:** Kiến thức và hành vi của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 bị ảnh hưởng bởi nhóm tuổi, nghề nghiệp và bệnh lý kèm theo. Do đó, cần tăng cường các biện pháp giáo dục sức khỏe, điều chỉnh theo nhóm tuổi và nghề nghiệp để cải thiện việc kiểm soát bệnh. **Từ khóa:** Đái tháo đường típ 2, kiến thức, thái độ, thực hành, kiểm soát đường máu, bệnh lý kèm theo.

¹Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

SUMMARY

RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE, ATTITUDES, BEHAVIORS AND SOME AFFECTING FACTORS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT XANH PON GENERAL HOSPITAL

Objective: This study aims to assess the association between knowledge, attitude, practice (KAP) with some demographic, anthropometric factors and blood glucose index, HbA1c in patients with type 2 diabetes (T2DM). **Research method:** The study was conducted in the form of cross-sectional description, with a convenient sample of 100 T2DM patients who came to the Saint Paul General Hospital for examination and treatment from July 2021 to September 2021. Data were collected through random interviews with patients using a standardized questionnaire. **Results:** The study found a relationship between age group and occupation with the knowledge of T2DM patients. However, there was no relationship between demographic factors and patient attitudes. Regarding practice, there was a relationship between age group and comorbid conditions with patient behavior. **Conclusion:** Knowledge and behavior of type 2 diabetes patients are influenced by age group, occupation and comorbidities. Therefore, it is necessary to strengthen health education measures, adjusted by age group and occupation to improve disease control.

Keywords: Type 2 diabetes, knowledge, attitude, practice, glycemic control, comorbidities.