

dùng điều trị. Và không có trường hợp nào có biến chứng nặng tại mắt. Kết quả tương tự với các báo cáo của Shields (2020) về tác dụng phụ của hóa trị liệu toàn thân khác.³

V. KẾT LUẬN

Kết quả ban đầu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc kết hợp điều trị hóa chất toàn thân và điều trị tại chỗ (laser/ lạnh đông) là cần thiết trong việc điều trị UNBVM nội nhãn với mục đích thu nhỏ kích thước u, bảo tồn thị lực và hạn chế cắt bỏ nhãn cầu. Điều này đặc biệt có ý nghĩa quan trọng với nhóm bệnh nặng UNBVM nhóm E hình thái hai mắt giúp bệnh nhân có cơ hội được sống, được nhìn và cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Seregard S., Lundell G., Svedberg H., Kivelä T.** Incidence of retinoblastoma from 1958 to 1998

- in Northern Europe: advantages of birth cohort analysis. *Ophthalmology*. Jun 2004. 111(6):1228-1232.
2. **MacCarthy A., Birch J. M., Draper G. J., et al.** Retinoblastoma in Great Britain 1963-2002. *The British journal of ophthalmology*. Jan 2009. 93(1):33-37.
3. **Shields CL, et al.** Long-term (20-year) real-world outcomes of intravenous chemotherapy (chemoreduction) for retinoblastoma in 964 eyes of 554 patients at a single centre. *Br J Ophthalmol*. 2020 Nov;104(11):1548-1555.
4. **Jain, M., et al.,** Retinoblastoma in Asia. *Eye (Lond)*, 2019. 33(1): p. 87-96.
5. **Bakal K, Raval V, Gattu SK, Palkonda VAR, Kaliki S.** Primary Subretinal Seeding in Retinoblastoma: Clinical Presentation and Treatment Outcomes. *Ocul Oncol Pathol*. 2023 Aug;9(1-2):32-39.
6. **Gombos, D.S., et al.,** Retinoblastoma treated with primary chemotherapy alone: the significance of tumor size, location, and age. *Br J Ophthalmol*, 2002. 86(1): p. 80-3.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH NỘI TỤY CÓ CHỐT KHÔNG MỞ Ổ GÃY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

Phạm Ngọc Dũng¹, Nguyễn Xuân Thùy²,
Đào Xuân Thành², Vũ Trường Thịnh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy tại bệnh viện đa khoa Đức Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương chày đã phẫu thuật điều trị bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy tại bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,75 ± 16,36 tuổi, nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 85,9%, gãy phức tạp theo phân độ AO loại B và C chiếm 37,5% các trường hợp. Kết quả chung sau mổ tốt: kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman rất tốt và tốt chiếm 98,44%, điểm liền xương RUST (The radiographic union scale in tibial fractures) là 11,77. **Kết luận:** Gãy thân xương chày là một loại

gãy thường gặp. Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy là một trong những lựa chọn điều trị hàng đầu cho kết quả sau mổ tốt.

Từ khóa: gãy xương chày, đinh nội tủy có chốt.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CLOSED TIBIAL BONE FRACTURES WITH AN INTRAMEDULLARY NAIL WITHOUT OPENING THE FRACTURE AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL

Objective: The study aims to describe some clinical characteristics, X-ray images and evaluate the results of surgery to treat closed tibial shaft fractures with intramedullary nail without opening the fracture at Duc Giang General Hospital. **Materials and methods:** A retrospective and prospective descriptive study on 64 patients diagnosed with closed tibial shaft fractures, treated by intramedullary nail without opening the fracture at Duc Giang General Hospital from January 2019 to January 2024. **Results:** The average age of the study subjects is 40,75 ± 16,36 years old, the most common cause was traffic accidents accounting for 85,9%, AO/OTA classification type B and C account for 37,5%. Good overall results: anatomic restoration (Larson and Bostman standard): good and very good: 98,44%, the RUST (The radiographic union scale in tibial fractures) bone union

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Dũng

Email: ngocdung.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

score is 11,77. **Conclusion:** Fractures of the tibia shaft are a common type of fracture. Surgical tibial fixation with intramedullary nail without opening the fracture is one of the leading treatment options with good postoperative results.

Keywords: tibia fracture, intramedullary nail.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương chày là loại gãy xương thường gặp nhất trong gãy thân xương dài, chiếm 18% tổng số các gãy xương ở tứ chi¹. Ở nước ta, loại gãy này có xu hướng gia tăng với tổn thương ngày càng nặng nề, phức tạp. Do những đặc điểm riêng biệt về cấu tạo giải phẫu và cơ chế chấn thương mà mức độ tổn thương giải phẫu trong gãy thân xương chày rất phong phú và đa dạng, nếu đánh giá không đúng có thể dẫn đến chọn sai phương pháp điều trị. Có nhiều phương pháp điều trị gãy kín thân xương chày theo hướng bảo tồn hoặc phẫu thuật. Đối với phẫu thuật gãy kín thân xương chày thì xu hướng là ít xâm lấn hoặc xâm lấn tối thiểu, trong đó nắn kín và kết hợp xương bằng đinh nội tủy có chốt là sự lựa chọn hàng đầu. So với phương pháp mổ mở kinh điển, phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy có ưu điểm là can thiệp tối thiểu lên mô mềm, bảo tồn được khối máu tụ quanh ổ gãy và nhờ có các vis chốt ngang chống di lệch nên liền xương tốt, phục hồi chức năng vận động sớm, ít biến chứng và ít sẹo. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân nhiễm trùng, chậm liền xương và phục hồi chức năng ở mức trung bình. Tại bệnh viện đa khoa Đức Giang đã và đang thực hiện kỹ thuật này, tuy nhiên chưa có nghiên cứu tổng kết, đánh giá kết quả đạt được và tìm ra những hạn chế còn tồn tại khi thực hiện kỹ thuật này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương chày bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 64 bệnh nhân (gồm 40 bệnh nhân hồi cứu và 24 bệnh nhân tiến cứu) được phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy tại bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 16 tuổi có gãy kín thân xương chày đơn thuần hoặc kèm gãy xương mác do chấn thương mà gãy xương mác không có chỉ định phẫu thuật.

Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đa chấn thương hoặc có tổn thương mạch máu, thần kinh phối hợp.

Gãy xương ở các trường hợp di chứng bại liệt, tật ở khớp gối, khớp cổ chân, dị dạng ống tủy xương chày.

Gãy xương trên bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2019 đến tháng 1/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và nhập bằng phần mềm Excel 2021, mã hóa và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng thường gặp

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chân gãy	Cả hai chân	0	0
	Phải	33	51,6
	Trái	31	48,4
Tuổi	≤ 40	34	53,1
	41- 60	21	32,8
	> 60	9	14,1
Giới	Nam	47	73,4
	Nữ	17	26,6
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	55	85,9
	Tai nạn lao động	3	4,7
	Tai nạn sinh hoạt	6	9,4

Nhận xét: Bệnh nhân nhỏ nhất là 16 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 75 tuổi. Tuổi trung bình là 40,75 ± 16,36 tuổi. Nhóm tuổi 16-40 tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất là 53,1%.

Số Bệnh nhân gãy chân phải là 33, chiếm tỉ lệ 51,6%. Số BN gãy chân trái là 31, tỉ lệ 48,4%. Không có trường hợp BN gãy cả hai chân.

Tỉ lệ bệnh nhân nam/ nữ là khoảng 2,8/1.

Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 85,9%.

Bảng 2. Thời gian điều trị

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Trung bình (max;min)
Thời gian điều trị trước phẫu	Dưới 24 giờ	10	15,6	1,66±1,405 ngày (6;0)
	2- 3 ngày	47	73,5	
	4- 7 ngày	7	10,9	
	Trên 7 ngày	0	0	

thuật				
Thời gian phẫu thuật	Dưới 45 phút	5	7,82	53,03±7,1 phút (40;70)
	45 – 60 phút	55	85,93	
	Trên 60 phút	4	6,25	
Thời gian điều trị sau phẫu thuật	Dưới 5 ngày	26	43,62	6,2±2,32 ngày (13;2)
	Trên 5 ngày	38	59,38	

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình trước phẫu thuật là 1,66 ± 1,405 ngày, ngắn nhất là dưới 1 ngày và dài nhất là 6 ngày.

Thời gian phẫu thuật là 53,03 ± 7,1 phút, ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 70 phút.

Thời gian điều trị trung bình sau phẫu thuật là 6,2 ± 2,32 ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 13 ngày.

3.2. Đặc điểm hình ảnh X-quang

Bảng 3. Vị trí gãy xương

Vị trí gãy	Số lượng	Tỉ lệ
1/3 trên	0	0
1/3 giữa	35	54,7
1/3 dưới	29	45,3
Tổng	64	100

Nhận xét: Gãy chủ yếu ở 1/3 giữa chiếm 54,7%, gãy 1/3 dưới chiếm 45,3%.

Bảng 4. Phân độ gãy theo AO/OTA

Phân độ gãy xương theo AO	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Tổng	
			Số lượng	Tỉ lệ (%)
A	A1	14	21,9	40 62,5
	A2	20	31,3	
	A3	6	9,4	
B	B1	11	17,2	22 34,38
	B2	11	17,2	
	B3	0	0	
C	C1	1	1,6	2 3,12
	C2	0	0	
	C3	1	1,6	
Tổng	64	100	64	100

Nhận xét: Gãy loại A chiếm tỉ lệ cao nhất là 62,5% (40 ca), loại B có 22 ca chiếm 34,38%, loại C chiếm 3,12% (2 ca) có tỉ lệ thấp nhất.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5. Kết quả nắn chỉnh theo Larson-Bostman

Phân độ	Kết quả theo Larson - Bostman					
	Trung bình		Tốt		Rất tốt	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
A	0	0	5	7,81	35	54,69
B	0	0	3	4,69	19	29,69
C	1	1,56	1	1,56	0	0
Tổng	1	1,56	9	14,06	54	84,38

Nhận xét: Số trường hợp loại rất tốt theo Larson – Bostman là 54 chiếm 84,38%. Số phân

loại tốt là 9, tỉ lệ 14,06%. Số phân loại trung bình là 1 ca chiếm 1,56%, đó là trường hợp gãy phức tạp loại C. Không có trường hợp phân loại kém.

Điểm liền xương trung bình theo thang điểm RUST là 11,77. Điểm thấp nhất là 10 ở những bệnh nhân được khám lại tại thời điểm 7-8 tháng sau phẫu thuật. Điểm RUST từ 10 trở lên cho thấy mức độ liền xương tốt là 100%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 85,9%, phù hợp với nghiên cứu của Vũ Trường Thịnh² là 78,85%, Đào Ngọc Thanh³ là 86,84%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu ở nước ta. Điều này có thể giải thích do đặc điểm địa phương với cơ sở hạ tầng giao thông chưa phát triển, phương tiện tham gia giao thông chủ yếu là xe máy nên tỉ lệ tai nạn giao thông có chấn thương cao. Một phần cũng có thể lý giải do ý thức tham gia giao thông không an toàn, lạm dụng rượu bia, phóng nhanh vượt ẩu còn nhiều nên nguyên nhân gây ra gãy xương chày do tai nạn giao thông cao như trên là hoàn toàn hợp lý.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,75 ± 16,36 tuổi. Nhóm tuổi dưới 40 chiếm 53,1%, nhóm tuổi 41-60 chiếm 32,8%, trên 60 tuổi chiếm 14,1% các trường hợp. Số liệu của nghiên cứu phù hợp với kết quả một số nghiên cứu tương tự đã được thực hiện như: nghiên cứu của Dương Đình Toàn⁴ trên 72 bệnh nhân ghi nhận tuổi trung bình là 41,8 ± 14,4 tuổi, nghiên cứu của Vũ Trường Thịnh có tuổi trung bình là 39,8 ± 14,8 tuổi. Nhóm tuổi dưới 60 tuổi chiếm đa số. Tỉ lệ nam/ nữ ở nghiên cứu của chúng tôi là 2,6/1, nghiên cứu của Dương Đình Toàn là 3/1, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh là 4,43/1, so sánh với tác giả nước ngoài Bhandari Mohit, nghiên cứu trên 38 bệnh nhân có 26 nam và 12 nữ, tỉ lệ 2,2/1, các nghiên cứu đều chỉ ra gãy thân xương chày đa số xảy ra ở nam giới. Nguyên nhân của sự khác biệt này do đặc thù nam giới thuộc nhóm đối tượng có nguy cơ cao hơn, làm việc trong các ngành nghề lao động nặng nhiều hơn nữ, tham gia hoạt động giao thông nhiều hơn đồng thời hành vi không an toàn khi tham gia giao thông như dùng rượu bia, phóng nhanh vượt ẩu... nên nguy cơ mất an toàn nhiều hơn nữ giới.

4.2. Đặc điểm hình ảnh X-Quang. Vị trí ổ gãy 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm tỷ lệ lần lượt 54,7% và 45,3%. Nghiên cứu của tác giả Vũ Trường Thịnh cho tỷ lệ gãy 1/3 giữa, 1/3 dưới lần lượt là 54,85% và 40,38%. Sự khác biệt

không nhiều, trong đó tỷ lệ gãy 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm đa số giống nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu cho thấy tính ưu việt của đóng đinh nội tủy có chốt trong điều trị gãy thân xương chày có chỉ định rộng rãi trong nhiều vị trí gãy xương. Phân loại hình ảnh gãy xương theo AO, thu được kết quả 62,5% bệnh nhân gãy loại A, 34,38% gãy loại B và 3,12% gãy loại C. Nghiên cứu của tác giả Vũ Trường Thịnh cho kết quả gãy loại A chiếm 50,01%, gãy loại B và C chiếm 49,99%. Nghiên cứu của tác giả Đào Văn Quang⁴ cho kết quả gãy loại A chiếm tỷ lệ cao nhất 80%, loại B chiếm 20%, gãy loại C không có trường hợp nào. Sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu do các tác giả nghiên cứu trên các trường hợp gãy xương chày với lực tác động khác nhau, chấn thương với lực tác động lớn thì thường tổn thương thường phức tạp, gãy nhiều đoạn và thường tổn mô mềm rộng. Phân độ gãy xương theo AO có giá trị tiên lượng khi tiến hành phẫu thuật và thời gian liền xương sau này.

4.3. Thời gian điều trị. Thời gian từ khi chẩn đoán tới khi phẫu thuật trung bình là $1,66 \pm 1,41$ ngày. Bệnh nhân chờ mổ lâu nhất là 06 ngày, trường hợp này là do vết thương phần mềm tại gối, cần điều trị trước mổ. Nghiên cứu của tác giả Vũ Trường Thịnh năm 2024 tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức cho thấy thời gian chờ mổ trung bình là $3,02 \pm 3,12$ ngày, thời gian chờ mổ dưới 3 ngày chiếm 64,46% , có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi do số lượng bệnh nhân chờ mổ ở viện đa khoa Đức Giang ít hơn nhiều so với bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Theo chúng tôi, thời điểm thích hợp để phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng bệnh nhân khi vào viện, tổn thương tại chỗ, tổn thương phối hợp, điều kiện cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Xu hướng ngày nay, nếu bệnh nhân có đủ các điều kiện thì phẫu thuật nên được thực hiện sớm nhất có thể với mục tiêu giảm chi phí, cải thiện tinh thần bệnh nhân và người nhà, giảm thiểu quá tải và nhiễm trùng bệnh viện. Thời gian phẫu thuật là thời gian từ lúc rạch da đến lúc đóng xong vết mổ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $52,03 \pm 7,01$ phút. Theo Đào Văn Quang, thời gian phẫu thuật trung bình là $43,77 \pm 9,06$ phút. Khác biệt này là do bộ khung bắt vis chốt ngang của chúng tôi không còn chính xác nên chúng tôi dùng C-arm để bắt tất cả các vis chốt ngang, ngoài ra thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào tính chất, kiểu gãy, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Số ngày nằm viện trung bình là $6,2 \pm 2,32$ ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật dài nhất là 13

ngày, ngắn nhất là 2 ngày. Theo Nguyễn Ngọc Thanh thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $5,39 \pm 2,11$ ngày. Trường hợp nằm viện dài thường là do điều trị các tổn thương phối hợp, tổn thương phần mềm nặng.

4.4. Kết quả điều trị. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo Larson- Bostman, có 84,38% cho kết quả rất tốt, 14,06% ở mức tốt và có 1,56% cho kết quả trung bình. So sánh với nghiên cứu của tác giả Vũ Trường Thịnh có 63,46% các trường hợp rất tốt, 24,62% tốt. Kết quả hai nghiên cứu có điểm tương đồng là hầu hết các bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả nắn chỉnh đạt tốt và rất tốt, nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp đạt kết quả trung bình là trường hợp gãy phân độ C3. Về kết quả liền xương, bệnh nhân được khám lâm sàng và đánh giá liền xương trên X quang căng chân hai tư thế thẳng, nghiêng sau phẫu thuật tối thiểu 6 tháng. Điểm liền xương trung bình theo thang điểm RUST là 11,77. Điểm thấp nhất là 10 ở những bệnh nhân được khám lại tại thời điểm 7-8 tháng sau phẫu thuật. Điểm RUST từ 10 trở lên cho thấy mức độ liền xương tốt⁶ là 100%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Dương Đình Toàn có mức độ liền xương tốt lên đến 98,6% và không có trường hợp nào không liền. Báo cáo của Bhandari và Mohit⁷ cho thấy điều trị gãy thân xương chày bằng đinh nội tủy có kết quả liền xương cao, với tỷ lệ liền xương từ 96 – 100%. Thời gian liền xương phụ thuộc vào nhiều yếu tố như cơ địa bệnh nhân, tình trạng thương tổn tại chỗ, vị trí gãy, phương tiện kết hợp xương, các phương tiện điều trị hỗ trợ. Đóng đinh nội tủy có chốt giúp bảo tồn cục máu đông nguyên thủy, bảo tồn màng xương, giảm nguy cơ nhiễm trùng, đồng thời cố định ổ gãy vững chắc giúp bệnh nhân vận động được sớm, từ đó giúp quá trình liền xương tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Gãy thân hai xương cẳng chân là một bệnh lý thường gặp với nguyên nhân chính là tai nạn giao thông, gặp ở nam nhiều hơn nữ và đa số bệnh nhân trong độ tuổi lao động. Phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy đem lại hiệu quả nắn chỉnh và kết quả liền xương cao, là một trong các phương án điều trị hàng đầu cho bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Dũng và các cộng sự,** Chẩn đoán và điều trị gãy xương, trật khớp chi dưới (2020).
2. **Vũ Trường Thịnh, Nguyễn Xuân Thủy,** Kết quả phẫu thuật gãy thân hai xương cẳng chân có chốt đa hướng tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam tập 537 (số 1), tr 47-52.
3. **Nguyễn Ngọc Thanh (2022),** Nghiên cứu đặc

- điểm lâm sàng, hình ảnh X quang và đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương cẳng chân bằng đóng đinh nội tuỷ có chốt dưới màn tầng sừng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học y dược Cần Thơ, tr 54-66.
- Dương Đình Toàn, Lê Duy Trung**, Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín hai xương cẳng chân bằng đinh có chốt. Tạp chí Y học Việt Nam tập 512 (số 1), tr 194-198.
 - Đào Văn Quang** (2024), Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương cẳng chân bằng đinh SIGN không mở ổ gãy có sử dụng C-arm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học y Hà Nội, tr 56-67.
 - Cooke ME, Hussein AI, Lybrand KE, Wulff A, Simmons E, Choi JH, Litrenta J, Ricci WM, Nascone JW, O'Toole RV, Morgan EF, Gerstenfeld LC, Tornetta P 3rd**. Correlation between RUST assessments of fracture healing to structural and biomechanical properties. J Orthop Res. 2018 Mar;36(3) pp. 945-953.
 - Bhandari, Mohit**, "Economic evaluation of reamed versus unreamed intramedullary nailing in patients with closed and open tibial fractures: Results from the study to prospectively evaluate reamed intramedullary nails in patients with tibial fractures (sprint)", Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume. (2012), 94(Supp xxxviii), pp. 76 -76.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI NHIỄM ADENOVIRUS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Bùi Thị Khuyên¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy², Trần Đức Hậu¹,
Dương Thùy Nga¹, Nguyễn Thị Phương Thảo¹,
Phạm Đình Tuấn¹, Lê Thu Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nhiễm Adenovirus ở trẻ em tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2022 – 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 121 trẻ được chẩn đoán viêm phổi có nhiễm Adenovirus điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ 6/2022 đến 05/2024. **Kết quả:** Lý do vào viện chủ yếu là sốt (97,5%) và ho (95%). Triệu chứng cơ năng hay gặp là viêm long đường hô hấp trên (100%). Triệu chứng thực thể hay gặp là rales ẩm 86,8%, thở nhanh 47,9%. 87,6% trẻ được chẩn đoán viêm phổi và 12,4% trẻ viêm phổi nặng. 86,8% trẻ tăng CRP ($\geq 6\text{mg/l}$). Tổn thương trên X-quang chủ yếu mờ lan tỏa 2 bên (46,3%). 47,9% trẻ đồng nhiễm vi khuẩn. **Kết luận:** Viêm phổi nhiễm adenovirus có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giống viêm phổi điển hình.

Từ khóa: viêm phổi, trẻ em, adenovirus

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ADENOVIRUS PNEUMONIA AT THE TAM ANH GENERAL HOSPITAL, HANOI

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of children with adenovirus pneumonia at Tam Anh General Hospital - Hanoi

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Khuyên

Email: khuyennhi.hb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

between 2022 - 2024. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 121 children diagnosed with adenovirus pneumonia treated at the Department of Pediatrics, Tam Anh General Hospital-Hanoi from June 2022 to May 2024. **Results:** Most children were hospitalized due to fever (97.5%) and cough (95%). The common functional symptom was upper respiratory tract infection (100%). Common physical symptoms were moist rales 86.8%, high respiratory rates 47.9%. 87.6% of children were diagnosed with pneumonia and 12.4% with severe pneumonia. 86.8% of children had increased CRP ($\geq 6\text{mg/l}$). Chest X-ray showed mainly diffuse opacity on both sides (46.3%). 47.9% of children had combined bacterial co-infection. **Conclusion:** Clinical and paraclinical symptoms of Adenovirus pneumonia are similar typical pneumonia.

Keywords: pneumonia, children, adenovirus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em, bệnh có thể diễn biến nặng và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi.¹

Virus là nguyên nhân chiếm 2/3 các trường hợp viêm phổi ở trẻ em, nhất là trẻ dưới 5 tuổi.² Trong 1 nghiên cứu trên 3803 trẻ viêm phổi nhập viện cho thấy có 66% căn nguyên do virus, trong đó viêm phổi do Adenovirus chiếm 11%.³ Ở mức độ nhẹ, Adenovirus thường gây viêm long đường hô hấp trên (viêm họng, sổ mũi...) nhưng nặng hơn cũng có thể nhiễm trùng đường hô hấp dưới bao gồm viêm tiểu phế quản, viêm phổi. Adenovirus gây viêm phổi chủ yếu tít 3 và 7.⁴ Adenovirus gây viêm phổi ở các mức độ khác nhau từ mức độ nhẹ như viêm phế quản phổi