

tổn thương trên LDCT. Tuy nhiên, với sự phát triển của công nghệ và các phần mềm tái tạo hình ảnh, LDCT sẽ có nhiều hứa hẹn được chỉ định rộng rãi hơn trong tương lai khi chất lượng hình ảnh được cải thiện nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

So sánh LDCT và SDCT cho thấy LDCT giảm liều bức xạ từ 35%-45% so với SDCT. Mặt khác, phần lớn các tiêu chí đánh giá cho thấy chất lượng hình ảnh giữa hai phương pháp là tương đương (> 60% trường hợp). Sự tương đồng ở nhiều khía cạnh cho thấy tiềm năng của LDCT trong việc giảm liều trong theo dõi CTSN mà không làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng hình ảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nguyên Hoàng, Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Chí Tâm, Lê Đăng Mạnh, Nguyễn Trung Kiên.** Nghiên cứu giá trị tiên lượng tử vong sớm của thang điểm phân loại Marshall và điểm Rotterdam ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. Tạp chí Y học Việt Nam. 12/28 2022; 520(1A):doi:10.51298/vmj.v520i1.3754
2. **Wu D, Wang G, Bian B, Liu Z, Li D.** Benefits of Low-Dose CT Scan of Head for Patients With Intracranial Hemorrhage. Dose-response: a publication of International Hormesis Society. Jan-Mar 2020;19(1):1559325820909778. doi:10.1177/

1559325820909778

3. **Morton RP, Reynolds R, Ramakrishna R, et al.** Low-Dose Head Computed Tomography in Children: A Single Institutional Experience in Pediatric Radiation Risk Reduction. Journal of Neurosurgery Pediatrics. 2013;12(4):406-410. doi:10.3171/2013.7.peds12631
4. **Apisarnthanarak P, Buranont C, Boonma C, et al.** Abdominal CT Radiation Dose Optimization at Siriraj Hospital. The Asean Journal of Radiology. 2020;21(2): 28-43. doi:10.46475/aseanjr.v21i2.80
5. **Hwang JH, Kang JM, Park S, Kim J-H, Choi ST.** Comparison Study of Image Quality at Various Radiation Doses for CT Venography Using Advanced Modeled Iterative Reconstruction. PloS one. 2021;16(8):e0256564. doi:10.1371/journal.pone.0256564
6. **Lee KH, Shim YS, Park SH, et al.** Comparison of standard-dose and half-dose dual-source abdominopelvic CT scans for evaluation of acute abdominal pain. Acta Radiologica. 2019;60(8): 946-954.
7. **Ippolito D, Casiraghi AS, Franzesi CT, Fior D, Meloni F, Sironi S.** Low-dose computed tomography with 4th-generation iterative reconstruction algorithm in assessment of oncologic patients. World Journal of Gastrointestinal Oncology. 2017;9(10):423.
8. **Blasel S.** Low Dose CT of the Brain in the Follow-up of Intracranial Hemorrhage. Int J Radiol Imaging Technol. 2016;2(2):1-8.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH GẦY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Nam¹, Nguyễn Văn Thường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của người bệnh gãy đầu dưới xương quay điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu không nhóm đối chứng 185 bệnh nhân điều trị bảo tồn gãy kín đầu dưới xương quay lớn hơn 18 tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 3/2023, đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi 18-90 tuổi, độ tuổi trung bình là 52.72 ± 16.13, nữ giới chiếm đa số với 59,5%, tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân chủ yếu với 50,3%, bệnh nhân chủ yếu bị bên tay trái với 57,8%. Bệnh nhân được kéo nắn bó bột trung bình 6 tuần, kiểm tra theo thang điểm SF36 đạt 84,4% đạt kết quả tốt, 15,6% kết quả khá, với điểm số trung

bình đạt 75,3 ± 9,1. **Kết luận:** Gãy kín đầu dưới xương quay là bệnh thường gặp trong chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cổ bàn tay cũng như ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống người bệnh. Điều trị bảo tồn gãy kín đầu dưới xương quay bằng kéo nắn, bó bột giúp phục hồi chức năng cổ bàn tay, cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh. **Từ khóa:** gãy đầu dưới xương quay, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

RESULT OF QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS WHO HAVE DISTAL RADIAL FRACTURE TREATMENT BY NON-SURGERY IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: The clinical feature, management options, and the result of quality of life for patients who have distal radial fracture treatment by non-surgery in Viet Duc University Hospital. **Subject and methodology:** A retrospective and non-controlled cross-sectional descriptive study on 185 patients with distal radial fracture in adult more than 18 years old who were treated by non-surgery at Viet Duc University Hospital from March 2023 to October 2023. **Result:** patients were 18-90 years old, and the mean

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nam

Email: namata0303@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

age is 52.72 ± 16.13 , in which women accounted for a higher proportion with 59,5%. Daily life accidents accounted for the highest percentage of injury with 50,3%, the percentage of the left side accounted for a higher proportion 57,8%. Patients were treated by non-surgery in 6 weeks, after that short-term research measure by SF36 indicated that the good result accounted for the high rate (84,4%), and the average was 15,6%, there was no poor case with the mean score is $75,3 \pm 9,1$. **Conclusion:** Distal radial fracture is a common fracture in injury and trauma which has great affect to function of the forearm and the quality of life to patients. Treatment distal radial fracture by non-surgery make a great rehabilitation function of the forearm and improve the quality of life for patients.

Keywords: Distal radial fracture, Quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy xương thường gặp trong chấn thương chỉnh hình, chiếm 26% các trường hợp gãy xương chi trên, 50% các gãy xương cẳng tay nói chung. Có rất nhiều cách phân loại gãy đầu dưới xương quay, phổ biến nhất là phân loại theo cơ chế gãy: gãy gấp và gãy duỗi. Trong đó, gãy duỗi là thường gặp nhất. Đại diện cho nhóm này là gãy Pouteau – Colles (hoặc Colles) với đường gãy cách khe khớp cổ tay 2,5 – 3 cm, là loại gãy ngoại khớp, với di lệch điển hình là di lệch ra ngoài (tạo hình lưỡi lê) và di lệch ra sau (tạo hình đĩa).

Gãy đầu dưới xương quay có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở độ tuổi 50-60. Nguyên nhân thường gặp nhất của gãy đầu dưới xương quay là tai nạn sinh hoạt ngã chống tay, tiếp theo là tai nạn lao động và tai nạn giao thông. Ở người già, phụ nữ trên 50 tuổi, người bệnh loãng xương, sau các tai nạn sinh hoạt ngã thì tỉ lệ gãy đầu dưới xương quay đứng thứ 2, chỉ sau gãy cổ xương đùi.

Hiện nay phương pháp điều trị gãy đầu dưới xương quay, có thể chia thành hai nhóm: điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp điều trị còn tùy thuộc vào các yếu tố tại chỗ (loại gãy, độ di lệch, chất lượng xương, tổn thương phần mềm) và toàn thân (tuổi, bệnh nội khoa có sẵn) của bệnh nhân. Ngoài ra, sự hài lòng với phương pháp điều trị, đặc biệt là yêu cầu hoạt động chức năng của tay sau lành xương là yếu tố tham khảo.

Hiện tại số lượng bệnh nhân được điều trị bảo tồn tại bệnh viện Việt Đức rất lớn, các đề tài đánh giá về kết quả điều trị bảo tồn nhiều nhưng chưa có nhiều đề tài đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục đích tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng chất lượng điều trị cũng như chất lượng cuộc sống người bệnh, từ đó cải thiện chất lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 185 bệnh nhân trên 18 tuổi, gãy kín đầu dưới xương quay đã được điều trị bảo tồn bằng phương pháp kéo nắn bó bột tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu không đối chứng.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN trên 18 tuổi, chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và X-quang. Đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim X-quang trước và sau nắn, BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, bệnh nhân gãy xương trên nền có tổn thương thần kinh di chứng liệt chi, di chứng sáu chấn thương. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật:

Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn nắn.

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tĩnh mạch.

Nắn chỉnh

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn nắn, khuỷu vuông góc, lòng đai cố định khuỷu tay.

- Người phụ một tay nắm ngón cái, tay còn lại nắm các ngón II, III, IV kéo thẳng trục để chỉnh di lệch chông.

- Người nắn chính: Nắm sát ngay trên chỗ gãy, 4 ngón tay của 2 tay vòng ra trước tỳ lên đầu gãy trung tâm làm đôi lực, trong khi hai ngón cái đẩy đoạn ngoại vi ra trước. Đồng thời, người hỗ trợ cho gấp cổ tay tối đa

- Người phụ kéo mạnh bàn tay vào trong kết hợp người nắn chỉnh đẩy đoạn ngoại vi ngoại vi vào trong chữa di lệch ra ngoài.

- Sau khi kiểm tra hết di lệch thì tiến hành bó bột từ 1/3 trên cẳng tay đến khớp bàn ngón tay, bàn tay nghiêng trụ, để thẳng theo trục cẳng tay hay hơi duỗi hoặc hơi gấp 20-30o tùy theo kiểu gãy.

- Để bột rạch dọc trong tuần đầu cho hết nề, sau đó bó bột tròn kín để giữ vững ổ gãy. Thời gian bó bột trung bình 5 tuần. Bệnh nhân tái khám lần 2 sau 5-6 tuần để tháo bột, đánh giá xem có teo cơ không, đồng thời hướng dẫn bệnh nhân tập gấp duỗi, nghiêng quay, nghiêng trụ cổ tay. Bệnh nhân tái khám lần 3 sau tháo bột 1 tháng, lần 4 sau tháo bột 3 tháng, đánh giá mức độ liền xương theo thang điểm chức năng của Gartland và Werley.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới
- Lâm sàng: Nguyên nhân tai nạn, bên tay tổn thương, kiểu gãy
- Kết quả nắn chỉnh, kết quả phục hồi chức năng, kết quả chất lượng cuộc sống.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số BN	Tỉ lệ
Giới	Nam	75	40.5
	Nữ	110	59.5
Tuổi	18-30	18	9.7
	31-60	96	51.9
	>60	71	38.4
Nguyên nhân	Tai nạn sinh hoạt	93	50.3
	Tai nạn lao động	49	26.5
	Tai nạn khác	43	23.2
Bên tay tổn thương	Tay phải	116	62.7
	Tay trái	69	37.3

Nhận xét: Tỉ lệ Bệnh nhân là nữ giới chiếm đa số với 59,5%, tỉ lệ nữ/nam là 1.5/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Độ tuổi 31-60 chiếm đa số với 51,9%, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $52,72 \pm 16,13$. Nguyên nhân chính của gãy đầu dưới xương quay là tai nạn sinh hoạt chiếm 50,3%. Tay trái là bên bị gãy đầu dưới xương quay chủ yếu với 62,7%, tỉ lệ tay trái/phải là 1,7/1 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả điều trị.

Bảng 3.2. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Phân loại	Bệnh nhân	Tỉ lệ
Kết quả nắn chỉnh (Larson-Bostman)	Rất tốt	96	52%
	Tốt	61	33%
	Trung bình	28	15%
Kết quả PHCN (MAYO)	Rất tốt	60	32.4
	Tốt	80	43.2
	Khá	45	24.4
Chất lượng cuộc sống (SF36)	Tốt	156	84.4
	Khá	29	15.6
	Trung bình	0	0

Nhận xét: Kết quả nắn chỉnh theo Larson-Bostman kết quả tốt và rất tốt chiếm phần lớn với 85%, tỉ lệ trung bình chiếm 15%. Kết quả phục hồi chức năng theo MAYO tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt chiếm 74,7%. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tại thời điểm sau tháo bột 1 tháng bằng thang điểm SF36 kết quả trung bình $75,3 \pm 9,1$ tỉ lệ tốt chiếm 84,4%, kết quả khá chiếm 15,6%, không có bệnh nhân nào kết quả kém.

Bảng 3.3 Chất lượng cuộc sống và các yếu tố ảnh hưởng

Đặc điểm		Chất lượng cuộc sống		Tương quan
		Tốt	Chưa tốt	
Giới	Nam	64/85,3%	11/14,7%	OR=0,097
	Nữ	92/83,6%	18/16,4%	
Độ tuổi	18-31	15/83,3%	3/16,7%	OR=1,4-1,6
	31-60	80/83,3%	16/16,7%	
	>60	56/78,9%	15/16,7%	
Nguyên nhân	TNSH	82/88,2%	11/11,8%	OR=2,09
	TN khác	74/80,3%	18/26,1%	
Bên tay	Tay phải	74/73,9%	18/26,1%	OR=10,09
	Tay trái	98/91,6%	9/8,4%	
Kết quả điều trị	Tốt	142/98%	3/2%	OR=4,53, R=0,79 P=0,009
	Chưa tốt	10/22,2%	35/77,8%	

Nhận xét: Chất lượng cuộc sống của người bệnh gãy đầu dưới xương quay điều trị bảo tồn không bị ảnh hưởng bởi yếu tố giới tính và độ tuổi, các yếu tố nguyên nhân tai nạn, bên tay tổn thương và chất lượng nắn chỉnh ảnh hưởng nhiều tới kết quả trong đó các bệnh nhân bị tai nạn sinh hoạt có kết quả điều trị tốt hơn, bệnh nhân bị tay trái hoặc/và được nắn chỉnh tốt hơn sẽ có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 185 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay đã được điều trị bảo tồn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 18-90 tuổi, độ tuổi trung bình là $52,72 \pm 16,13$. Các bệnh nhân trong độ tuổi 30-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 59,5%, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 38,4%. Trong số 185 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có 110 bệnh nhân là nữ chiếm 59,5%. Tỉ lệ bệnh nhân là nữ giới trong nghiên cứu cao hơn hẳn tỉ lệ nam giới (59,5% so với 40,5%) điều này có thể do các bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay đều có độ tuổi trung bình lớn ($52,72 \pm 16,13$), ở độ tuổi này xương của phụ nữ dễ bị loãng xương và có mức độ loãng xương cao hơn nam giới nên khi ngã thì tỉ lệ gãy xương cũng cao hơn nam giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó khi tỉ lệ nữ giới gãy đầu dưới xương quay luôn cao hơn nam giới như trong nghiên cứu của Van Linden (1981), tỉ lệ nữ chiếm 84,4%, trong nghiên cứu của Smilovic (2003), tỉ lệ nữ chiếm 63%, trong nghiên cứu của Phan Nguyễn Nhật Lệ, bệnh nhân nữ chiếm 75,8%, trong nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Quyên (2018) tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 72,2%.

Theo nghiên cứu, tỉ lệ tai nạn sinh hoạt là

50,3%, tai nạn lao động là 26,5%, tai nạn giao thông là 21,6%. Bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay chủ yếu là nhóm người cao tuổi, hầu hết thời gian sống tại nhà một mình, sức khỏe cũng như khả năng phản xạ của hệ thần kinh không còn tốt nên các tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân chính gây ra gãy đầu dưới xương quay. Sự khác biệt về nguyên nhân chấn thương giữa hai giới tính là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và liên quan đến phân bố lao động. Trong số 110 bệnh nhân nữ thì có 57 bệnh nhân bị do nguyên nhân tai nạn sinh hoạt chiếm 51,8% điều này được lý giải bởi phụ nữ mãn kinh tình trạng loãng xương rất phổ biến, chỉ cần một lần ngã chống tay khi sinh hoạt cũng đủ gây gãy đầu dưới xương quay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 185 bệnh nhân thấy có 68 bệnh nhân bị tay phải (chiếm 37,3%), số bệnh nhân bị tay trái là 116 bệnh nhân (chiếm 62,7%). Tỷ lệ bệnh nhân bị tay trái nhiều hơn tay phải và tỉ lệ này cũng tương đồng với hầu hết các nghiên cứu trước đó. Trong nghiên cứu của Slimovic (2003), tỉ lệ bị tay trái là 64,9%, trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Chơn (2008), tỉ lệ bị bên tay trái là 54%, trong nghiên cứu của Phan Nguyễn Nhật Lê (2011), tỉ lệ bị bên tay trái là 66,7%, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Anh (2014) tỉ lệ bị bên tay trái là 55,9%. Điều này có thể giải thích do người Việt Nam thuận tay phải nên khi làm việc tay phải sẽ làm việc nhiều hơn, do đó khi có chấn thương mọi người có xu hướng đưa tay còn lại ra để chống đỡ nên tay trái bị nhiều hơn tay phải.

4.2. Kết quả nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân sau khi nắn chỉnh được chụp phim kiểm tra, đánh giá kết quả di lệch ổ gãy theo thang điểm Larson-Bostman. Kết quả cho thấy tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả rất tốt chiếm 33%, tốt chiếm 52%, tỉ lệ bệnh nhân có kết quả trung bình và kém chiếm 15%. Kết quả này cũng tương đương so với các nghiên cứu trước đó, tác giả Lê Thị Ngọc Quyên (2018) trong nghiên cứu của mình cho thấy có 30,6% bệnh nhân có kết quả nắn rất tốt, 66,7% có kết quả nắn tốt, tỉ lệ bệnh nhân có kết quả nắn chưa tốt chiếm 2,8%. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy đạt kết quả cao là điều kiện thuận lợi cho các bệnh nhân sớm hồi phục, hòa nhập cộng đồng và mang lại chất lượng cuộc sống tốt nhất.

Bệnh nhân được hướng dẫn phục hồi chức năng từ ngay sau khi bó bột với các động tác gác cao tay, tập vận động các ngón tay, co cơ đẳng trường trong bột. Ngay sau khi tháo bột, bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động nắm duỗi bàn tay, gấp duỗi cổ tay, đồng thời dẫn dờ

không xoa bóp tránh tình trạng viêm khớp, cứng khớp. Kết quả phục hồi được đo theo thang điểm MAYO cho thấy 32,4% BN đạt kết quả rất tốt, 43,2% BN đạt kết quả tốt. Kết quả PHCN của nghiên cứu, kết quả tốt và rất tốt đạt 75,6% và tương đương với các nghiên cứu trước đó như Nguyễn Thành Chơn (2008) với 90%, Nguyễn Thị Mai Anh (2014) với 85,3%, Nguyễn Thị Ngọc Quyên (2018) với 97,2%.

Thang điểm SF36 đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh bao gồm các yếu tố sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Trong nghiên cứu, bệnh nhân sau tháo bột 1 tháng, điểm số SF36 đạt trung bình $75,3 \pm 9,1$, trong đó 84,4% BN đạt kết quả tốt và rất tốt, 15,6% BN đạt kết quả khá, không có BN nào kém. So sánh với các nghiên cứu cùng sử dụng thang điểm SF36, Ngô Tuấn Khiêm (2023) điểm SF36 đạt trung bình $57,7 \pm 12,5$, Hà Thị Mai Hương (2021) SF36 đạt trung bình $65,2 \pm 19,8$.

4.3. Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan. Cuộc sống là tổng hợp tất cả các yếu tố xung quanh mỗi con người bao gồm các yếu tố thể chất và tinh thần. Chất lượng cuộc sống là yếu tố tổng quát đánh giá cuộc sống mỗi người có tốt hay không? Thang điểm SF36 là một thang điểm tương đối toàn diện đánh giá về chất lượng cuộc sống của con người.

Từ nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh đạt chất lượng cuộc sống tốt giữa nhóm người bệnh nam giới và nữ giới là không có sự khác biệt. Tỉ lệ nam giới đạt kết quả tốt là 85,3%, tỉ lệ đó ở nhóm nữ giới là 83,6%, tỉ lệ này không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $OR=0,097$.

Tỉ lệ người bệnh đạt kết quả tốt của nhóm BN 18-30 là 83,3%, tương đương với nhóm BN từ 30-60 tuổi, còn ở nhóm người bệnh trên 60 tuổi là 78,9%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với OR giữa các nhóm đạt 1,4-1,6, như vậy độ tuổi không ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống người bệnh.

So sánh chất lượng cuộc sống người bệnh do các nguyên nhân khác nhau cho thấy BN bị TNSH có chất lượng cuộc sống tốt hơn với tỉ lệ tương quan $OR=2,09$. Trong các trường hợp tai nạn sinh hoạt, bệnh nhân thường có ít tổn thương phổi hợp, khả năng điều trị cũng như nắn chỉnh sẽ tốt hơn các Bn trong tình trạng đa chấn thương.

Trong nhóm nghiên cứu, tỉ lệ người bệnh đạt chất lượng cuộc sống tốt trở lên ở nhóm bị tay trái là 91,6%, trong khi tỉ lệ đó ở nhóm bị tay phải là 73,9% sự khác biệt $OR=10,09$. Như vậy bên tay bị có ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống người bệnh. Người Việt Nam chủ yếu

thuận tay phải, khi bị gãy tay phải, các hoạt động, sinh hoạt hàng ngày bị ảnh hưởng, từ đó ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống hơn so với khi bị tay trái.

Chất lượng điều trị, trong đó chất lượng nắn chỉnh (theo Larson-Bostman) và chất lượng PHCN (theo MAYO) là các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh đạt chất lượng cuộc sống tốt ở nhóm được điều trị tốt đạt 98%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm có chất lượng điều trị chưa tốt là 22%. So sánh kết quả giữa 2 nhóm sự khác biệt đạt $OR=4,53$, sự tương quan $R=0,79$ với độ tin cậy $p=0,009$. Như vậy kết quả điều trị có ý nghĩa quyết định tới chất lượng cuộc sống người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới xương quay là gãy xương thường gặp nhất trong chấn thương hàng ngày và điều trị bằng phương pháp kéo nắn bó bột là phương pháp được sử dụng chủ yếu và mang lại hiệu quả cao đưa xương gãy về giải phẫu, phục hồi chức năng cổ bàn tay và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Yếu tố giới tính và tuổi tác không ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống người bệnh, các yếu tố nguyên nhân chấn thương, bên tay bị ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống NB. Kết quả điều trị đặc biệt kết quả nắn chỉnh, phục hồi có ý nghĩa quyết định chất lượng cuộc sống người bệnh, do đó, muốn tăng chất lượng cuộc sống người bệnh thì phải cải thiện chất lượng điều trị tại các cơ sở y tế chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Ngọc Quyên (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang và đánh giá kết

- quả điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay tại Bệnh viện đa khoa Cần Thơ năm 2017-2018. Luận văn Thạc sĩ
2. Võ Nguyên Khắc Khôi (2009), "Vài nhận xét về gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4 đến tháng 6/2009," Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Phan Nguyễn Nhật Lệ (2011), "Đánh giá kết quả điều trị gãy ĐĐXQ kiểu Poteau – Colles bằng nắn bó bột căng bàn tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 6/2010 đến 5/2011," Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa,
4. Nguyễn Thị Mai Anh (2014), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay kiểu Poteau-Colles bằng nắn bó bột căng bàn tay tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 10/2014 đến 5/2015," Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
5. Lichtman DM, Bindra RR. (2018). Treatment of distal radius fractures. J Am Acad Orthop Surg. 2010;18(3):180–189.
6. Nguyễn Thị Thắm.Võ Thành Toàn (2021). Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng nắn bó bột tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp Chí Y học Việt Nam, 498(2).
7. Phan Hữu Trọng (2018), "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nắn bó bột tại trung tâm y tế Đức Huệ - Long An", Luận văn bác sĩ chuyên khoa II chấn thương chỉnh hình, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
8. Trường Thịnh, V., Manh Tiến, N.. (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị can lệch đầu dưới xương quay tại bệnh viện Việt Đức. Tạp Chí Y học Việt Nam, 519(2)
9. Nguyễn, O. T., & Trần, V. H. (2023). Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy đầu xa xương quay tại bệnh viện Cần Thơ năm 2018-2019. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 45, 77-83.
10. Vũ Văn Khoa. Nguyễn Văn Nam (2022). Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày tại bệnh viện Việt Đức. Tạp Chí Y học Việt Nam, 515(1)

NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÂN ĐUÔI TUY BẢO TỒN LÁCH

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn An Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kĩ thuật của Kimura tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 12 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy theo kĩ thuật của Kimura tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 5 năm từ năm 2018 đến năm 2023. **Kết quả:** Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kĩ thuật của Kimura cho 12 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $35,4 \pm 11,3$. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 58,3%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 41,6%, rò tụy độ B chiếm 16,6%. Trong số 12 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở hay truyền máu trong mổ. Có 2 trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, một trường hợp mổ nội soi, một trường hợp mổ mở do