

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN MẤT GẤP KHUYU ĐƯỢC PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN THEO PHƯƠNG PHÁP STEINDLER

Trần Duy Hưng*, Nguyễn Tiến Bình**, Vũ Nhất Định***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân mất gấp khuỷu được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Steindler. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 90 BN điều trị phục hồi gấp khuỷu bằng phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Steindler tại Viện Chấn thương - Chính hình Quân đội, Bệnh viện TƯQĐ 108, tất cả các bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu. Đánh giá đặc điểm chung của bệnh nhân về tuổi, giới, nguyên nhân và cơ chế tổn thương, đặc điểm tổn thương thần kinh vận động, sức cơ gấp khuỷu trước phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $31,3 \pm 11,4$ tuổi, tổn thương mất gấp khuỷu chủ yếu xảy ra ở nam giới. Nguyên nhân gây mất gấp khớp khuỷu hay gấp nhất là do tổn thương TK vận động làm mất chức năng cơ nhị đầu và cánh tay trước do tai nạn giao thông (84,4%), cơ chế chính của tổn thương là do chấn thương gây căng dẫn (94,4%). Tổn thương chủ yếu xảy ra bên trái (55,6%), tổn thương thần kinh được phát hiện bằng phương pháp khám lâm sàng đơn thuần là chính (90%), tổn thương chính là tổn thương loại II (70,0%). Trước khi được phẫu thuật sức cơ gấp khuỷu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là sức cơ M0 (87,7%). **Kết luận:** Tổn thương gấp khuỷu xảy ra chủ yếu ở nam giới, ở độ tuổi lao động, nguyên nhân chính gây mất gấp khuỷu là tai nạn giao thông do cơ chế chấn thương gây căng dẫn. Phát hiện tổn thương mất gấp khuỷu chủ yếu bằng khám lâm sàng, trước khi được phẫu thuật phần lớn các bệnh nhân đều liệt hoàn toàn gấp khuỷu.

Từ khóa: Mất gấp khuỷu, phẫu thuật chuyển gân, phương pháp Steindler

SUMMARY

SOME CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH LOSS OF ELBOW FLEXION WHO UNDERWENT TENDON TRANSFER SURGERY BY STEINDLER FLEXORPLASTY

Objectives: To study some clinical characteristics in patients with loss of elbow flexion who underwent tendon transfer surgery by Steindler Flexorplasty. **Subjects and methods:** All patients were fully satisfied, including 90 patients recovering elbow flexion by Steindler Flexorplasty at Military Institute of Trauma and Orthopedics, 108 Central Military Hospital.

*Cục Quân Y

**Hoc viện Quân Y

***Bệnh viện 103, HVQY

Chịu trách nhiệm chính: Trần Duy Hưng

Email: bshungcq@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 8/11/2021

Ngày duyệt bài: 15/11/2021

research profile. Assess the general characteristics of the patient in terms of age, gender, cause and mechanism of injury, characteristics of motor nerve damage, the strength of elbow flexor before surgery. **Results:** The average age of the study patients was 31.3 ± 11.4 years old, the damage of elbow flexion mainly occurred in men. The most common cause of loss of elbow flexion is damage to the motor nerve causing loss of function of the biceps and forearms due to traffic accidents (84.4%); the main mechanism of injury was trauma, causing stretch (94.4%). Lesions mainly occur on the left side (55.6%), nerve damage detected by clinical examination alone was the main (90%), the main lesion was type II lesions (70.0%). Before surgery, the strength of the elbow flexor muscle of the study group was mainly M0 (87.7%). **Conclusion:** Elbow flexion injury occurs mainly in men of working age; the main cause of loss of elbow flexion was traffic accidents due to the mechanism of injury-causing stretch. Detecting loss of elbow flexion injury mainly by clinical examination, most patients were completely paralyzed before surgery.

Keywords: Loss of elbow flexion, tendon transfer surgery, Steindler Flexorplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp khuỷu mất gấp là biểu hiện bệnh nhân không thể gấp chủ động cẳng tay vào cánh tay được. Đây là một tổn thương nặng nề về mặt chức năng, thẩm mỹ và tâm lý; tác động lớn đến chất lượng sống của người bệnh [1], [2]. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến mất gấp khớp khuỷu như: Tổn thương gân cơ (đứt gân, cơ nhị đầu, cơ cánh tay trước); tổn thương tại khớp khuỷu (viêm khớp, chấn thương khớp...) gây di chứng cứng duỗi khớp khuỷu; tổn thương thần kinh cơ bì, dây thần kinh lớn của đám rối thần kinh cánh tay (TKCT) chi phối vận động cơ nhị đầu, cơ cánh tay trước gây liệt gấp khuỷu là nguyên nhân hay gặp hàng đầu.

Phẫu thuật Steindler là phẫu thuật chuyển điểm bám khởi cơ trên ròng rọc lên cánh tay nhằm phục hồi chức năng gấp khuỷu. Kỹ thuật được Steindler thực hiện và mô tả lần đầu tiên từ năm 1918, sau đó được được nhiều phẫu thuật viên trên thế giới ứng dụng và cải tiến nhằm khắc phục các hạn chế của kỹ thuật. Tại Việt Nam, một số bệnh viện lớn của quân đội như Bệnh viện TƯQĐ 108; Bệnh viện quân y 103 đã thực hiện phẫu thuật Steindler từ năm 2000.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, trong đó có những yếu tố cơ bản (tổn thương TK nặng, phức tạp; bệnh lý toàn thân;

niễm trùng sau mổ...); có những yếu tố đặc thù liên quan đến chỉ định, kỹ thuật thực hiện, phương pháp điều trị phục hồi chức năng (PHCN) sau mổ. Để nâng cao kết quả điều trị, giảm thiểu nhược điểm, tai biến, biến chứng cần nghiên cứu đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân mất gấp khuỷu được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Steindler.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 90 BN điều trị phục hồi gấp khuỷu bằng phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Steindler tại Viện Chấn thương-Chỉnh hình Quân đội, Bệnh viện TỰQĐ 108. Trong đó có 54 BN được kiểm tra đánh giá kết quả xa dựa theo các tiêu chuẩn của Alnot và Abols (1984) [3]; kiểm tra, phân tích các yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

*Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những BN bị mất hoặc hạn chế gấp khuỷu (sức cơ gấp M0-M2) được chẩn đoán do tổn thương thần kinh vận động; điều trị phục hồi gấp khuỷu bằng phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Steindler tại Viện Chấn thương - Chỉnh hình Quân đội, Bệnh viện TỰQĐ 108.

- Hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ.
- Thực hiện cùng quy trình phẫu thuật.
- Tham gia đầy đủ các bước trong quy trình kiểm tra đánh giá.

*Tiêu chuẩn loại trừ

+ Hồ sơ bệnh án hư hỏng, không đầy đủ thông tin.
+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin liên lạc; sai lệch địa chỉ; không liên lạc được.
+ BN không hợp tác.
+ Tham gia không đầy đủ các bước kiểm tra, đánh giá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp hồi cứu và mô tả cắt ngang không đối chứng những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

*Đặc điểm chung:

+ Tuổi.
+ Giới.

*Nguyên nhân và cơ chế gây tổn thương

+ Nguyên nhân tổn thương.
+ Cơ chế gây tổn thương.
* Tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật
+ Đặc điểm tổn thương TK vận động chi trên.
+ Sức cơ gấp khuỷu trước phẫu thuật.

2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu sau thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Execl 2016 và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ, đồ thị.

Các biến định tính mô tả bằng phân bố tần suất (n), tỉ lệ (%) với biến định lượng mô tả; trung bình (Mean), độ lệch chuẩn (Std. Deviation), giá trị nhỏ nhất (Minimum), giá trị lớn nhất (Maximum).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có 90 BN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, chúng tôi rút ra một số kết quả nghiên cứu như sau:

Tuổi trung bình của BN tại thời điểm vào viện phẫu thuật là $31,3 \pm 11,4$ tuổi. BN tuổi thấp nhất là 11 tuổi, BN tuổi cao nhất là 59 tuổi. Mất gấp khuỷu gấp chủ yếu ở nam giới, tỷ lệ BN nam giới bị mất gấp khuỷu (94,4%) cao hơn tỷ lệ BN nữ giới bị mất gấp khuỷu (5,6%).

3.1. Nguyên nhân và cơ chế tổn thương

*Nguyên nhân tổn thương

Bảng 1. Nguyên nhân gây tổn thương thần kinh vận động (n=90)

| Nguyên nhân | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------|--------------|--------------|
| TNGT | 76 | 84,4 |
| TN khác | 12 | 13,3 |
| DC bại liệt | 2 | 2,2 |
| Không rõ | 0 | 0,0 |
| Cộng | 90 | 100,0 |

Nhận xét: Kết quả tại bảng 3.2 cho thấy: Nguyên nhân tổn thương TK vận động do tai nạn giao thông gây mất gấp khuỷu chiếm tỷ lệ rất lớn (76 BN chiếm 84,4%).

***Cơ chế gây tổn thương.** Có nhiều cơ chế gây tổn thương TK vận động làm mất gấp khuỷu. Trong đó, ba cơ chế chính là chấn thương gây căng dẫn, vết thương và bệnh lý. Số lượng từng loại cơ chế gây tổn thương như sau:

Bảng 2. Cơ chế tổn thương (n= 90)

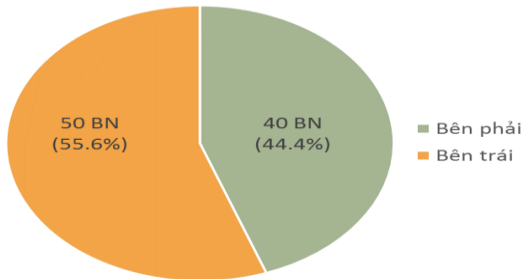
| Cơ chế | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--------------|--------------|
| Chấn thương gây căng dẫn | 85 | 94,4 |
| Vết thương | 3 | 3,3 |
| Bệnh lý | 2 | 2,2 |
| Không rõ | 0,0 | 0,0 |
| Cộng | 90 | 100,0 |

Nhận xét: Cơ chế gây tổn thương thần kinh vận động dẫn đến mất gấp khuỷu có 2 cơ chế chính là chấn thương gây căng dẫn và vết thương. Trong đó, tổn thương do căng dẫn

(85/90 BN chiếm 94,4%) lớn hơn nhiều lần tổn thương do vết thương (03/90 BN chiếm 3,3%). Có 02 trường hợp là do di chứng bại liệt.

3.2. Đặc điểm tổn thương TK vận động.

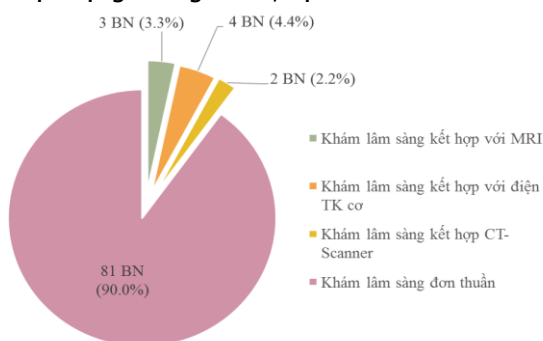
Tất cả 90 BN (100%) bị tổn thương một bên, không có BN tổn thương 2 bên. Trong đó phân bố từng bên như sau:



Biểu đồ 1. Phân bố tổn thương (n=90)

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương bên phải (40 BN chiếm 44,4%) thấp hơn bên trái (50 BN chiếm 55,6%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Tuy nhiên sẽ có khác biệt lớn về ảnh hưởng chức năng đối với BN.

***Phương pháp xác định tổn thương thần kinh vận động (n=90).** Để xác định chính xác mức độ tổn thương TK vận động trước mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Trang thiết bị y tế; kinh nghiệm của thầy thuốc; nguyện vọng, kinh tế của người bệnh... Giá trị chẩn đoán của các phương tiện kỹ thuật cao như CT-Scanner; MRI; Điện TK cơ trong tổn thương TK vận động là rất cao. Những năm trước đây do trang thiết bị chưa đủ; chi phí xét nghiệm cao nên hầu hết BN được xác định mức độ tổn thương TK vận động bằng khám lâm sàng. Số BN được thực hiện các kỹ thuật cao để chẩn đoán vị trí, mức độ tổn thương TK vận động không nhiều, cụ thể như sau:



Biểu đồ 2. Phương pháp xác định tổn thương (n=90)

Nhận xét: - Hầu hết các BN trong nghiên cứu được xác định tổn thương qua thăm khám lâm sàng (81 BN (90%));

- Số lượng BN được xác định tổn thương bằng khám lâm sàng kết hợp với các xét nghiệm kỹ thuật cao như MRI, điện TK cơ; CT-Scanner không lớn (09 BN chiếm 10%).

***Đặc điểm tổn thương thần kinh vận động (n=90)**

Căn cứ vào thông tin thu thập được qua hồ sơ bệnh án, đặc điểm tổn thương TK vận động được chia làm 3 nhóm:

- Mất gấp khuỷu đơn thuần (loại I).
- Mất gấp khuỷu kèm theo mất dạng vai (loại II).
- Mất gấp khuỷu, mất dạng vai kèm theo các tổn thương thần kinh vận động khác (loại III).

Kết quả nghiên cứu về số lượng từng loại như sau:

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương thần kinh vận động (n= 90)

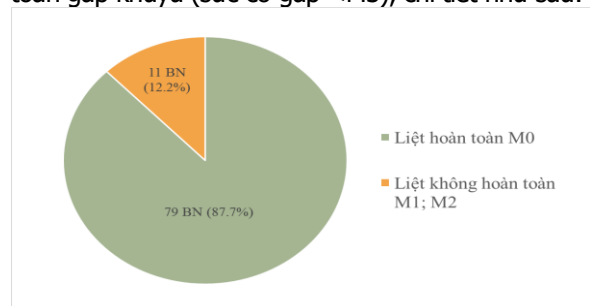
| Đặc điểm tổn thương | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|--------------|--------------|
| Loại I | 5 | 5,6 |
| Loại II | 63 | 70,0 |
| Loại III | 22 | 24,4 |
| Không tổn thương TK cơ bì | 0 | 0 |
| Cộng | 90 | 100,0 |

Nhận xét: - Số lượng BN bị tổn thương gây mất gấp khuỷu đơn thuần (Loại I) là loại tổn thương đơn giản nhất; BN bị tổn thương TK cơ bì đơn độc rất thấp (05 BN=5,6%).

- Trong tổn thương vùng đám rối thần kinh cánh tay mất gấp khuỷu thường đi cùng với mất dạng vai (loại II). Những BN này bị tổn thương TK cơ bì song hành với tổn thương TK mũ (xuất phát từ C5, C6). Kết quả bảng trên cho thấy tại thời điểm phẫu thuật Steindler có 85 BN=94,4% bị 2 di chứng này cùng nhau. Trong số đó có 22 BN=24,4% bị mất gấp khuỷu, dạng vai kèm theo có biểu hiện tổn thương các TK khác như một phần dây quay hoặc dây TK giữa.

3.3. Sức cơ gấp khuỷu trước phẫu thuật.

Tất cả các BN được chỉ định thực hiện phẫu thuật Steindler là do bị mất một phần hoặc hoàn toàn gấp khuỷu (sức cơ gấp <M3), chi tiết như sau:



Biểu đồ 3. Sức cơ gấp khuỷu trước phẫu thuật (n=90).

Nhận xét: - Liệt hoàn toàn gấp khuỷu, sức cơ M0 chiếm tỷ lệ lớn (79 BN=87,8%).

- Số BN liệt không hoàn toàn, sức cơ M1, M2 chiếm tỷ lệ nhỏ (11 BN=12,2%).

Sự khác biệt giữa nhóm BN liệt hoàn toàn (sức cơ M0) và nhóm BN liệt không hoàn toàn (sức cơ M1, M2) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Mất gấp khuỷu chủ yếu xảy ra ở người trẻ tuổi. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 90 BN có tuổi đời từ 11 đến 59. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $31,3 \pm 11,4$. Trong đó, nhóm tuổi từ 18-50 chiếm tỷ lệ 82,2%. Kết quả này không khác biệt lớn với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như: Oliver Rühmann (2002) tuổi đời trung bình BN mất gấp khuỷu là 35. Trong đó, thấp nhất là 22 tuổi, cao nhất là 56 tuổi [4]. Ricardo Monreal (2007) có tuổi trung bình 27,2. Trong đó, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 52 tuổi [5]. Arvin R. Wali (2017) là từ 25-29 tuổi [1].

Mất gấp khuỷu chủ yếu gặp ở nam giới (94,4%). Kết quả này không khác biệt lớn với Ricardo Monreal (2007) nam giới chiếm tỷ lệ 10/12 BN (83,3%) [5]; Oliver Rühmann (2002) báo cáo số liệu nghiên cứu với 09 BN thì nam giới chiếm tỷ lệ 100% [4]. Các tác giả khác cũng có kết luận tương tự. Như vậy không có sự khác biệt giữa kết quả của chúng tôi và các tác giả khác trên thế giới. Đây là lứa tuổi và giới tính tham gia giao thông nhiều, cường độ lao động và hoạt động thể thao lớn. Do vậy, tỷ lệ tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao... ở nhóm tuổi và giới tính này cao hơn.

Nguyên nhân gây mất, hạn chế gấp khuỷu có thể do tổn thương TK vận động; tổn thương các tổ chức tham gia thực hiện động tác gấp khuỷu như cơ nhị đầu và cánh tay trước; xương cánh tay, xương quay, xương trụ; các thành phần tạo nên khớp khuỷu... Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp mất hoặc hạn chế gấp khuỷu ngoài tổn thương TK vận động. Có 2 nguyên nhân chính dẫn đến tổn thương TK vận động vùng đám rối thần kinh cánh tay là chấn thương và bệnh lý (thường là bại liệt). Theo nhiều tác giả, trước đây mất gấp khuỷu do di chứng bệnh bại liệt chiếm tỷ lệ không nhỏ. Ngày nay, do bệnh bại liệt cơ bản đã được thanh toán nên di chứng bại liệt rất ít gặp. Trong số liệu của chúng tôi chỉ có 02 BN chiếm 2,2% mất gấp khuỷu là di chứng bệnh bại liệt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 84,4%. Tất cả đều là tai

nạn xe máy 2 bánh. Nguyên nhân tổn thương từ các tai nạn khác như: tai nạn điều trị, lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao... có tỷ lệ thấp (12 BN chiếm 13,3%).

Về đặc điểm tổn thương TK vận động, tất cả BN trong nghiên cứu này bị tổn thương một bên (100%). Trong đó bên phải là 40 BN (44,4%); bên trái là 50 BN (55,6%). Theo Akira Wiberg, thành viên Hội đồng nghiên cứu y khoa tại Đại học Oxford có khoảng 90% dân số toàn cầu thuận tay phải [6]. Do đó, tổn thương bên phải chức năng lao động, sinh hoạt sẽ ảnh hưởng nặng nề hơn bên trái. Mất gấp khuỷu ít khi xảy ra đơn độc. Điều này chỉ xảy ra khi tổn thương tại thân thần kinh cơ bì hoặc tổn thương gân cơ nhị đầu, cơ cánh tay trước đơn thuần. Mất gấp khuỷu thường xuyên kết hợp cùng mất dạng vai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 85 BN chiếm 94,4% bị cả 2 di chứng này. Trong số này có 22 BN (24,4%) bị mất gấp khuỷu, dạng vai kèm theo có biểu hiện tổn thương các TK khác như một phần dây quay hoặc dây TK giữa. Những trường hợp tổn thương TK vận động nặng và phức tạp. Thực tế qua khai thác bệnh sử cho thấy ngay sau khi bị tai nạn, tất cả BN có triệu chứng mất gấp khuỷu kèm theo mất dạng vai. Sau đó, có 05 BN phục hồi dạng vai. Theo kết quả nghiên cứu của Oliver Rühmann (2002) thì 100% BN bị mất gấp khuỷu kèm theo mất dạng vai [4]. Như vậy không có sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác.

Về sức cơ gấp khuỷu trước phẫu thuật, phần lớn BN (79 BN chiếm 87,7%) trước mổ trong tình trạng mất gấp khuỷu hoàn toàn (sức cơ gấp M0) điều này cũng có nghĩa cơ nhị đầu và cánh tay trước trong tình trạng liệt hoàn toàn. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả các nghiên cứu của Brunelli GA, Vigasiol A, Brunelli GR (1995). Rühmann O, Schmolke S, Gosse F, Wirth CJ (2002). Monreal R (2007) [4] [5] [7]. Theo Kettelkamp và Larson (1963), kết quả phục hồi sức cơ sau mổ không phụ thuộc vào sức cơ trước mổ. Không có sự tương ứng về tỷ lệ giữa sức cơ gấp khuỷu trước mổ và sau mổ. Sức cơ gấp khuỷu sau mổ chỉ phụ thuộc vào sức cơ khối trên rỗng rọc. Trong đó quan trọng nhất là cơ trụ trước và cơ gan tay lớn [8]. Do vậy, tỷ lệ lớn hay nhỏ BN có sức cơ M0 trước mổ sẽ không ảnh hưởng lớn đến kết quả sức cơ gấp khuỷu sau mổ. Đối với những BN liệt không hoàn toàn (sức cơ M1, M2) có thể hy vọng nâng sức cơ bằng các biện pháp điều trị vật lý, phục hồi chức năng. Nếu không có kết quả, chỉ định chuyển gân mới

được đặt ra. Các BN liệt gấp khuỷu không hoàn toàn có 11 BN (12,2%) đã được điều trị vật lý, phục hồi chức năng trên 12 tháng nhưng sức cơ không cải thiện hơn nên đã được chỉ định phẫu thuật Steindler.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm tổn thương trên lâm sàng của những bệnh nhân mất gấp khuỷu, chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $31,3 \pm 11,4$ tuổi, tổn thương mất gấp khuỷu chủ yếu xảy ra ở nam giới. Nguyên nhân gây mất gấp khớp khuỷu hay gặp nhất là do tổn thương TK vận động làm mất chức năng cơ nhị đầu và cánh tay trước do tai nạn giao thông, cơ chế chính của tổn thương là do chấn thương gây căng dẫn. Tổn thương chủ yếu xảy ra bên trái, tổn thương thần kinh được phát hiện bằng phương pháp khám lâm sàng đơn thuần là chính (90%), tổn thương chính là tổn thương loại II (70,0%). Trước khi được phẫu thuật sức cơ gấp khuỷu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là sức cơ M0 (87,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arvin R. Wali, David R. Santiago-Dieppa, Justin M. Brown and Ross Mandeville (2017)** "Nerve transfer versus muscle transfer to restore

elbow flexion after pan-brachial plexus injury: a cost-effectiveness analysis", *Neurosurg Focus*, Volume 43, pp. 1-2.

2. **T. J. Quick, A. K. Singh, M. Fox, M. Sinisi, A. MacQuillan (2016)** "A quantitative assessment of the functional recovery of flexion of the elbow after nerve transfer in patients with a brachial plexus injury", *Bone Joint J*, 98-B, pp. 517.
3. **Alnot JY, Abols Y (1984)**, "Reanimation de la flexion du coude par transferts tendineux dans les paralysies du plexus brachial de l'adulte", *Rev Chir Orthop*, pp. 313-323.
4. **Rühmann O, Schmolke S, Gosse F, Wirth CJ (2002)**, "Transposition of local muscles to restore elbow flexion in brachial plexus palsy", *Injury*, pp. 597-609.
5. **Monreal R (2007)**, "Steindler Flexorplasty to restore elbow flexion in C5-C6-C7 brachial plexus palsy type", *J of brachial plexus and peripheral nerve injury*, Pages 1-12.
6. **Akira Wiberg, Michael Ng, Yasser Al Omran, Fidel Alfaro-Almagro, Pual McCathy, Jonathan Marchini, David L. Bennett, Stephen Smith, Gwenaëlle Douaud and Dominic Furniss (2019)** "Handedness, language areas and neuropsychiatric diseases: insights from brain imaging and genetics". *J Brain*, pp. 2938.
7. **Brunelli GA, Vigasiol A, Brunelli GR (1995)**, "Modified Steindler procedure for elbow flexion restoration", *J Hand Surg (16-A)*, pp. 743-746.
8. **Brunelli GA, Brunelli GR (1991)**, "A fourth type of brachial plexus lesion: The intermediate (C7) palsy", *J Hand Surg (16-B)*, pp. 492-495.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI VỀ PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS CỦA NGƯỜI DÂN 15-49 TUỔI TẠI TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2020.

Nguyễn Thu Hà*, Lê Văn Thêm**,
Phạm Thị Nhuyên***, Trần Như Nguyên***, Phí Thị Nguyệt Thanh***,
Đinh Ngọc Sỹ***, Nguyễn Đức Sơn***, Nguyễn Thu Hà***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và hành vi của người dân trong độ tuổi 15-49 về phòng chống HIV/AIDS tại tỉnh Hải Dương năm 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 408 người dân trong độ tuổi từ 15- 49 hiện có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Hải Dương năm 2020. **Kết quả và kết luận:** Đánh giá thực trạng kiến thức về HIV/AIDS: Hầu hết

(85,2%) cho rằng đó là virus gây suy giảm miễn dịch ở người; Là bệnh truyền nhiễm (9,5%) và là tệ nạn xã hội (4,1%). Đánh giá thực trạng thái độ và hành vi về HIV/AIDS: Có nhiều thái độ tích cực, gồm: Đa số (50,5%); sẵn sàng chăm sóc người bệnh tại nhà và đồng ý rằng người nhiễm HIV không phải thấy xấu hổ về bản thân mình; Nên cho người nhiễm HIV còn khỏe tiếp tục làm việc tại cộng đồng (35,2%); Hầu hết (76%) cho rằng có thể mua thức ăn của người bán hàng bị nhiễm HIV và đa số (58,5%) cho rằng không nên giữ bí mật nếu có người trong gia đình bị nhiễm HIV. Một số hành vi nguy cơ có thể lây nhiễm HIV/AIDS qua quan hệ tình dục (QHTD) và kiểu QHTD không an toàn ở cộng đồng, gồm: Quan hệ với bạn tình ngoài vợ/ chồng/ người yêu (15%); Với gái mại dâm, khách làng chơi (11,8%); Quan hệ tình dục qua miệng – bộ phận sinh dục (2,5%),...

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, hành vi, người dân, phòng chống HIV/AIDS, Hải Dương.

*Trường ĐH Khoa học và Công Nghệ HN.

**Trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương;

***Trường Đại học Thành Đông

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Nhuyên

Email: nhuyenmd@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 5/11/2021

Ngày duyệt bài 15/11/2021