

7. **Dương, T. P., Thái, T. K. T., Nguyễn, T. T. H., Nguyễn, C. T., Giang, T. T. H., Nguyễn, T. T. N., Cao, N. H. K., Nguyễn, T. K., Oúach, K. T., & Nguyễn, T. D. T.** (2024). Thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Trung tâm y tế huyện Tân Phước năm 2021. Tạp Chí Y học Việt Nam, 545(1)
8. **Don W.** (2014). Correlation of Blood Pressure Variability and Lipids in Patients with Primary Hypertension. Medical Innovation of China.
9. **Pham, T. L. T.** (2022). Thực trạng bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp ở người trưởng thành tại tỉnh Thái Nguyên năm 2020. Hô Nội Tiết – Đái Tháo Đường Miền Trung Việt Nam.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X- QUANG VÀ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NỆP VÍT TRÊN BỆNH NHÂN GỠ KÍN XƯƠNG ĐÒN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN

Hà Thị Thuỳ Dương¹, Nguyễn Văn Hoá¹

phẫu thuật cho kết quả tốt và có thể áp dụng rộng rãi.

Từ khóa: Gãy xương đòn, phẫu thuật, Xquang.

SUMMARY

CLINICAL, X-RAY CHARACTERISTICS AND EARLY RESULTS OF BONE FIXATION WITH PLATE AND SCREWS IN PATIENTS WITH CLAVICULAR FRACTURES AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Surgical treatment of clavicle fractures is currently considered a superior method, overcoming many limitations of conservative treatment. This method can be applied to complex fractures, helping to restore the anatomical structure and physiological function of the clavicle thanks to firm fixation, minimizing the risk of secondary displacement and complications. Through clinical practice in Hau Giang province, we found that the above technique has many advantages over other techniques, so we carried out this topic. **Objectives:** 1. Research on clinical and paraclinical characteristics of clavicle fracture patients undergoing bone fusion surgery at Vo Truong Toan University Hospital. 2. Research on early results of bone fusion surgery to treat closed clavicle fractures at Vo Truong Toan University Hospital. **Materials and methods:** Retrospective study of 33 patients with closed clavicle fractures operated on at Vo Truong Toan University Hospital from January 2016 to January 2022. **Results:** The study included 81.8% men, 18.2% women, the age group 20-39 was the most common. Common symptoms included swelling (51.5%), limited mobility (45.5%), sharp pain (33.3%) and bruising (30.3%). All patients had limb deformities (100%), abnormal movement was recorded in 12.1%, and no cases of bone crepitus were found. Among the 33 patients, fractures of the middle third of the bone accounted for the highest proportion (87.9%), followed by fractures of the outer third (9.1%) and the inner third (3.0%). Common displacements included shortening (84.8%), lateralization (78.8%) and angulation (18.2%); there was no rotational displacement. Regarding fracture type, oblique fractures accounted for 45.5%, transverse fractures 24.2%, fractures with loose fragments 30.3%; there were no spiral or comminuted fractures. All patients had postoperative X-ray results without deviation

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị phẫu thuật kết hợp xương trong gãy xương đòn hiện nay được xem là phương pháp ưu việt, khắc phục được nhiều hạn chế của điều trị bảo tồn. Phương pháp này áp dụng được cho cả trường hợp gãy phức tạp, giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của xương đòn nhờ cố định vững chắc, giảm thiểu nguy cơ di lệch thứ phát và biến chứng. Qua thực tế lâm sàng tại tỉnh Hậu Giang, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật trên có nhiều ưu điểm hơn các kỹ thuật khác vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này. **Mục tiêu:** 1. Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân gãy xương đòn được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn. 2. Nghiên cứu kết quả sớm phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín xương đòn tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 33 bệnh nhân gãy kín xương đòn được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn từ tháng 01/2016 đến tháng 01/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 81,8% nam, 18,2% nữ, nhóm tuổi 20 -39 chiếm nhiều nhất. Triệu chứng thường gặp gồm sưng nề (51,5%), hạn chế vận động (45,5%), đau chói (33,3%) và bầm tím (30,3%). Tất cả bệnh nhân đều có biến dạng chi (100%), cử động bất thường ghi nhận ở 12,1%, không có trường hợp nào lạo xạo xương. Trong số 33 bệnh nhân, gãy 1/3 giữa xương chiếm tỷ lệ cao nhất (87,9%), tiếp theo là gãy 1/3 ngoài (9,1%) và 1/3 trong (3,0%). Di lệch phổ biến gồm chùng ngắn (84,8%), sang bên (78,8%) và gập góc (18,2%); không có di lệch xoay. Về kiểu gãy, đường gãy chéo chiếm 45,5%, gãy ngang 24,2%, gãy có mảnh rời 30,3%; không có gãy xoắn hay gãy nát. Tất cả bệnh nhân đều có kết quả X-quang sau mổ không di lệch (100%). Không ghi nhận biến chứng sớm như nhiễm trùng, tổn thương mạch máu hay thần kinh. Kết quả điều trị sớm được đánh giá tốt ở toàn bộ bệnh nhân (100%). **Kết luận:** Điều trị bệnh nhân gãy đòn bằng

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Thuỳ Dương

Email: httduong@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

(100%). No early complications such as infection, vascular or nerve damage were recorded. Early treatment results were assessed as good in all patients (100%). **Conclusion:** Surgical treatment of patients with clavicle.

Keywords: Clavicle fracture, surgery, X-ray.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đòn là chấn thương phổ biến, chiếm khoảng 5% tổng số ca gãy xương và 44% gãy xương vùng đai vai, có xu hướng gia tăng do tai nạn giao thông và lao động [6]. Điều trị phẫu thuật kết hợp xương hiện nay được xem là phương pháp ưu việt, khắc phục được nhiều hạn chế của điều trị bảo tồn. Phương pháp này áp dụng được cho cả trường hợp gãy phức tạp, giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của xương đòn nhờ cố định vững chắc, giảm thiểu nguy cơ di lệch thứ phát và biến chứng. Bệnh nhân cũng không cần đeo dụng cụ cố định bên ngoài kéo dài, thuận tiện cho sinh hoạt, đồng thời có thể tập vận động sớm và tham gia lao động nhẹ trong giai đoạn hồi phục [2]. Tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn, phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy xương đòn đã được triển khai từ lâu, nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, X-Quang và kết quả sớm phẫu thuật điều trị gãy kín xương đòn tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn" với hai mục tiêu:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy xương đòn được phẫu thuật kết hợp xương; và

(2) Đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp phẫu thuật kết hợp xương trên bệnh nhân gãy kín xương đòn. Từ đó cung cấp dữ liệu tham khảo để tối ưu hóa phác đồ điều trị trong thực tiễn lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín xương đòn và được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn từ tháng 01/2016 – 01/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên gãy kín xương đòn và được chỉ định phẫu thuật. Thời gian từ tháng 01/2016 - 01/2022. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không có đủ hồ sơ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ

mẫu là 33 bệnh nhân. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành thu thập số liệu trên những bệnh nhân thỏa những tiêu chuẩn trên từ lúc bắt đầu nghiên cứu đến khi kết thúc.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học: Dấu hiệu chắc chắn gãy xương, dấu hiệu không chắc chắn gãy xương, vị trí đường gãy, kiểu di lệch, kiểu gãy.

+ Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: X-Quang xương đòn thẳng nghiêng, đánh giá các biến chứng sớm (Nhiễm trùng vết mổ, tổn thương bó mạch dưới đòn, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay).

- Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:

Thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín xương đòn và được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn từ tháng 01/2016 - 01/2022.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu thu được sẽ xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Các biến số được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm (%).

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện khi đã có sự chấp thuận của Hội đồng khoa học trường Đại học Võ Trường Toàn. Nghiên cứu được đảm bảo bí mật thông tin được cung cấp, thông tin của bệnh nhân chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân gãy xương đòn

Đặc điểm chung		Số lượng (n=33)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	27	81,8
	Nữ	6	18,2
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	2	6,1
	20 - 39 tuổi	19	57,6
	40 - 59 tuổi	8	24,2
	≥60 tuổi	4	12,1

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (81,8%). Nhóm tuổi 20–39 tuổi phổ biến nhất (57,6%), tiếp theo là 40–59 tuổi (24,2%), ≥60 tuổi (12,1%) và <20 tuổi (6,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân gãy xương đòn

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n=33)	Tỷ lệ %
Triệu chứng	Sưng nề	17	51,5
	Bầm tím	10	30,3

	Đau chói	11	33,3
	Hạn chế vận động	15	45,5
Dấu hiệu chắc chắn gãy xương	Biến dạng chi	33	100,0
	Cử động bất thường	4	12,1
	Lao xạo xương	0	0,0

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp gồm sưng nề (51,5%), hạn chế vận động (45,5%), đau chói (33,3%) và bầm tím (30,3%). Tất cả bệnh nhân đều có biến dạng chi (100%), cử động bất thường ghi nhận ở 12,1%, không có trường hợp nào lao xạo xương.

Bảng 3. Đặc điểm X-Quang của bệnh nhân gãy xương đòn

Đặc điểm X-Quang		Số lượng (n=33)	Tỷ lệ %
Phân bố vị trí đường gãy	Gãy 1/3 ngoài	3	9,1
	Gãy 1/3 giữa	29	87,9
	Gãy 1/3 trong	1	3,0
Phân bố di lệch	Di lệch sang bên	26	78,8
	Di lệch dọc trục chông ngắn	28	84,8
	Di lệch gập góc	6	18,2
	Di lệch xoay	0	0,0
Kiểu gãy	Đường gãy chéo	15	45,5
	Đường gãy ngang	8	24,2
	Đường gãy xoắn	0	0,0
	Gãy có kèm mảnh rời	10	30,3
	Gãy nát	0	0,0

Nhận xét: Trong số 33 bệnh nhân, gãy 1/3 giữa xương chiếm tỷ lệ cao nhất (87,9%), tiếp theo là gãy 1/3 ngoài (9,1%) và 1/3 trong (3,0%). Di lệch phổ biến gồm chông ngắn (84,8%), sang bên (78,8%) và gập góc (18,2%); không có di lệch xoay. Về kiểu gãy, đường gãy chéo chiếm 45,5%, gãy ngang 24,2%, gãy có mảnh rời 30,3%; không có gãy xoắn hay gãy nát.

3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả X-quang sau phẫu thuật

Đánh giá kết quả điều trị		Số lượng (n=33)	Tỷ lệ %
Kết quả X-quang	Không di lệch	33	100%
	Di lệch ít	0	0%
	Di lệch nhiều	0	0%
Biến chứng sớm	Nhiễm trùng vết mổ	0	0
	Tổn thương bó mạch dưới đòn	0	0
	Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay	0	0
Đánh giá kết quả điều trị sớm	Tốt	33	100%
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có kết quả X-quang sau mổ không di lệch (100%). Không

ghi nhận biến chứng sớm như nhiễm trùng, tổn thương mạch máu hay thần kinh. Kết quả điều trị sớm được đánh giá tốt ở toàn bộ bệnh nhân (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Về tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi 20–39 chiếm tỷ lệ cao nhất (57,6%) trong các trường hợp gãy kín xương đòn, trong khi nhóm <20 tuổi ít gặp nhất (6,1%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây, như Nguyễn Quốc Thái (2017) báo cáo tỷ lệ gãy xương đòn hàng năm ở nhóm 20–39 tuổi dao động 17,9–20,5% [6], và Phạm Ngọc Ân (2014) ghi nhận nhóm 20–35 tuổi chiếm 32,2% [1]. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm dân số và môi trường nghiên cứu, nhưng đều thống nhất rằng nhóm tuổi lao động trẻ (20–40) là đối tượng dễ bị gãy xương đòn do hoạt động xã hội, giao thông bằng xe máy và lao động thể chất nhiều hơn.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam giới bị gãy xương đòn cao hơn nữ giới (81,8% so với 18,2%), phù hợp với kết quả của Nguyễn Quang Hoà và cộng sự (2015) (76,16% nam) [3]. Sự chênh lệch này có thể được giải thích bởi các yếu tố xã hội và hành vi: nam giới thường là lao động chính trong các ngành nghề nặng nhọc, tham gia giao thông nhiều hơn và có tỷ lệ sử dụng rượu bia khi lái xe cao hơn, dẫn đến nguy cơ tai nạn và chấn thương tăng. Ngoài ra, nam giới cũng tham gia nhiều hoạt động thể thao mạnh hoặc có tính chất đối kháng, làm tăng khả năng chấn thương.

Như vậy, cả nghiên cứu của chúng tôi và các công bố trước đều phản ánh xu hướng dịch tễ rõ rệt của gãy xương đòn: tập trung ở nam giới trẻ tuổi, nhóm đối tượng có lối sống năng động và tiếp xúc nhiều với nguy cơ chấn thương. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp phòng ngừa tai nạn giao thông, nâng cao ý thức an toàn lao động ở nhóm đối tượng này.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và X – Quang. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến dạng xương đòn xuất hiện ở 100% trường hợp, đây là dấu hiệu đặc trưng và có giá trị cao trong chẩn đoán gãy xương. Trong khi đó, dấu hiệu cử động bất thường (12%) và tiếng lạo xạo xương (khi sờ ấn hoặc cử động) tuy ít gặp hơn nhưng cũng là những dấu hiệu chắc chắn giúp khẳng định chẩn đoán. Về triệu chứng lâm sàng, sưng nề (51,5%) và đau chói (33,3%) chiếm tỷ lệ cao, phản ánh phản ứng viêm tại chỗ sau chấn thương, sau đó là dấu bầm tím (30,3%) cũng gặp phổ biến. Những

kết quả này phù hợp với mô tả trong y văn về triệu chứng điển hình của gãy kín xương đòn.

Về vị trí gãy, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với công bố của Nguyễn Quang Hòa và cộng sự (2015), trong đó gãy 1/3 giữa chiếm tỷ lệ lớn nhất (69,49%) [3]. Điều này được lý giải bởi đặc điểm giải phẫu xương đòn: đoạn 1/3 giữa là điểm yếu nhất do cấu trúc hình chữ S với hai đường cong ngược chiều, dễ gãy khi chịu lực tác động từ tai nạn giao thông hoặc ngã đập vai. Trong khi đó, gãy 1/3 ngoài và 1/3 trong ít gặp hơn do liên quan đến hệ thống dây chằng vững chắc ở khớp cùng đòn và ức đòn.

Về kiểu di lệch, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận di lệch dọc trục chông ngấn chiếm tỷ lệ cao nhất (84,8%), tiếp theo là di lệch sang bên (78,8%), phù hợp với cơ chế chấn thương gián tiếp (ngã chông tay, tai nạn xe). Trái lại, di lệch gập góc (18,2%) và di lệch xoay ít gặp hơn, thường liên quan đến cơ chế trực tiếp (va đập mạnh vào xương đòn). Sự khác biệt này trái ngược với nghiên cứu của Nguyễn Văn Phước (2015), nơi di lệch gập góc chiếm ưu thế (52,6%) [4]. Nguyên nhân có thể do khác biệt về đặc điểm dân số nghiên cứu (tuổi, nghề nghiệp) hoặc cơ chế chấn thương chủ đạo (tai nạn lao động so với tai nạn giao thông).

Về đường gãy, kết quả của chúng tôi cho thấy đường gãy chéo chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), tiếp theo là gãy kèm mảnh rời (30,3%) và gãy ngang (24,2%). Điều này phản ánh lực tác động mạnh, đột ngột trong tai nạn tốc độ cao, dẫn đến xương gãy theo đường chéo hoặc vỡ vụn. Tuy nhiên, kết quả này khác biệt rõ so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Quyền (2015) tại Bệnh viện Đa khoa Đan Phượng, nơi gãy phức tạp có mảnh rời chiếm 77,2% [5]. Sự chênh lệch này có thể do đặc thù chấn thương ở hai quần thể nghiên cứu: nhóm bệnh nhân của tác giả chủ yếu là lao động nông nghiệp, tiếp xúc với tai nạn có lực lớn (ngã cao, vật nặng đè), trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào tai nạn giao thông – nơi lực tác động phân bố khác.

Các kết quả trên cho thấy, dù có sự tương đồng về đặc điểm dịch tễ và lâm sàng với các nghiên cứu trước, vẫn tồn tại khác biệt trong kiểu di lệch và đường gãy, phản ánh tính đa dạng của cơ chế chấn thương và đặc điểm dân số. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá kỹ lưỡng hình ảnh X-quang để xác định chính xác loại gãy, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu (bảo tồn hoặc phẫu thuật).

4.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

Chụp X-quang là công cụ chẩn đoán không thể thiếu trong xác định gãy xương đòn, giúp phân

loại kiểu gãy (đơn giản, phức tạp), đánh giá di lệch (chông ngấn, sang bên, gập góc, xoay) và lập kế hoạch điều trị phù hợp [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trường hợp không có di lệch sau phẫu thuật, phản ánh hiệu quả của việc can thiệp kịp thời và kỹ thuật phẫu thuật tối ưu. Kết quả này cũng cho thấy sự tuân thủ nghiêm ngặt quy trình cố định xương và theo dõi hậu phẫu, đảm bảo xương lành đúng vị trí giải phẫu.

Về biến chứng, nghiên cứu ghi nhận không có trường hợp nào xuất hiện biến chứng sớm như nhiễm trùng vết mổ, can lệch, tổn thương thần kinh hoặc mạch máu. Kết quả này trái ngược với một số nghiên cứu quốc tế: Simone Wolf và cộng sự (Anh) báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 3,5% [7], trong khi Neer C ghi nhận tổn thương đám rối thần kinh cánh tay lên đến 13% [9]. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi cỡ mẫu nhỏ (33 bệnh nhân) trong nghiên cứu của chúng tôi, khiến các biến chứng hiếm (dưới 5%) chưa được ghi nhận. Kết quả ban đầu của chúng tôi là tín hiệu tích cực, khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phương pháp phẫu thuật kết hợp xương trong điều trị gãy kín xương đòn khi được thực hiện đúng kỹ thuật, kịp thời và có sự phối hợp tốt từ phía bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương đòn là kỹ thuật cố định xương đòn gãy vững chắc, sau mổ bệnh nhân ít xảy ra các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Ngọc Ân** (2014), "Đánh giá tình hình KHX xương đòn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam", Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật 2014, Sở Y Tế Quảng Nam
2. **Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp** (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị gãy kín xương đòn bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp".
3. **Nguyễn Quang Hoà, và CS** (2015), "Đánh giá kết quả điều trị gãy xương đòn tại khoa Ngoại BVĐK huyện Hương Sơn từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 9 năm 2014", Hội nghị Khoa Học Kỹ Thuật 2015, Sở Y Tế Hà Tĩnh.
4. **Nguyễn Tấn Khai, Nguyễn Văn Phước, Bùi Quang Anh Phương, Phan Anh Tuấn** (2015), "Kết quả điều trị gãy 1/3 giữa xương đòn bằng nẹp tạo hình chữ S tại Bệnh viện Trưng Vương", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 19, Số 5/ 2015.
5. **Nguyễn Hữu Quyền** (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương đòn bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa huyện Đan Phượng".
6. **Nguyễn Quốc Thái** (2017), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương đòn", Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật 2017, Bệnh viện Nhật Tân.
7. **Abhishek S., Simone Wolf** (2022), "Surgical treatment, complications, reoperations, and

- healthcare costs among patients with clavicle fracture in England", BMC Musculoskelet Disord, 23(1),pp135.
8. **John Ebnezar** (2010), "Textbook of Orthopedics", Devaraj Urs Medical College Kolar, Karnataka, pp. 16 – 18.
9. **Neer C** (2017), "Nonoperative Treatment Compared with Plate Fixation of Displaced Midshaft Clavicular Fractures", J Bone Joint Surg Am, 1, pp. 1 – 10.

XÁC ĐỊNH MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA TỶ SỐ ĐƯỜNG KÍNH TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI VÀ ĐƯỜNG KÍNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỚI HEMATOCRIT, LACTATE MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN CỦA TỶ SỐ NÀY VỚI CÁC MỨC ĐỘ CỦA SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI KIÊN GIANG

Cao Thị Tố Như¹, Trương Ngọc Phước²,
Phùng Nguyễn Thế Nguyên³, Đào Thái An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính do siêu vi Dengue gây ra, có thể gây nên những trận dịch lớn. Bệnh diễn tiến nặng, khó lường với tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán, điều trị kịp thời. Siêu âm đo tỷ số đường kính tĩnh mạch chủ dưới/động mạch chủ bụng giúp đánh giá tình trạng huyết động, hỗ trợ hồi sức dịch trong điều trị sốt xuất huyết Dengue. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và xác định mối tương quan giữa tỷ số đường kính tĩnh mạch chủ dưới và đường kính động mạch chủ bụng với hematocrit, lactate máu và mối liên quan của tỷ số này với các mức độ của sốt xuất huyết Dengue nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca các bệnh nhi được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue nặng điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Sản Nhi tỉnh Kiên Giang. **Kết quả:** Chúng tôi đã thu thập được 18 bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Trẻ nam chiếm đa số (72,2%) với tỷ lệ nam/nữ gần bằng 2,6/1, trẻ >9-15 tuổi chiếm đa số (72,2%). Sốt xuất huyết Dengue chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%). Thời gian đổ đầy mao mạch (CRT)>2s là triệu chứng lâm sàng chính ở bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue nặng. Khoảng 1/5 trường hợp tái sốc và 100% bệnh nhi sống. Có mối tương quan nghịch, mức độ trung bình giữa tỷ số đường kính tĩnh mạch chủ dưới và đường kính động mạch chủ bụng với mức độ hematocrit và tỷ số này ở nhóm sốt xuất huyết Dengue nặng thấp hơn so với nhóm sốt xuất huyết Dengue. **Kết luận:** Sốt xuất huyết Dengue nặng gặp đa số ở trẻ nam, >9-15 tuổi. Tỷ số đường kính tĩnh mạch chủ dưới và đường kính động mạch chủ bụng ở nhóm sốt xuất huyết Dengue

nặng thấp hơn so với nhóm sốt xuất huyết Dengue và có mối tương quan nghịch giữa tỷ số này với mức độ hematocrit ở bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue nặng. **Từ khóa:** sốt xuất huyết Dengue, trẻ em, tỷ số đường kính tĩnh mạch chủ dưới và động mạch chủ bụng.

SUMMARY

DETERMINING THE CORRELATION BETWEEN THE INFERIOR VENA CAVA TO ABDOMINAL AORTA DIAMETER RATIO AND HEMATOCRIT, BLOOD LACTATE, AND ITS ASSOCIATION WITH THE SEVERITY LEVELS OF SEVERE DENGUE IN CHILDREN AT KIEN GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Background: Dengue fever is an acute infectious disease caused by the Dengue virus, which can lead to large-scale outbreaks. The disease progresses unpredictably and can be severe, with a high mortality rate if not promptly diagnosed and treated. Ultrasound measurement of the inferior vena cava to abdominal aorta diameter ratio is useful in assessing hemodynamic status and guiding fluid resuscitation in Dengue fever management. **Objectives:** To describe the clinical characteristics, evaluate treatment outcomes, and determine the correlation between the the inferior vena cava to abdominal aorta diameter ratio and hematocrit, blood lactate levels, as well as its association with different severity levels of severe Dengue fever. **Materials and methods:** Report on a series of of pediatric patients diagnosed with severe Dengue fever who were treated at the Pediatric Intensive Care Unit, Kien Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** A total of 18 pediatric patients meeting the inclusion criteria were enrolled. Males accounted for the majority (72,2%), with a male-to-female ratio of approximately 2,6/1. Children aged >9–15 years constituted 72,2% of cases. Dengue shock syndrome was the most common presentation (55,6%). Capillary refill time (CRT) >2 seconds was the predominant clinical sign in children with severe Dengue fever. About 1/5 of cases

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thái An

Email: bancamap15@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025