

- Norlin JM, Löfvendahl S, Schmitt-Egenolf M.** The Influence of Socioeconomic Factors on Access to Biologics in Psoriasis. *J Clin Med.* Nov 22 2023;12(23):doi:10.3390/jcm12237234
- Scala E, Megna M, Amerio P, et al.** Patients' demographic and socioeconomic characteristics influence the therapeutic decision-making process in psoriasis. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237267. doi:10.1371/journal.pone.0237267
- Geale K, Henriksson M, Schmitt-Egenolf M.** Evaluating equality in psoriasis healthcare: a cohort study of the impact of age on prescription of biologics. *British Journal of Dermatology.* 2016;174(3): 579-587. doi:https://doi.org/10.1111/bjd.14331
- Gudjonsson JE, Elder JT.** Psoriasis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al, eds. *Fitzpatrick's Dermatology, 9e.* McGraw-Hill Education; 2019.
- Min S, Wang D, Xia J, et al.** The economic burden and quality of life of patients with psoriasis treated with biologics in China. *J Dermatolog Treat.* Dec 2023;34(1):2247106. doi:10.1080/09546634.2023.2247106

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HÌNH ẢNH X-QUANG GÃY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY KẾT XƯƠNG BẰNG NẠP VÍT KHÓA ÍT XÂM LẤN TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH - BÔNG, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp<sup>1</sup>, Đào Văn Dương<sup>2</sup>,  
Nguyễn Đức Tài<sup>2</sup>, Phan Thanh Nam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang gãy kín đầu dưới xương chày được kết xương bằng nẹp vít khóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca bệnh kết hợp theo dõi dọc, gồm 47 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương chày, từ tháng 6/2022 đến 12/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu là nữ giới chiếm 63,8%, độ tuổi từ 40-59 chiếm 42,6%, trung bình 50,38 tuổi, nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. Hình ảnh X-quang cho thấy loại gãy A1, A2 phổ biến chiếm 46,7%; gãy A3: 17,1%; gãy C1: 19,1%; gãy C2: 17,1%; gãy xương chày kèm theo gãy xương mác: 11 trường hợp chiếm 23,4%; biến dạng chi: 32/47 BN chiếm 68,1%. **Kết luận:** Kết xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn dưới C-arm điều trị gãy kín đầu dưới xương chày loại A1, A2, A3, C1, C2 đạt được kết quả tốt trên các mặt liền xương, phục hồi chức năng, tỷ lệ biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Gãy kín đầu dưới xương chày, kết xương nẹp khóa, ít xâm lấn, Chấn thương chỉnh hình.

### SUMMARY

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND RADIOGRAPHIC IMAGES OF DISTAL TIBIAL FRACTURES TREATED WITH LOCKING PLATE FIXATION AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDIC TRAUMA AND BURNS,**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024

### THAI BINH GENERAL HOSPITAL

**Aims:** To describe the clinical characteristics and radiographic images of distal tibial fractures treated with locking plate fixation at the Department of Orthopedic Trauma and Burns, Thai Binh General Hospital. **Method:** A prospective descriptive case series study with longitudinal follow-up, including 47 patients with closed distal tibial fractures, from June 2022 to December 2023. **Results:** The majority of patients were female, accounting for 63.8%. Patients aged 40-59 made up 42.6%, with an average age of 50.38. The leading cause of injury was traffic accidents. Radiographic images showed that fractures of type A1 and A2 were the most common, accounting for 46.7%, followed by A3 (17.1%), C1 (19.1%), and C2 (17.1%). In 11 cases (23.4%), tibial fractures were accompanied by fibular fractures. Limb deformities were present in 32 out of 47 patients (68.1%). **Conclusions:** Our study demonstrates that minimally invasive locking plate fixation under the C-arm for closed distal tibial fractures of types A1, A2, A3, C1, and C2 consistently leads to good outcomes in terms of bone healing and functional recovery. This should give medical professionals optimism about the post-treatment quality of life for their patients.

**Keywords:** Closed fracture of distal tibia, locked plate fixation, minimally invasive, Orthopedic trauma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín đầu dưới xương chày là loại tổn thương thường gặp, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Do đặc điểm giải phẫu của vùng cổ chân có ít mô mềm và khả năng cấp máu kém, do đó điều trị gặp nhiều khó khăn. Phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn điều trị gãy kín đầu dưới xương chày có vai trò quan trọng, đạt được kết quả liền xương, phục

hồi chức năng, giảm thiểu các biến chứng như viêm xương tuỷ xương, nhiễm trùng, chậm liền xương, khớp giả.

Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang gãy kín đầu dưới xương chày được kết xương nẹp vít khoá tại Khoa Chấn thương chỉnh hình-Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên 47 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương chày loại A1, A2, A3, C1, C2 theo phân loại AO hoặc gãy kín đầu dưới xương chày kèm theo gãy xương mác được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khoá ít xâm lấn tại Khoa Chấn thương chỉnh hình-Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương chày theo phân loại AO/ASIF với các loại gãy A1, A2, A3, C1, C2.
- Bệnh nhân có đủ thông tin lâm sàng theo bệnh án nghiên cứu.
- Bệnh nhân có đủ phim chụp X-quang cẳng chân hai tư thế (thẳng và nghiêng) đáp ứng tiêu chuẩn kỹ thuật.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các trường hợp gãy đầu dưới xương chày do bệnh lý về xương như u xương, nang xương.
- Gãy đầu dưới xương chày thuộc kiểu B hoặc C3 theo phân loại AO/ASIF.
- Gãy xương kèm theo chèn ép khoang hoặc tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng hoặc mắc các bệnh lý mạn tính (như đái tháo đường, bệnh tim mạch) mà không có chỉ định phẫu thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang loạt ca bệnh không có nhóm chứng kết hợp theo dõi dọc, 2.2.2. Cỡ mẫu và Chọn mẫu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=47)**

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng số	Tỷ lệ %
< 20	2	0	2	4,3
20-29	2	5	7	14,9
30-39	0	4	4	8,5
40-49	3	3	6	12,8
50-59	5	9	14	29,8
60-69	3	6	9	19,1
70-79	2	3	5	10,6
<b>Tổng cộng</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nam giới: 17 bệnh nhân (36.2%). Nữ giới: 30 bệnh nhân (63.8%). Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới trong nghiên cứu này, với số lượng bệnh nhân nữ gần gấp đôi số lượng nam.

Nhóm tuổi 50-59 có số lượng bệnh nhân cao nhất với tổng số 14 bệnh nhân (chiếm 29,8%). Các nhóm tuổi khác có số lượng tương đương nhau. Nhóm tuổi < 20 tuổi chiếm một tỷ lệ nhỏ với tổng số 02 bệnh nhân chiếm 4,3%.

**Bảng 3.2. Phân loại theo vị trí gãy (n=47)**

Chân gãy	Chân phải		Chân trái		Tỷ lệ %
	Gãy xương chày	Gãy xương chày & xương mác	Gãy xương chày	Gãy xương chày & xương mác	
SỐ BN	21	5	15	6	47
<b>Tổng cộng</b>	<b>26(55,3%)</b>		<b>21(44,7%)</b>		<b>47(100%)</b>

**Nhận xét:** Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ gãy đầu dưới xương chày chân phải gấp nhiều hơn chân trái chiếm tỷ lệ 55,3%; trong đó có 11 trường hợp gãy đầu dưới xương chày kèm theo có gãy xương mác chiếm 23,4%.

**Bảng 3.3. Nguyên nhân gãy xương (n=47)**

Nguyên nhân	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	27	57,4
Tai nạn lao động	12	25,5
Tai nạn sinh hoạt	8	17,1

**Nhận xét:** Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây gãy kín 2 xương cẳng chân chiếm 57.4%.

**Bảng 3.4. Mức độ di lệch trên phim X-quang (n=47)**

Mức độ di lệch	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không di lệch	27	57,4
Di lệch ít	12	25,5
Di lệch lớn	8	17,1

**Nhận xét:** Phần lớn các ca gãy xương có mức độ di lệch ít chiếm 25,5% tổng số bệnh nhân.

**Bảng 3.5. Phân loại gãy xương theo AO/ASIF (n=47)**

Loại gãy (AO/ASIF)	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
A1	10	21,2
A2	12	25,5
A3	8	17,1
C1	9	19,1
C2	8	17,1

**Nhận xét:** Các kiểu gãy A2 và A1 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%. Kiểu gãy A3, C1, C2 có tỷ lệ tương đương.

**Bảng 3.6. Tổn thương phối hợp gãy đầu dưới xương chày (n=47)**

Tình trạng gãy xương	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Gãy đơn thuần xương chày	36	76,6
Gãy cả xương chày và mác	11	23,4

**Nhận xét:** Gãy xương chày đơn thuần chiếm phần lớn các ca, với tỷ lệ 76.6%, gãy xương chày kèm theo gãy xương mác chiếm 23,4%.

**Bảng 3.7. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi nhập viện (n=47)**

Thời gian (giờ)	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 6 giờ	20	42,6
6 -12 giờ	15	31,9
> 12 giờ	12	25,5

**Nhận xét:** Số bệnh nhân nhập viện trong vòng 6 giờ sau chấn thương là 42,6% và 31,9% đến trong khoảng 6-12 giờ sau chấn thương, vấn đề này góp phần cải thiện kết quả điều trị.

**Bảng 3.8. Biểu hiện lâm sàng tại thời điểm nhập viện (n=47)**

Biểu hiện lâm sàng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sưng nề	47/47	100
Đau nhức	47/47	100
Biến dạng chi	32/47	68,1
Không có dấu hiệu biến dạng chi	15/47	31,9

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng sưng nề và đau nhức, một số lớn bệnh nhân có dấu hiệu biến dạng chi chiếm 68,1%.

**Bảng 3.9. Tình trạng tổn thương phối hợp khớp cổ chân trên phim X-quang (n=47)**

Tình trạng khớp cổ chân	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	40	85,1
Tổn thương khớp	7	14,9

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh nhân có khớp cổ chân bình thường, chỉ một số ít có tổn thương khớp.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 47 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương chày cho thấy: nhóm tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 14 bệnh nhân (29,8%), đây là nhóm tuổi có tỷ lệ loãng xương cao và dễ gặp phải các chấn thương như té ngã hoặc tai nạn giao thông. Nhóm tuổi 60-69 và 20-29 có tỷ lệ lần lượt là 19,1% và 14,9%. Điều này cho thấy, ngoài người cao tuổi, nhóm tuổi trẻ cũng chiếm tỷ lệ đáng kể, đặc biệt liên quan đến tai nạn lao động hoặc giao thông. Tuổi trung bình của nghiên cứu

là 50,38 tuổi, tương đương với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế. Theo báo cáo của Đoàn Việt Hùng và cộng sự (2023) đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới 2XCC trên 30 bệnh nhân bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên. Tuổi trung bình 40,53±1,32 (từ 18-66 tuổi) [1]. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế với 63,8% (30 bệnh nhân), cao hơn nam giới (36,2%). Nữ giới, đặc biệt sau mãn kinh, thường bị loãng xương, làm tăng nguy cơ gãy xương. Ở nam giới, nhóm tuổi trẻ và trung niên chiếm đa số, phản ánh sự liên quan đến các yếu tố chấn thương do lao động hoặc hoạt động thể chất mạnh mẽ. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí (2018) [2] và Phạm Văn Khoa (2020) [3], cho thấy tỷ lệ nữ giới bị gãy xương chày cao hơn, đặc biệt sau tuổi mãn kinh.

Tỷ lệ gãy chân phải (55,3%) cao hơn chân trái (44,7%). Tỷ lệ gãy đơn thuần xương chày cao hơn gãy cả hai xương chày và mác. Điều này tương tự với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Văn Trí (2018) [2] và Rüedi & Allgöwer (2017) [4], cho thấy xu hướng gãy chân phải phổ biến hơn. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây ra gãy xương, chiếm 57,4%, tiếp theo là tai nạn lao động (25,5%) và tai nạn sinh hoạt (17,1%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác, trong đó tai nạn giao thông thường chiếm tỷ lệ cao do mật độ giao thông lớn và việc chấp hành luật giao thông chưa tốt.

Phần lớn các ca gãy có mức độ không di lệch và di lệch ít chiếm 82,9%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Chan T (2022) [5], khi các trường hợp di lệch ít thường có khả năng phục hồi cao hơn khi được can thiệp y tế sớm. Bệnh nhân nhập viện sớm sau chấn thương thường có kết quả điều trị tốt hơn, vì vậy giảm được các biến chứng. Các kiểu gãy A2 và A1 chiếm tỷ lệ cao nhất (25,5% và 21,3%), tiếp theo là C1 (19,1%) và A3, C2 (17,1%). Các kiểu gãy đơn giản (loại A) thường phổ biến trong các trường hợp gãy kín, trong khi các kiểu gãy phức tạp (C1, C2) thường đòi hỏi can thiệp phẫu thuật phức tạp hơn. Gãy đơn thuần xương chày chiếm tỷ lệ lớn (76,6%), trong khi gãy phối hợp xương chày và xương mác chỉ chiếm 23,4%. Những trường hợp gãy cả hai xương thường do lực tác động lớn, gây tổn thương nghiêm trọng hơn, và có nguy cơ biến chứng cao hơn. Kết quả này tương đương với nhiều nghiên cứu quốc tế như Patel (2022) [6] và Bucholz (2015) [7].

Khoảng 42,6% bệnh nhân nhập viện trong vòng 6 giờ sau chấn thương, giúp đảm bảo việc

can thiệp y tế kịp thời và giảm thiểu biến chứng. Thời gian nhập viện sớm đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị, điều này đã được nhiều nghiên cứu khác, như của Zhou (2021) [8], xác nhận. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng sưng nề và đau nhức, trong đó 68,1% có dấu hiệu biến dạng chi, chủ yếu là các trường hợp có di lệch xương lớn. Phần lớn bệnh nhân (74,5%) không có tổn thương mô mềm nghiêm trọng, và 85,1% có khớp cổ chân bình thường trên phim X-quang, cho thấy tiên lượng phục hồi chức năng tốt.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy gãy kín đầu dưới xương chày xảy ra phổ biến ở nhóm tuổi 50-59, nữ giới gặp nhiều nam giới do loãng xương sau mãn kinh. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây ra chấn thương, với phần lớn các trường hợp gãy có mức độ di lệch nhẹ. Tỷ lệ gãy đơn thuần xương chày cao hơn so với gãy phối hợp cả xương chày và xương mác. Can thiệp sớm giúp cải thiện kết quả điều trị và giảm biến chứng. Phương pháp kết hợp nẹp vít khóa ít xâm lấn dưới C-arm cho thấy kết quả tốt, giúp bệnh nhân đạt liền xương và phục hồi chức năng cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Việt Hùng, Vũ Đặng Thanh và Đoàn Ngọc Hà** (2023), "Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp khóa gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Đa Khoa Vùng Tây Nguyên năm 2022", Y học lâm sàng bệnh viện Trung ương Huế. 85, tr.96-103
2. **Nguyễn Văn Trí** (2018), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Luận văn Y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
3. **Phạm Văn Khoa** (2020), "Tỷ lệ gãy xương chày theo giới tính tại Việt Nam", Tạp chí Y học Việt Nam. 22, tr. 45-52.
4. **Rüedi, T.P. & Allgöwer, M.** (2017), "Fractures of the Lower Tibia: Epidemiological Study", Journal of Orthopedic Trauma. 15, pp. 130-138.
5. **Chen, Y., Zhao, Z., & Zhang, Y** (2022), "Traffic accidents vs. workplace injuries: A comparative analysis of fracture causes.", Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 93(5), pp. 890-898.
6. **Patel, S., Jain, M., & Kumar, R** (2022), "Prognosis of isolated tibial fractures vs. combined tibia-fibula fractures: A retrospective study.", Indian Journal of Orthopedics. 56(3), pp. 456-462.
7. **Bucholz, R. W., Court-Brown, C. M., Heckman, J. D., & Tornetta, P.** (2015), "Rockwood and Green's Fractures in Adults", Philadelphia: Wolters Kluwer Health. 8.
8. **Zhou, X., Li, Y., & Ma, H.** (2021), "Hospital admission timing and outcomes in tibial fractures: The golden hours.", Journal of Orthopedic Trauma. 35(8).

## ĐÁNH GIÁ TĂNG TRƯỞNG VÀ TÌNH TRẠNG CHẬM TĂNG TRƯỞNG NGOÀI TỬ CUNG Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Thị Lan Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Toàn<sup>1,2</sup>, Phạm Thị Thanh Tâm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay cùng với các tiến bộ trong lĩnh vực chăm sóc trẻ sơ sinh, ngày càng có nhiều trẻ non tháng được nuôi dưỡng sống sót và tăng trưởng. Chậm tăng trưởng ngoài tử cung gây những hậu quả nghiêm trọng. Biết được đặc điểm tăng trưởng và tình trạng chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở trẻ sơ sinh non tháng giúp ích rất nhiều trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm tăng trưởng và xác định tỷ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang từ 12/2023 đến 9/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết**

**quả:** Trẻ sanh non nhẹ cân chiếm 8,5% (8/94 trẻ). Tỷ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở thời điểm xuất HSSS và xuất viện lần lượt là 47,9% và 61,7%. Tốc độ tăng cân, chiều dài, vòng đầu trong thời gian nằm HSSS và sau khi xuất HSSS lần lượt là 6,9; 8,9 g/kg/ngày, 0,8; 1,0 cm/tuần cho chiều dài và 0,6; 0,7 cm/tuần cho chu vi vòng đầu. Lượng đạm cung cấp trong tuần đầu và tuần thứ 2 có trung vị (IQR) lần lượt là 2,1 (1,8; 2,3) và 2,9 (2,5; 3,2) g/kg/ngày. Các yếu tố nguy cơ gây chậm tăng trưởng ngoài tử cung là nhẹ cân so với tuổi thai OR 0,4 (0,3-0,5), nhiễm trùng sơ sinh sớm OR 4,5 (1,8-10,8) và muộn OR 3,9 (1,6-9,6), bất dung nạp sữa OR 4,9 (1,28-19,1), phẫu thuật đường tiêu hoá OR 2,3(1,0-5,6) và bệnh phổi mạn tính 2,3 (1,0-5,6). **Kết luận:** Nhẹ cân so với tuổi thai, nhiễm trùng sơ sinh sớm và muộn, bất dung nạp sữa, phẫu thuật đường tiêu hoá và bệnh lý phổi mạn tính là những yếu tố nguy cơ gây chậm tăng trưởng ngoài tử cung của trẻ sanh non.

**Từ khoá:** tăng trưởng, chậm tăng trưởng ngoài tử cung, sơ sinh non tháng

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 1

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan Phương

Email: phamphuong8925@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 2.12.2024