

- thân kỹ thuật tất cả bên trong. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2022;519(2). doi:10.51298/vmj.v519i2.3692
5. **Lê Mạnh Sơn** (2015), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 6. **Two-bundle, four-tunnel anterior cruciate ligament reconstruction - PubMed**. Accessed October 5, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16341690/>
 7. **Descriptive Epidemiology of the Multicenter ACL Revision Study (MARS) Cohort**. Am J Sports Med. 2010;38(10):1979-1986. doi:10.1177/0363546510378645
 8. **Nguyễn Mạnh Khánh** (2015), "Kết quả bước đầu nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với kỹ thuật 'tất cả bên trong' (all-Inside technique)", Y học Việt Nam(2), tr. 136-140.
 9. **Bi M, Zhao C, Zhang Q, et al.** All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using an Anterior Half of the Peroneus Longus Tendon Autograft. Orthop J Sports Med. 2021;9(6):2325967121991226. doi:10.1177/2325967121991226
 10. **Kraeutler MJ, Welton KL, McCarty EC, Bravman JT.** Revision Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. J Bone Joint Surg Am. 2017; 99(19):1689-1696. doi:10.2106/JBJS.17.00412

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHÀY KHÔNG MỞ Ổ GỖ BẰNG ĐINH NỘI TUỖY CÓ CHỐT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày không mở ổ gầy bằng đinh nội tuỷ có chốt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 64 bệnh nhân gãy kín thân xương chày được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ kín không mở ổ gầy từ tháng 01/2021 đến hết tháng 01/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Đánh giá kết quả nắn chỉnh diện gầy theo Larson- Bostman, đánh giá liền xương theo thang điểm RUST (Radiographic Union Score in Tibial fracture) và đánh giá chức năng cẳng chân theo thang điểm Ter- Schiphort ở thời điểm sau mổ ít nhất 6 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Gãy kín thân xương chày gặp ở nam nhiều hơn nữ chiếm tỷ lệ 73,40%, gặp nhiều nhất ở độ tuổi từ 18-60 chiếm 86% và nguyên nhân chính của gãy kín thân xương cẳng chân là tai nạn giao thông chiếm 67,2%, vị trí gãy gặp trong gãy kín thân xương chày là ở 1/3G chiếm 60,9%. Theo phân loại AO, tổn thương gãy đơn giản loại A chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,6%, tổn thương gãy có mảnh rời loại B chiếm tỷ lệ 23,4%, không có tổn thương loại C. Kết quả nắn chỉnh đánh giá theo thang điểm Larson-Brosman ghi nhận ổ gãy được nắn chỉnh rất tốt chiếm 90,6% và tốt chiếm 9,4%, không có trường hợp nào cho kết quả trung bình và kém. Kết quả liền xương đánh giá theo thang điểm RUST là 100% bệnh nhân cho kết quả liền xương ở mức độ tốt. Biên độ vận động khớp gối bình thường chiếm 92,2% và hạn chế ít chiếm 7,8%. Biên độ vận động khớp cổ chân bình thường chiếm 93,8% và hạn chế ít

**Khou Yongkuy¹, Nguyễn Mạnh Khánh^{2,3},
Đỗ Văn Minh¹, Nguyễn Huy Thiệp²**

chiếm 6,2%. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả chung sau mổ đạt tốt và rất tốt theo thang điểm Ter-Schiphort. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương chày không mở ổ gầy bằng đinh nội tuỷ có chốt là phương pháp hiệu quả trong điều trị gãy kín thân xương chày.

Từ khoá: gãy kín thân xương chày, đinh nội tuỷ, không mở ổ gầy

SUMMARY

OUTCOMES OF CLOSED REDUCTION AND TIBIAL FIXATION USING INTRAMEDULLARY NAILING WITH LOCKING SCREWS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of closed reduction and tibial fixation using intramedullary nailing with locking screws at Viet Duc university hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study involving 64 patients with close tibial shaft fractures who carried out closed reduction and tibial fixation using intramedullary nailing with locking screws from January 2021 to February 2024 at Viet Duc university hospital. The outcomes of fracture reduction were evaluated according to the Larson- Bostman scale, and bone healing was assessed using RUST at least 6 months after surgery. **Results:** Closed tibia shaft fractures are more common in men than women, accounting for 73.40%, most common in the age group of 18-60, accounting for 86%, and the leading cause of closed tibia shaft fractures is traffic accidents. 67.2%, the fracture location in closed tibial shaft fractures is at 1/3G, accounting for 60.9%. According to the AO classification, simple fractures of type A account for the highest rate of 76.6%, fractures with loose fragments of type B account for 23.4%, and no injuries of type C. The correction evaluated according to the Larson-Brosman scale showed that very good fractures accounted for 90.6% and good results accounted for 9.4%, with no cases of average or poor results. Bone healing results assessed by the RUST scale were 100% of patients with good bone healing results. Normal knee joint range of motion accounts

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Khou Yongkuy

Email: khoyongkuy88@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2024

Ngày duyệt bài: 4.12.2024

for 92.2%, and minimal limitation accounts for 7.8%. The normal range of motion of the ankle joint accounts for 93.8%, and the minor limitation accounts for 6.2%. According to Ter- Schiphort scale, all patients had overall good and very good results. **Conclusion:** Closed reduction and internal fixation of tibial shaft fractures using locked intramedullary nails is an effective method for treating close tibial shaft fractures. **Keywords:** Close tibial shaft fracture, intramedullary nailing, closed reduction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tuỷ là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương chày, cố định diện gãy vững chắc bằng dụng cụ kết hợp xương nằm trong ống tuỷ xương chày¹. Đinh nội tuỷ dùng trong phẫu thuật kết hợp xương chày bao gồm 2 loại cơ bản là đinh nội tuỷ mềm dẻo và đinh nội tuỷ cứng (bao gồm cả đinh có chốt và đinh không có chốt). Mỗi loại đinh nội tuỷ thường có chỉ định chống chỉ định riêng với những ưu nhược điểm khác nhau^{1,2}. Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tuỷ được chỉ định cho hầu hết những trường hợp gãy thân xương chày di lệch, bao gồm cả những trường hợp gãy kín thân xương chày đơn thuần và gãy kín thân hai xương cẳng chân. Riêng đối với đinh nội tuỷ có chốt chống xoay đa hướng còn có thể mở rộng cho một số trường hợp gãy đầu trên và đầu dưới xương chày^{1,3}. Ngày nay, phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tuỷ có chốt không mở ổ gãy được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị gãy kín thân xương chày di lệch ở người trưởng thành. Phẫu thuật này có nhiều ưu điểm bao gồm: ít xâm lấn, cố định diện gãy vững chắc giúp cho bệnh nhân vận động sớm, bảo tồn được khối máu tụ hình thành sau gãy xương nên tôn trọng sinh lý liền xương, giảm thiểu các biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện. Bên cạnh đó, phẫu thuật này cũng đòi hỏi các bác sĩ phẫu thuật phải có kinh nghiệm nắn chỉnh kín xương gãy, kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ và sử dụng màn tăng sáng^{3,4}.

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức đã áp dụng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tuỷ có chốt không mở ổ gãy trong điều trị gãy kín thân xương chày và gãy kín thân hai xương cẳng chân từ nhiều năm nay. Để rút kinh nghiệm điều trị trong giai đoạn vừa qua và nâng cao kết quả điều trị trong giai đoạn tiếp theo chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả kết hợp xương chày không mở ổ gãy bằng đinh nội tuỷ có chốt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức" với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

2. *Đánh giá kết quả kết hợp xương chày không mở ổ gãy bằng đinh nội tuỷ có chốt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 64 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng chân hoặc gãy kín thân xương chày đơn thuần được điều trị bằng phương pháp đóng đinh nội tuỷ xương chày có chốt không mở ổ gãy dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 3 năm, từ tháng 1/2021 đến hết tháng 1/ 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng chân hoặc gãy kín thân xương chày đơn thuần dựa vào cơ chế chấn thương, triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X quang.
- Được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tuỷ có chốt không mở ổ gãy dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng.
- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp trước mổ và theo dõi sau mổ, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy kín thân xương chày hoặc thân hai xương cẳng chân do bệnh lý hoặc ở chi thể dị tật.
- Gãy kín thân xương chày hoặc thân hai xương cẳng chân có chèn ép khoang hoặc tổn thương mạch máu, thần kinh chính của cẳng chân.
- Gãy kín thân xương chày hoặc thân hai xương cẳng chân ở người bệnh có tổn thương xương/ khớp khác của chi dưới kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang một loạt ca bệnh.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, chân bị gãy, nguyên nhân chấn thương, vị trí gãy, phân loại hình thái gãy xương trên X quang.
- Kết quả điều trị: liền vết mổ, kết quả nắn chỉnh xương chày đánh giá theo thang điểm Larson- Bostman, kết quả liền xương đánh giá theo thang điểm RUST, đánh giá biên độ vận động khớp gối và khớp cổ chân, kết quả chức năng chung của cẳng chân, biến chứng của phẫu thuật.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

- Lựa chọn những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.
- Thu thập các thông tin của người bệnh dựa vào khai thác hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh, khám

bệnh, hình ảnh X quang trước mổ và sau mổ.

- Khám lâm sàng bệnh nhân ở thời điểm sau mổ ít nhất 6 tháng, chỉ định chụp X quang cẳng chân thẳng nghiêng kiểm tra.

- Các chỉ số nghiên cứu theo từng mục tiêu nghiên cứu đều được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.2.4. Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số phân loại được trình bày dưới dạng tỷ lệ. Các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu:

- Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 41,67±15,9, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 và lớn nhất là 76. Nhóm tuổi từ 18-60 tuổi chiếm 86%.

- Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 2,75/1. Tỷ lệ chân phải chiếm 54,7% và chân trái chiếm 45,3%, không có bệnh nhân bị gãy đồng thời cả hai chân.

- Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai

Bảng 3.2. Phân loại gãy xương chày theo AO theo từng vị trí gãy

Phân loại AO	Vị trí gãy		Gãy 1/3 trên		Gãy 1/3 giữa		Gãy 1/3 dưới		Tổng	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Gãy đơn giản	2	4,1	29	59,2	18	36,7	49	100		
Gãy có mảnh rời	1	6,7	10	66,7	4	26,4	15	100		

+ Tỷ lệ gãy ở vị trí 1/3 giữa thuộc phân loại gãy đơn giản và gãy có mảnh rời chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 59,2% và 66,7%, tỷ lệ gãy ở vị trí 1/3 trên chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 4,1% và 6,7%, không có trường hợp nào gãy phức tạp.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy kín không mở ổ gãy:

- Tình trạng liền vết mổ: Liền vết mổ thì đầu có 63/64 bệnh nhân, chiếm 98,4%, một bệnh nhân nhiễm trùng nông và chậm liền vết mổ, chiếm 1,6%.

- Kết quả nắn chỉnh diện gãy xương chày theo Larson- Bostman: Tỷ lệ rất tốt có 58/64 bệnh nhân, chiếm 90,6% và tỷ lệ tốt có 6/64 bệnh nhân, chiếm 9,4%.

- Kết quả đánh giá kết quả liền xương sau mổ ít nhất 6 tháng theo thang điểm RUST ghi nhận điểm trung bình 22,95±1,42, (min: 20, max: 24), trong đó 100% bệnh nhân đều có biểu hiện liền xương tốt.

- Đánh giá biên độ vận động của khớp gối và khớp cổ chân sau mổ: Tỷ lệ vận động khớp gối và khớp cổ chân bình thường 59/64 và 60/64

nạn giao thông, chiếm 67,2%.

- Tỷ lệ bệnh nhân gãy xương chày đoạn 1/3 trên là 3/64, chiếm 4,7%, đoạn 1/3 giữa là 39/64, chiếm 60,9% và đoạn 1/3 dưới là 22/64, chiếm 34,4%.

- Phân loại tổn thương gãy xương chày dựa vào X quang theo AO:

Bảng 3.1. Phân loại gãy thân xương chày theo AO

Phân độ gãy xương theo AO	Số lượng	Tỷ lệ %	Tổng	
Gãy đơn giản (type A)	A1	11	17,2	49
	A2	14	21,9	
	A3	24	37,5	
Gãy có mảnh rời (type B)	B1	3	4,7	15
	B2	9	14	
	B3	3	4,7	
Gãy phức tạp (type C)	0	0	0	

+ Tỷ lệ bệnh nhân gãy thân xương chày đơn giản chiếm 76,6% và gãy cơ mảnh rời chiếm 23,4%, không có trường hợp nào gãy xương chày phức tạp.

- Phân loại gãy xương chày theo vị trí gãy trên X quang

bệnh nhân chiếm tỷ lệ 92,2% và 93,8%.

- Kết quả đánh giá chức năng chung cẳng chân sau mổ ít nhất 6 tháng theo thang điểm Ter- Schiphort: Tỷ lệ rất tốt có 57/64 bệnh nhân chiếm 89,1% và tỷ lệ tốt có 7/64 bệnh nhân chiếm 10,9%.

- Không ghi nhận biến chứng trong mổ và biến chứng xa sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Qua nghiên cứu trên 64 bệnh nhân, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 41,67 ± 15,9 tuổi, thấp nhất là 18 và cao nhất là 76. Nhóm tuổi từ 18-60 là chiếm tỷ lệ cao nhất 86%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,75/1. Tỷ lệ chân phải chiếm 54,7% và chân trái chiếm 45,3%. TNGT là nguyên nhân chủ yếu trong gãy kín thân xương chày chiếm tỷ lệ 67,2%. Theo kết quả nghiên cứu của nhóm chúng tôi cũng tương đương với kết quả của tác giả Lê Duy Trung (2022) và tác giả Nguyễn Lê Thịnh (2021).^{5,6} Như vậy, trong nghiên cứu của chúng nguyên nhân chủ yếu là TNGT và gặp nam nhiều hơn nữ, thuộc nhóm tuổi 18-60 tuổi,

điều nay phù hợp với tình trạng xa hội của Việt Nam hiện nay vì là nhóm tuổi lao động chính của gia đình và xã hội và có nhu cầu tham gia giao thông cao.

Vị trí gãy gặp nhiều nhất ở 1/3G chiếm 60,9%, gãy 1/3D chiếm 34,4% và gãy ở 1/3T chiếm tỷ lệ 4,7%. Theo Nguyễn Lê Thịnh (2021) tỷ lệ này lần lượt là (57,89% - 36,85% - 5,26%). Theo Lê Duy Trung (2022) tỷ lệ này lần lượt là (62,5% - 36,1% - 1,4%).^{5,6} Vị trí và hình thái ổ gãy liên quan tới cơ chế chấn thương và ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả phẫu thuật, gãy xương chày hay xảy ra ở nơi xương bị yếu, chỗ nối tiếp 1/3giữa và 1/3dưới. Theo kết quả bảng 3.1 cho thấy, kiểu gãy đơn giản (loại A) chiếm tỷ lệ cao nhất 76,6%, gãy có mảnh rời (loại B) chiếm 23,4%, không có gãy phức tạp loại C. Theo bảng 3.2 cho tỷ lệ gãy ở vị trí 1/3 giữa thuộc phân loại gãy đơn giản và gãy có mảnh rời chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 59,2% và 66,7%, tỷ lệ gãy ở vị trí 1/3 trên chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 4,1% và 6,7%, không có trường hợp nào gãy phức tạp. Theo Nguyễn Lê Thịnh (2021) cho tỷ lệ kiểu gãy đơn giản (loại A) chiếm 76,3%, gãy có mảnh rời (loại B) chiếm 23,7%, không có trường hợp gãy phức tạp (loại C).⁶

Theo AO, phân loại gãy xương có giá trị tiên lượng trong khi phẫu thuật, thời gian liền xương và kết quả điều trị sau này. Thông thường với gãy có mảnh rời và gãy phức tạp thì tiên lượng nắn chỉnh trong khi phẫu thuật khó hơn.⁷ Tuy nhiên, theo Mosheiff R việc nắn chỉnh xương sẽ khó khăn hơn trong gãy chéo xoắn, thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn.⁸

4.2. Kết quả điều trị kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy kín không mở ổ gãy: Bệnh nhân liền vết mổ thì đầu chiếm 98,4% và một bệnh nhân nhiễm trùng nông chiếm 1,6%, không có bệnh nhân bị nhiễm trùng sâu, viêm xương. Theo tác giả Nguyễn Hải Dương (2018) báo cáo có 3,4% số trường hợp bị nhiễm trùng nông khi ĐNT kín xương chày. Vì vậy việc tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn trong phẫu thuật, sử dụng phương tiện kết hợp xương đồng bộ và băng vật liệu tốt nhất, sử dụng kỹ thuật mổ ít xâm lấn, thực hiện đúng quy trình kỹ thuật, sử dụng kháng sinh dự phòng và kháng sinh sau mổ hợp lý, chăm sóc sau mổ tốt, hướng dẫn bệnh nhân tập luyện sau mổ đúng cách là những bước đầu tiên của thành công trong một cuộc phẫu thuật và giảm được tối đa những biến chứng sau mổ.

Kết quả nắn chỉnh diện gãy xương chày theo Larson-Bostman cho tỷ lệ rất tốt và tốt 100% và kết quả liền xương sau mổ ít nhất 6 tháng theo

thang điểm RUST ghi nhận 100% bệnh nhân có biểu hiện liền xương ở mức độ tốt. Sự nắn chỉnh ổ gãy đóng vai trò rất quan trọng đối với kết quả điều trị và phục hồi chức năng về sau. Nếu nắn chỉnh ổ gãy không tốt về mặt giải phẫu sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị có thể dẫn đến chậm liền xương, can lệch, veo trục, ảnh hưởng tới quá trình phục hồi chức năng điều này sẽ ảnh hưởng đến thời gian quay lại sinh hoạt và hoạt động hàng ngày của bệnh nhân. Theo Lê Duy Trung (2022) ghi nhận kết quả nắn chỉnh rất tốt và tốt chiếm 100% và điểm liền xương theo thang điểm RUST ở mức độ tốt chiếm 98,6% và mức độ trung bình chiếm 1,4%.⁵

Biến độ vận động khớp gối và khớp cổ chân bình thường chiếm 92,2% và 93,8% và hạn chế ít chiếm 7,8% và 6,2%, không có trường hợp nào hạn chế vừa và cứng khớp. Theo Nguyễn Huy Hoàng (2023) cho kết quả vận động bình thường chiếm 91,3% và 97,83% và hạn chế ít chiếm 8,7% và 2,17%.⁴ Phẫu thuật kết hợp xương chày không mở ổ gãy bằng đinh nội tủy có chốt là phẫu thuật ít xâm lấn, khớp gối bị can thiệp ít, không làm ảnh hưởng đến khớp cổ chân, các diện khớp không ảnh hưởng đồng thời vị trí điềm vào ở phía trên điểm bám gân bánh chè nên không xâm lấn vào khớp và không ảnh hưởng nhiều đến tổ chức xung quanh. Ngoài ra, sau kết hợp xương bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động sớm nên khả năng trở về cơ năng ban đầu cao. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp bệnh nhân bị hạn chế ít vận động khớp gối do đầu đinh phía trên hơi dài vào ổ khớp. Không có trường hợp nào gặp biến chứng viêm xương, chậm liền, khớp già, gãy đinh và gãy vít trong nghiên cứu này.

Chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả chức năng cẳng chân sau mổ ít nhất 6 tháng theo thang điểm Ter-Schiphort gồm: Liền xương và trục xương trên lâm sàng, mức độ đau tại khớp gối, khớp cổ chân, vận động khớp gối hoặc khớp cổ chân sau mổ, teo cơ cẳng chân, ngứa chi. Nghiên cứu cho kết quả rất tốt chiếm 89,1%, kết quả tốt chiếm 10,9%, không có bệnh nhân nào cho kết quả trung bình và kém. Theo Nguyễn Huy Hoàng cho kết quả rất tốt chiếm 91,30% và kết quả tốt chiếm 8,70%, không có kết quả trung bình và kém.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị gãy kín thân xương chày bằng đinh nội tủy cho chốt không mở ổ gãy cho kết quả rất tốt và tốt 100%, không trường hợp nào cho kết quả trung bình và kém. Điều này chứng tỏ rằng kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị gãy kín thân xương chày và thân

hai xương cẳng chân và mang lại nhiều ưu điểm như kết hợp xương vững chắc giúp bệnh nhân vận động sớm, ít xấm lấm giảm tối thiểu tổn thương phần mềm, liền xương nhanh hơn, ít biến chứng sau phẫu thuật và sẹo mổ nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy cho kết quả nắn chỉnh xương tốt với tỷ lệ liền xương cao và ít biến chứng, thực sự là một phương pháp điều trị hiệu quả cho gãy kín thân xương chày và thân hai xương cẳng chân ở người trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S Kuhn và cộng sự.** Extending the indications of intramedullary nailing with the Expert Tibial Nail®. Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Cechoslovaca. 2008;75(2):77.
2. **Leopold Bergervà cộng sự.** Unlocked and locked elastic stable intramedullary nailing in an ovine tibia fracture model: a biomechanical study. Materials Science and Engineering: C. 2014; 40:267-274.
3. **J. D. García Juárez và cộng sự.** [Use of the

orthofix intramedullary nail in tibial shaft fractures. A review of 22 cases]. Acta Ortop Mex. Jul-Aug 2007;21(4):212-6. Uso del clavo centromedular orthofix en fracturas diafisarias de tibia. Una revisión de 22 casos.

4. **Nguyễn Huy Hoàng.** Kết quả điều trị gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy tại bệnh viện E. Trường đại học y Hà Nội; 2023.
5. **Lê Duy Trung.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá. Trường đại học Y Hà Nội; 2022.
6. **Nguyễn Lê Thịnh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy. Trường đại học Y Hà Nội; 2021.
7. **Paulo Roberto Barbosa de Toledo Lourenço. Tibia, shaft.** AO principle fracture management, 3rd edition, Georg Thieme Verlag, Rüdigerstrasse 14, 70469 Stuttgart, Germany, and Thieme New York, 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA, 899-012.
8. **Pol M Rommens, Martin H Hessmann.** Intramedullary nailing: a comprehensive guide. Springer; 2015.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM NÃO TỰ MIỄN KHỞI PHÁT SAU VIÊM NÃO VI RÚT Ở TRẺ EM

Lê Mạnh Tuấn¹, Đỗ Thiện Hải², Đỗ Thanh Hương¹

TÓM TẮT¹⁰

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm não tự miễn sau viêm não vi rút ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhi được chẩn đoán xác định viêm não tự miễn khởi phát sau viêm não vi rút tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2024, chúng tôi thu được 35 bệnh nhân với tuổi trung vị là 5 tuổi (IQR 1 – 9 tuổi), nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm 57,1%, tỷ lệ nam: nữ = 1,9:1. Các vi rút thường gặp gây khởi phát bệnh với tỷ lệ: herpes simplex virus (HSV) là 57,1%; Japanese encephalitis virus (JEV) là 34,3%; enterovirus (EV) là 8,6%. Thời gian khởi phát triệu chứng bệnh viêm não tự miễn sau đợt viêm não vi rút trung vị là 21 ngày (IQR: 15 – 30 ngày). Triệu chứng khởi phát bệnh đa dạng, hay gặp nhất là sốt tái phát (62,9%), rối loạn vận động (62,9%) và giảm tri giác tái phát (48,6%). Bất thường dịch não tủy ghi nhận ở 77,1% bệnh nhi, chủ yếu tăng tế bào (71,4%) và tăng protein (57,1%). Có 62,9%

bệnh nhân có kháng thể kháng thụ thể NMDA dương tính. Điện não đồ có bất thường hoạt động nền chiếm 88,6%. Hầu hết bệnh nhân có tổn thương cũ trên phim cộng hưởng từ (88,6%) với vị trí tổn thương đa dạng, hay gặp ở thùy đỉnh (34,3%) và thùy thái dương (34,3%), ít gặp các tổn thương mới. **Kết luận:** Viêm não tự miễn ở trẻ em có thể khởi phát sau một số vi rút như HSV, JEV và EV. Triệu chứng lâm sàng của bệnh đa dạng, hay gặp sốt tái, rối loạn vận động và giảm tri giác tái phát. **Từ khóa:** Viêm não tự miễn, viêm não vi rút, thụ thể NMDA, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS FOLLOWING VIRAL ENCEPHALITIS IN CHILDREN

Objective: This study aims to describe the clinical and subclinical characteristics of autoimmune encephalitis following viral encephalitis in children. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 35 pediatric patients diagnosed with autoimmune encephalitis following viral encephalitis in children at the National Children's Hospital. **Results:** Between January 2019 and June 2024, 35 patients with a median age of 5 years (IQR 1 – 9 years) were included in the study, with the majority being children under 5 years old (57.1%). The male-to-female ratio was 1.9:1. The most common viruses causing the onset of the disease were

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024