

- clinical symptoms and manometry findings in patients with esophageal motility disorders: a cross-sectional study. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29:271.
3. **Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al.** Deprescribing proton pump inhibitors. *Can Fam Physician*. 2017;63(5):354-364.
 4. **Gyawali CP, Sifrim D, Carlson DA, et al.** Ineffective esophageal motility: Concepts, future directions, and conclusions from the Stanford 2018 symposium. *Neurogastroenterol Motil*. 2019; 31(9):13584.
 5. **Katz PO, Dalton CB, Richter JE, Wu WC, Castell DO.** Esophageal testing of patients with noncardiac chest pain or dysphagia. Results of three years' experience with 1161 patients. *Ann Intern Med*. 1987; 106(4):593-597.
 6. **Laique SN, Singh T, Dornblaser D, et al.** Clinical Characteristics and Associated Systemic Diseases in Patients With Esophageal "Absent Contractility"—A Clinical Algorithm. *Journal of clinical gastroenterology*. 2019;53(3):184-190
 7. **Lin S, Li H, Fang X.** Esophageal Motor Dysfunctions in Gastroesophageal Reflux Disease and Therapeutic Perspectives. *J Neurogastroenterol Motil*. 2019;25(4):499-507.
 8. **Liu L, Li S, Zhu K, et al.** Relationship between esophageal motility and severity of gastroesophageal reflux disease according to the Los Angeles classification. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(19):15543.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HN VIỆT ĐỨC

Dương Đình Toàn^{1,2}, Võ Quốc Hưng², Nguyễn Trọng Tài²

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu trên 123 trẻ em, tuổi từ 6 tháng đến 12 tuổi (tuổi trung bình 4,34 tuổi) gãy kín thân xương đùi được điều trị bảo tồn bằng kéo nắn bó bột tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2019-2020. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy kín thân xương đùi trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn, thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu, đánh giá kết quả lâm sàng và Xquang sau điều trị. **Kết quả:** Thời gian theo dõi sau 4-12 tháng điều trị, kết quả tốt và rất tốt đạt 87,8%, trung bình chiếm 12,2%. Có 4 trường hợp ngắn chỉ dưới 1 cm, không gặp trường hợp nào teo cơ cứng khớp cũng như khớp giả. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn đối với gãy thân xương đùi ở trẻ em vẫn mang lại hiệu quả cao, tránh được những tai biến biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CONSERVED TREATMENT OF CHILDREN FEMORAL SHAFT FRACTURES AT VIET DUC HOSPITAL

We conducted a retrospective and prospective study on 123 childrens with closed femoral shaft fractures, aged from 6 months to 12 years (mean age 4.34) who were treated conservatively with cast at Viet Duc Hospital from 2019-2020. **Objective:** to evaluate the results of conservative treatment of femoral shaft fractures in children at Viet Duc Hospital.

Research methods: Select patients according to selection criteria, collect information according to research medical records, evaluate clinical and radiological results after treatment. Results: Follow-up time after 4-12 months of treatment, good and excellent results were 87,8%, the fair was 12,2%. There were 4 cases of shortening of the limb below 1 cm, no cases of atrophy of the stiff joints as well as the pseudo-joints. **Conclusion:** Conservative treatment for femoral shaft fractures in children is still highly effective, avoiding complications related to surgery.

Key words: femoral shaft fracture, Conserved treatment; children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đùi chiếm 1,6% của tất cả các loại gãy xương ở trẻ em, trong đó gãy thân xương đùi chiếm 75%. Khác với gãy xương đùi ở người lớn, gãy xương đùi ở trẻ em có thời gian liền xương nhanh hơn, trong quá trình liền xương có giai đoạn phục hồi hình thể xương (Remodelling), hay còn gọi là quá trình tự bình chỉnh, giúp ổ gãy xương phục hồi hoàn toàn hình thể như ban đầu. Trẻ càng nhỏ khả năng phục hồi hình thể xương càng tốt. Đó là một trong những yếu tố thuận lợi cho việc điều trị bảo tồn gãy xương nói chung, gãy thân xương đùi nói riêng ở trẻ em, đặc biệt là trẻ chưa đến trường (dưới 6 tuổi). Hiện nay, quan điểm phẫu thuật đã có nhiều thay đổi so với trước đây theo xu hướng mở rộng chỉ định, tuy nhiên đối với gãy thân xương đùi trẻ em, các phương tiện kết hợp xương không giống như của người lớn, chú trọng những loại đinh nội tuỷ có tính đàn hồi. Mặt khác những biến chứng của phẫu thuật như tổn thương sụn tiếp, tiêu xương, viêm xương, nhiễm

¹Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.com

Ngày nhận bài: 17.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2021

Ngày duyệt bài: 28.10.2021

trùng vẫn tác động không ít tiêu cực đến sự phát triển bình thường của xương, làm ảnh hưởng lớn đến chức năng và khả năng thích nghi với cuộc sống sau này của trẻ. Tại khoa Khám xương và điều trị ngoại trú, hàng tháng chúng tôi điều trị bảo tồn cho hàng trăm trẻ em, chủ yếu dưới 8 tuổi. Nhằm tổng kết và rút ra những kinh nghiệm trong điều trị bảo tồn gãy thân xương đùi ở trẻ em, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy kín thân xương đùi trẻ em tại bệnh viện HN Việt Đức

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: 08/2019 - 10/2020.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Viện chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân là trẻ em dưới 12 tuổi, được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi, được điều trị bằng kéo nắn, bó bột tại bệnh viện HN Việt Đức. Bệnh nhân có đầy đủ thông tin nghiên cứu và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy thân xương đùi có biến chứng hoặc gãy nhiều xương, gãy bệnh lý; gãy thân xương đùi ở trẻ em trên 8 tuổi kèm theo béo phì (BMI >30). Gãy xương do các nguyên nhân không phải chấn thương hoặc có các bệnh lý gây cản trở vận động, đi lại từ trước. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu

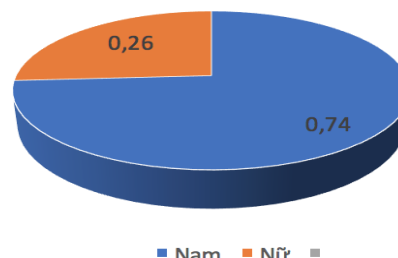
2.5. Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn theo một mẫu bệnh án thống nhất

2.6. Quản lý, phân tích số liệu: Nhập và

phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả được tính toán: tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ, mối tương quan giữa các biến số. Các test nghiên cứu: χ^2 test, T test với $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới (n=123)

Nhận xét: Kết quả cho thấy, tỷ lệ gãy kín thân xương đùi ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, với tỷ lệ 3:1

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi (n=123)

Tuổi	N	%
Trung bình \pm ĐLC	4,34 \pm 2,38	
≤ 2 tuổi	31	25,2
3-6 tuổi	74	60,2
7-10 tuổi	16	13,0
>10 tuổi	2	1,6
Tổng	123	100,0

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy, trẻ ở độ tuổi từ 3 đến 6 tuổi có tỷ lệ gãy xương đùi cao nhất (60,2%) và độ tuổi >10 tuổi trẻ gãy xương đùi chiếm tỷ lệ phần trăm thấp nhất là 1,6%. Độ tuổi trung bình của trẻ là 4,34 \pm 2,38. Tuổi thấp nhất 6 tháng tuổi, tuổi cao nhất 12 tuổi.

Bảng 3.2. Lý do vào viện và nhóm tuổi (n=123)

Nhóm tuổi	Lý do vào viện			Tổng N(%)
	TNSH N(%)	TNGT N(%)	Tai nạn khác N(%)	
≤ 2 tuổi	23 (18,7)	8 (6,5)	0 (0,0)	31 (25,2)
3-6 tuổi	30 (24,4)	39 (31,7)	5 (4,1)	74 (60,2)
7-10 tuổi	6 (4,9)	9 (7,3)	1 (0,8)	16 (13,0)
>10 tuổi	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,8)	2 (1,6)
Tổng	59 (48,0)	57 (46,3)	7 (5,7)	123 (100,0)

Nhận xét: Trong kết quả Bảng 3.3, tỷ lệ trẻ vào viện do tai nạn giao thông chiếm cao nhất ở trẻ có độ tuổi từ 3 đến 6 tuổi (31,7%). Tiếp đến là tai nạn sinh hoạt (24,4%) với độ tuổi từ 3 đến 6 tuổi. Với độ tuổi trẻ nhỏ hơn 2 tuổi thì đa số trẻ bị gãy xương đùi do tai nạn sinh hoạt (18,7%). Trẻ từ 7 đến 10 tuổi thì chiếm tỷ lệ cao nhất là tai nạn giao thông (7,3%). Trẻ ở độ tuổi lớn hơn 10 chiếm tỷ lệ nhỏ nhất về lý do vào viện.

Bảng 3.3. Vị trí gãy xương và nhóm tuổi (n=123)

Nhóm tuổi	Vị trí gãy xương N (%)			Tổng N (%)
	1/3 trên	1/3 giữa	1/3 dưới	
≤ 2 tuổi	9 (7,3)	22 (17,9)	0 (0,0)	31 (25,2)

3- 6 tuổi	25 (20,3)	34 (27,6)	15 (12,2)	74 (60,2)
7-10 tuổi	3 (2,4)	12 (9,8)	1 (0,8)	16 (13,0)
>10 tuổi	2 (1,6)	0	0	2 (1,6)
Tổng	39(31,7)	68(55,3)	16(13,0)	123(100,0)

Nhận xét: Theo bảng kết quả 3.5, tỷ lệ về vị trí gãy xương cao nhất là 1/3 giữa và ở độ tuổi từ 3 đến 6 tuổi (27,6%). Tiếp đến, 20,3% trẻ từ 3 đến 6 tuổi gãy 1/3 trên xương đùi. Với độ tuổi nhỏ hơn 2, gãy ở vị trí 1/3 giữa xương đùi chiếm tỷ lệ cao nhất (17,9%). Từ 7 đến 10 tuổi thì gãy ở vị trí 1/3 giữa xương đùi chiếm tỷ lệ cao nhất (9,8%). Ở trẻ lớn hơn 10 tuổi, đa số là gãy ở vị trí 1/3 trên xương đùi.

Bảng 3.4. Phân loại theo hình thái gãy (n=123)

Phân loại theo hình thái gãy	N	%
Ngang	69	56,1
Chéo vát	51	41,5
Có mảnh rời	3	2,4
Tổng	123	100,0

Nhận xét: Về hình thái gãy, hình thái gãy ngang gặp nhiều nhất chiếm 56,1%, thấp hơn là chéo vát 41,5%.

3.2. Điều trị bảo tồn

Bảng 3.5. Số lần nắn chỉnh bó bột

Số lần nắn chỉnh bó bột	N	%
Một lần	113	91,8
Hai lần	5	4,1
Chuyển mổ	5	4,1
Tổng	123	100,0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân tiến hành nắn chỉnh bó bột một lần (91,8%), chỉ 4,1% bệnh nhân phải chuyển mổ.

Bảng 3.6. Thời gian thay bột lần đầu (n=118)

Thời gian thay bột	N	%
1 tuần	23	19,5
10 ngày	68	57,6
> 10 ngày	27	22,9
Tổng	118	100,0

Nhận xét: 57,6% bệnh nhân thay bột sau 10 ngày; 22,9% bệnh nhân thay bột sau hơn 10 ngày; 19,5% thay bột sau 7 ngày (1 tuần).

Bảng 3.7. Thời gian mang bột (n=118)

Thời gian tháo bột	N	%
Trung bình ± ĐLC	4,64 ± 1,49 tuần	
≤ 6 tuần	69	58,5
7- 8 tuần	40	33,9
> 8 tuần	9	7,6
Tổng	118	100,0

Nhận xét: Thời gian mang bột trung bình là **4,63 ± 1,49** tuần, phần lớn bệnh nhân tháo bột sau thời gian dưới 6 tuần (58,5%) và từ 7-8 tuần (33,9%).

Bảng 3.8. Thời gian tái khám sau tháo bột (n=118)

Thời gian tái khám sau khi tháo bột	N	%
<1 tháng	5	4,2
1-3 tháng	9	7,6
4 - 6 tháng	45	38,1
7 -12 tháng	56	47,5
>1 năm	3	2,5
Tổng	118	100,0

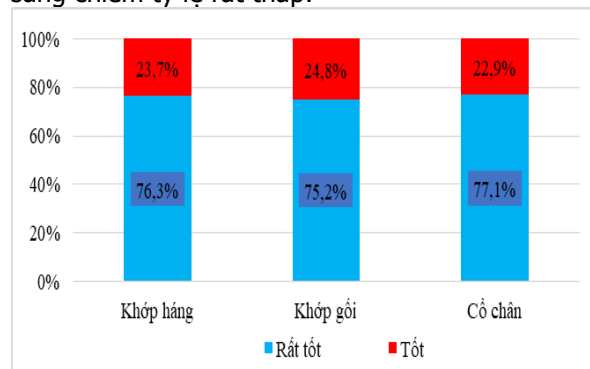
Nhận xét: Thời điểm nhóm nghiên cứu tiến hành tái khám cho bệnh nhân sau tháo bột từ 7-12 tháng (47,5%) và từ 4-6 tháng (38,1%).

3.3. Kết quả

Bảng 3.9. Kết quả liền xương trên X-quang (n=118)

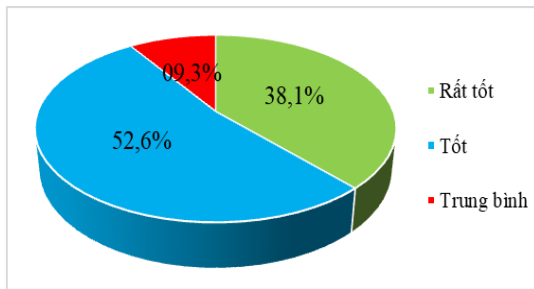
Kết quả liền xương trên X-quang	N	%
Cal xương chắc, đồng nhất	69	58,5
Cal xương nhưng còn khe sáng mờ	1	0,8
Cal xương không đồng nhất	4	3,4
Không có cal xương	0	0,0
Không còn khối cal xương, trục xương trở về bình thường (phục hồi hình thể xương)	44	37,3
Tổng	118	100,0

Nhận xét: Kết quả liền xương trên X-quang có 58,5% là cal xương chắc, đồng nhất; 37,3% trục xương trở về bình thường; còn lại là Cal xương mờ và Cal xương chắc nhưng còn khe sáng chiếm tỷ lệ rất thấp.



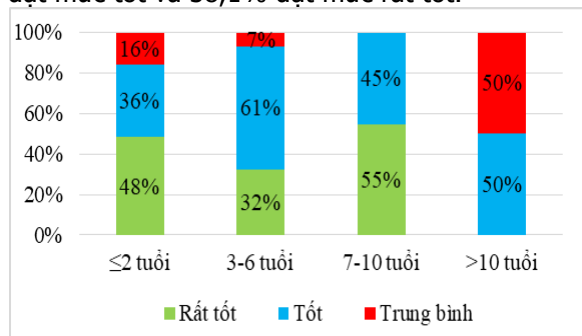
Biểu đồ 3.2. Tình trạng vận động bình thường các khớp (n=118)

Nhận xét: Tình trạng vận động của khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân sau điều trị bảo tồn đều đạt mức tốt và rất tốt. Trong đó, trên 75% đối tượng nghiên cứu có tình trạng vận động các khớp ở mức rất tốt.



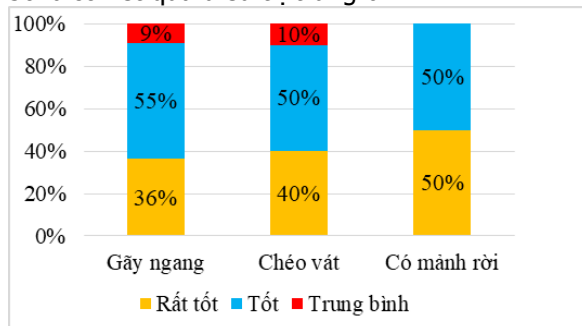
Biểu đồ 3.3. Kết quả điều trị chung sau bảo tồn (n=118)

Nhận xét: Sau điều trị bảo tồn, không có bệnh nhân nào có kết quả chung cuối cùng đạt mức kém, 52,6% bệnh nhân có kết quả điều trị đạt mức tốt và 38,1% đạt mức rất tốt.



Biểu đồ 3.4. Phân loại kết quả điều trị chung theo nhóm tuổi (n=118)

Nhận xét: Kết quả điều trị chung theo nhóm tuổi, ở nhóm nhỏ hơn hoặc bằng 2 tuổi, 84% trẻ có kết quả điều trị đạt mức tốt và rất tốt. Ở nhóm trẻ 3 đến 6 tuổi, đa số các bé có kết quả điều trị tốt và rất tốt (93%), 7% trẻ có kết quả điều trị trung bình. Ở nhóm trẻ từ 7 đến 10 tuổi, kết quả điều trị tốt hơn các nhóm còn lại, 45% các bé có kết quả điều trị phục hồi tốt. Ở nhóm trẻ lớn hơn 10 tuổi thì 50% có kết quả tốt và 50% có kết quả điều trị trung bình.



Biểu đồ 3.5. Phân loại kết quả điều trị chung theo hình thái gãy (n=118)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có kết quả điều trị phân loại theo hình thái gãy ở mức tốt và rất tốt. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị chung

c cuối cùng đạt mức trung bình chỉ chiếm 9% ở bệnh nhân gãy ngang và 10% ở bệnh nhân gãy chéo vát. 100% bệnh nhân gãy có mảnh rời có kết quả điều trị đạt mức tốt và rất tốt.

Bảng 3.10. Thay đổi chiều dài chi gãy sau điều trị bảo tồn (n=118)

Thay đổi chiều dài chi gãy	N	%
Bình thường	114	96,6
Ngắn chi 0,5 – 1cm	4	3,4

Nhận xét: 96,6% người bệnh không thay đổi chiều dài chi, chỉ 3,4% đối tượng nghiên cứu xuất hiện tình trạng ngắn chi 0,5-1cm. Không gặp biến chứng dài chi sau điều trị kéo nắn bó bột được đánh giá trong năm đầu tiên

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $4,34 \pm 2,38$ tuổi (Tuổi thấp nhất là 6 tháng tuổi, tuổi cao nhất là 12 tuổi). Kết quả nghiên cứu cho thấy, gãy xương đùi được điều trị bảo tồn chủ yếu xảy ra đối với trẻ từ 3 đến 6 tuổi (60,2%) và ít xảy ra đối với trẻ trên 10 tuổi. Gãy xương đùi là chấn thương khá thường gặp ở trẻ nhỏ. Tuy nhiên, do lá xương ít, chủ yếu là các tổ chức xơ và quá trình tạo cốt bào, hủy cốt bào khá nhanh chóng nên mau liền xương¹. Nghiên cứu tại Bệnh Viện Chợ Rẫy (2015) trên 49 trẻ em cho thấy, tỷ lệ trẻ gãy xương đùi là cao nhất trong tất cả các trường hợp gãy xương nhập viện từ 2013-2015, chiếm 30,6% với tỷ lệ lành xương đạt 43/49 ca². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Bùi Bích Vượng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2014) khi cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 4,78 tuổi³. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác tiến hành trên trẻ em cho thấy, trẻ từ 7-11 tuổi có tỷ lệ gãy xương đùi cao hơn các trẻ khác². Nghiên cứu của Yaron Sela (2013) tại Isreal tiến hành trên trẻ từ 0-16 tuổi, tuổi trung bình của bệnh nhi là 5 tuổi, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi⁴. Điều này có thể do chênh lệch về cơ mẫu và phương pháp điều trị áp dụng trên đối tượng nghiên cứu.

Tỷ lệ về vị trí gãy xương cao nhất là 1/3 giữa và 1/3 trên của trẻ thuộc nhóm tuổi từ 3 đến 6 tuổi (chiếm lần lượt 27,6% và 20,3%). Tiếp đến, gãy ở vị trí 1/3 giữa xương đùi đối với trẻ từ 2 tuổi trở xuống, chiếm 17,9%, chung cho nhóm đối tượng nghiên cứu thì vị trí gãy 1/3 giữa gặp nhiều nhất (55,3%). Nghiên cứu của Đỗ Quang Trường (2001) cũng thấy gãy 1/3 giữa gặp cao nhất chiếm 67,7%, gãy 1/3 trên gặp 27,3%, gãy 1/3 dưới gặp 5%⁵. Thou Vathaknak (2015)

trong nghiên cứu của mình quan sát thấy gãy 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 54,2%, gãy 1/3 trên gấp 20,4%, gãy 1/3 dưới là 25,4%⁶.

Trẻ bị gãy xương ở giới nam cao hơn giới nữ, nam: nữ xấp xỉ 2,8:1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Trung tâm y tế Sheba, Israel (2013) tiến hành hồi cứu dựa trên 212 hồ sơ bệnh án của tất cả bệnh nhi điều trị gãy xương đùi. Kết quả cho thấy, tỷ lệ trẻ nam: nữ là 2,4:1⁴. Nghiên cứu về đánh giá kết quả nắn gãy xương kín ở trẻ em dưới 16 tuổi của Nguyễn Hữu Phước tại Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2013-2015 cũng cho thấy trẻ nam bị gãy xương nhiều so với trẻ nữ với tỷ số nam: nữ là 2,5:1². Nguyễn Thanh Sơn (2004) khi nhận xét kết quả điều trị gãy xương đùi ở trẻ em bằng phương pháp kéo nắn bó bột trên bàn chỉnh hình tại khoa ngoại chấn thương Bệnh viện trẻ em Hải Phòng thấy ở trẻ nam chiếm 81%, ở trẻ nữ chiếm 19%⁸. Điều này có thể được giải thích là do tính cách hay đùa nghịch, tò mò, hiếu động, hay chạy nhảy của trẻ nam nên dễ xảy ra tai nạn.

Tỷ lệ trẻ gãy xương bên trái (53,7%) gấp nhiều hơn bên phải (46,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Thịnh (2009). Nghiên cứu của Yaron Sela (2013) cũng thấy trẻ bị gãy chân trái (54%) nhiều hơn chân bên phải (46%)⁴. Những trẻ từ 3 tuổi trở lên có tỷ lệ gãy xương đùi bên trái cao hơn. Đặc biệt, những trẻ từ 10 tuổi trở lên chỉ gặp chấn thương bên trái. Tỷ lệ trẻ bị chấn thương đùi trái cao hơn đùi phải ở cả hai giới. Trên 40% trẻ nam và gần 14% trẻ nữ có tổn thương 1/3 giữa. Điều này có thể được giải thích là do chân trái là chân không thuận, cơ lực yếu nên khi ngã hoặc xảy ra va chạm dễ gãy hơn. Thêm vào đó, trẻ trai thường hiếu động hơn và thường tham gia các hoạt động thể lực nhiều hơn nên có nguy cơ gãy xương đùi cao hơn trẻ nữ.

4.2. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng kết quả nắn chỉnh ổ gãy kiểm tra sau bó bột thì đầu phần lớn ở mức tốt (63,4%) và rất tốt (24,4%), chỉ 12,2% bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh đạt mức trung bình. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Thou vathknak nghiên cứu về kết quả điều trị phẫu thuật gãy thân xương đùi bằng nẹp vít. Nghiên cứu này chỉ ra 67,79% bệnh nhân có kết quả điều trị rất tốt, kết quả điều trị trung bình cũng thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi⁶. Điều này có thể giải thích rằng sự khác biệt giữa hai kết quả điều trị của hai phương pháp điều trị. Bên cạnh đó, thì hiệu quả trong phương pháp điều trị và chi phí của điều trị

bảo tồn lại khá tốt, ít biến chứng và an toàn dành cho trẻ từ 4 tuổi đến 10 tuổi.

Kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng bó bột sau 24h ở mức tốt đạt trên 97%, chỉ 2,4% bệnh nhân lỏng bột. Gần 60% bệnh nhân thay bột sau 10 ngày. Thời gian tháo bột trung bình là $4,63 \pm 1,49$ tuần, kết quả này lại thấp hơn so với nghiên cứu năm 2001 của Casas J ở Mỹ, chỉ ra thời gian tháo bột trung bình là 21 ngày. Sự khác biệt này có thể giải thích do mức độ bệnh của đối tượng nghiên cứu là khác nhau. Nghiên cứu kết quả điều trị gãy xương đùi ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức (2014) của Bùi Bích Vương, quan sát trên 55 trẻ có tuổi trung bình 4,78 tuổi thấy thời gian bó bột trung bình là 6,3 tuần³.

Trong kết quả của chúng tôi, bệnh nhân được tiến hành đánh giá qua tái khám sau tháo bột từ 1 đến 12 tháng (sau điều trị bảo tồn trong năm đầu tiên), đây là khoảng thời gian mà việc lựa chọn phương pháp điều trị sẽ có tác động lớn nhất đến kết quả của phương pháp điều trị⁹, trong đó từ 7 - 12 tháng (45,5%) và từ 4 - 6 tháng (40,7%). Kết quả này giống với nghiên cứu về phương pháp điều trị bằng nẹp vít, bệnh nhân cũng phải đến khám lại sau 3 đến 6 tháng sau khi điều trị. Nhưng ở đây, nghiên cứu của chúng tôi cũng có thời gian khám lại dài hơn. Điều này có thể giải thích là bởi phương pháp điều trị bảo tồn để thấy được hiệu quả rõ rệt thì cần phải theo dõi đánh giá ở thời gian dài hơn, do quá trình tự bình chỉnh của xương gãy được diễn ra mạnh nhất trong 1-2 năm đầu và thường kết thúc sau khoảng 5-6 năm.

Biến chứng sớm tương đối ít gặp ở các bệnh nhân, chỉ 15 bệnh nhân có biến chứng sớm gặp ở đối tượng nghiên cứu chiếm 12,7%, trong đó viêm da tiếp xúc 7 bệnh nhân (5,93%), di lệch thứ phát 6 bệnh nhân (5,1%) và xuất hiện cả hai biến chứng vừa viêm da do tiếp xúc vừa di lệch thứ phát 2 bệnh nhân chiếm 1,7%. Các trường hợp viêm da tiếp xúc trong nghiên cứu này đều gặp ở vị trí da vùng gót chân do lớp đệm lót trong bột quá mỏng, dẫn đến tiếp xúc cọ sát gây viêm trợt da vùng tiếp xúc với bột bó chặt. Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng viêm da tiếp xúc trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Yaron Sela (2013) cũng gặp biến chứng này với tỷ lệ 6,6%. Các bệnh nhân bị di lệch thứ phát sau bó bột trong nghiên cứu của chúng tôi có liên quan đến lỏng bột ngay sau bó bột 24 giờ đầu hoặc lỏng bột sau khi thay bột lần đầu.

Kết quả liền xương trên X-quang chiếm 58,3% là cal xương chắc, 36,7% xương liền tốt

x-quang thẳng trục như bình thường, còn lại là Cal xương mờ và Cal xương chắc nhưng còn khe sáng. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Thou Vathaknak (2015) ở cal xương chắc nhưng còn khe sáng và cal xương mờ, nhưng khác ở kết quả X-quang thẳng trục là 100% lớn hơn kết quả của chúng tôi là 36,7%⁶. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sơn và cộng sự (2004) quan sát trên 237 bệnh nhân từ 0 – 15 tuổi bị gãy kín thân xương đùi được điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thấy rằng: 79% xương liền tốt sau 2 tháng bó bột⁸. Điều này, có thể giải thích là do hiệu quả điều trị giữa phương pháp bảo tồn và phương pháp nẹp vít là khác nhau, thời điểm đánh giá sau điều trị cũng khác nhau. Trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thịnh 2009, 100% các trường hợp được khám lại đều liền xương (38/38 bệnh nhân), có 8/38 (chiếm 21,1%) xương xù to, không có trường hợp nào khớp giả hay chậm liền. Tất cả các trường hợp X-quang sau mổ đều đạt yêu cầu và thẳng trục⁹.

Kết quả PHCN sau điều trị bảo tồn theo tiêu chuẩn của Ter-Schiphorst. Kết quả theo Đánh giá theo tiêu chuẩn của Ter-Schiphorst cho thấy, không có bệnh nhân nào có kết quả PHCN sau điều trị bảo tồn tại thời điểm đánh giá đạt mức kém, chiếm phần lớn đạt mức tốt (53,4%) và rất tốt (37,3%). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của Thou Vathaknak, kết quả cho thấy đa số bệnh nhân có tỷ lệ PHCN là tốt và rất tốt chiếm 96,6%. Chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 3,4% có kết quả PHCN trung bình⁶. Trong nghiên cứu của Bùi Bích Vương thì kết quả PHCN theo tiêu chuẩn của Ter-Schiphorst có 92,7% đạt kết quả rất tốt và 7,3% đạt kết quả tốt³. Điều này có thể giải thích do khác nhau về thời điểm đánh giá sau điều trị, nghiên cứu của chúng tôi đánh giá ở thời điểm sau điều trị bảo tồn từ 1 đến 12 tháng, khác với các nghiên cứu khác tiến hành đánh giá ở một thời điểm sau 6 tháng, mặt khác có trường hợp bệnh nhân có tổn thương sọ não hoặc các tổn thương phối hợp kèm theo, phải bó bột sau mổ và nằm bất động lâu, khó khăn trong việc tập PHCN.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, sau điều trị bảo tồn, không có bệnh nhân nào có kết quả chung cuối cùng đạt mức kém. Cụ thể, 52,6% bệnh nhân có kết quả điều trị đạt mức tốt và 38,1% đạt mức rất tốt, chỉ có 9,3% có kết quả chung ở mức trung bình. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu Thou Vathaknak chỉ ra 84,7% bệnh nhân phục hồi

chức năng rất tốt sau mổ, tỷ lệ PHCN tốt là 11,9%. Chỉ có 3,4% có kết quả PHCN trung bình. Không có bệnh nhân có kết quả PHCN kém⁶. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sơn và cộng sự thực hiện tại bệnh viện trẻ em – Hải Phòng có 79% xương liền tốt sau 2 tháng bó bột⁸. Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn cao hơn Song Hae Rong⁷. Có thể giải thích là do các bệnh nhân sử dụng kỹ thuật nắn tốt hơn trong điều kiện bệnh nhân được gây mê và đội ngũ nhân lực được đào tạo chuyên nghiệp, trong bối cảnh ngày nay công nghệ thông tin phát triển vượt bậc giúp kết nối giữa bệnh nhân và thầy thuốc được thường xuyên, dễ dàng tư vấn hướng dẫn và giám sát hỗ trợ người bệnh nên kết quả điều trị rất tốt ngày càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Mạnh Sơn (2013).** Gãy thân xương đùi. Kỹ thuật điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2013:162-167.
- Nguyễn Hữu Phước.** Đánh giá kết quả nắn gãy xương kín, bất động bằng băng bột và khả năng liền xương tự chính củ gãy xương trẻ em. Health & Medicine. 2015; **4(1)**, 16–21.
- Bùi Bích Vương, Phạm Văn Tuấn và cộng sự.** Nhận xét kết quả điều trị bảo tồn gãy xương đùi ở trẻ em (tại khoa khám xương và điều trị ngoại trú bệnh viện Việt Đức). Kỷ yếu Hội nghị khoa học thường niên viên chấn thương chỉnh hình lần thứ 3, tháng 10/2014 presented at the: 2014; Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
- Sela Y, Hershkovich O, Sher-Lurie N, Schindler A, Givon U.** Pediatric femoral shaft fractures: treatment strategies according to age--13 years of experience in one medical center. J Orthop Surg. 2013;**8**:23.
- Đỗ Quang Trường.** Nghiên cứu điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em từ 5-15 tuổi do chấn thương bằng kết hợp xương tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2002.
- Thou Vathaknak.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy thân xương đùi trẻ em bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2011-2015. Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội 2015.
- Song H-R, Oh C-W, Shin H-D, et al.** Treatment of femoral shaft fractures in young children: comparison between conservative treatment and retrograde flexible nailing. J Pediatr Orthop Part B. 2004; **13(4)**: 275-280.
- Nguyễn Thanh Sơn, Lê Đình Hanh, Phạm Văn Yên và cộng sự.** Nhận xét kết quả điều trị gãy xương đùi ở trẻ em bằng phương pháp kéo nắn bó bột trên bàn chỉnh hình tại khoa ngoại chấn thương Bệnh viện trẻ em Hải Phòng 1997-2001. Tạp Chí Học Việt Nam. Chuyên đề Chỉnh hình nhi khoa tháng 3/2004:28-33. 2004.