

2. **Gonzalez-Casas R, Jones EA, Moreno-Otero R.** Spectrum of anemia associated with chronic liver disease. *World J Gastroenterol.* 2009; 15(37): 4653-8.
3. **Mathurin SA, Aguero AP, Dascani NA, et al.** [Anemia in hospitalized patients with cirrhosis: prevalence, clinical relevance and predictive factors]. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2009; 39(2): 103-11.
4. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Ban hành kèm theo Quyết định số 1494/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2015:
5. **Cariani E, Pelizzari AM, Rodella A, et al.** Immune-mediated hepatitis-associated aplastic anemia caused by the emergence of a mutant hepatitis B virus undetectable by standard assays. *J Hepatol.* 2007; 46(4): 743-7.
6. **Lindenbaum J, Roman MJ.** Nutritional anemia in alcoholism. *Am J Clin Nutr.* 1980; 33(12): 2727-35.
7. **Moreno Otero R, Cortes JR.** [Nutrition and chronic alcohol abuse]. *Nutr Hosp.* 2008; 23 Suppl 2: 3-7.
8. **Maruyama S, Hirayama C, Yamamoto S, et al.** Red blood cell status in alcoholic and non-alcoholic liver disease. *J Lab Clin Med.* 2001; 138(5): 332-7.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẠP VÍT KHÓA ĐIỀU TRỊ GỖY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Nguyễn Mộc Sơn^{1,2}, Đỗ Văn Minh², Hoàng Minh Thắng²,
Nguyễn Mạnh Khánh¹, Ngô Văn Toàn¹.

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương cánh tay ở người trưởng thành bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa tại bệnh viện Việt Đức. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 người bệnh gãy kín thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa từ 1/2018-1/2019. Tất cả người bệnh được khám lại định kỳ sau mổ: đánh giá chức năng khớp vai, khớp khuỷu, đánh giá liền xương trên xquang, các biến chứng, phân loại kết quả theo thang điểm Neer cải biên. Đánh giá sau phẫu thuật theo thang điểm Neer cải biên, kết quả tốt và rất tốt chiếm 94,8%. 5 trường hợp liệt thần kinh quay sau mổ chiếm 6,7% và đều hồi phục hoàn toàn sau 3-6 tháng. Biến chứng không liền xương có 1 trường hợp, chiếm 1,3%. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa là phương pháp an toàn, cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Gãy thân xương cánh tay, nẹp vít khóa, kết hợp xương.

SUMMARY

OUTCOMES OF LOCKING PLATE OSTEOSYNTHESIS FOR CLOSED HUMERAL SHAFT FRACTURE

The study aimed to evaluate the results of treatment of humeral fractures in adults using locking plate at Viet Duc hospital. Cross-sectional descriptive research method in 75 patients with closed humeral fractures which were fixation by locking plate from 1/2018 to 1/2019. All patients were examination after

surgery: assessment of function of shoulder joints, elbow joints, assessment of bone healing on x-ray, complications, classification of results according to modified Neer scale. Evaluation after surgery according to the modified Neer scale, good and very good results accounted for 94,8%. 5 cases of radial nerve paralysis after surgery accounted for 6,7% and all recovered completely after 3-6 months. Complications without bone healing had 1 case, accounting for 1,3%. The combined surgery of the locking screw is a safe method, with good results, and a low complication rate.

Keywords: humeral shaft fracture, locking plate, osteosynthesis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương cánh tay là một tổn thương thường gặp, chiếm khoảng 1-5% tổng số các loại gãy xương. Gãy thân xương cánh tay thường gặp ở hai nhóm tuổi: thanh niên- do cơ chế chấn thương năng lượng cao gay nên và người cao tuổi- thường do loãng xương với cơ chế chấn thương năng lượng thấp. Gãy thân xương cánh tay thường kèm theo tổn thương thần kinh quay, tỷ lệ gặp tổn thương thần kinh quay khoảng 8-15% đối với gãy kín thân xương cánh tay nói chung và có thể tăng lên đến 22% ở nhóm gãy chéo xoắn thân xương cánh tay đoạn 1/3 dưới. [1]

Chẩn đoán gãy kín thân xương cánh tay không khó, dựa vào cơ chế chấn thương, dấu hiệu lâm sàng và X quang. Điều trị bảo tồn gãy kín thân xương cánh tay cho kết quả tương đối khả quan và được chấp thuận khá rộng rãi. Tuy nhiên điều trị bảo tồn có những nhược điểm không thể khắc phục: thời gian bất động kéo dài, khó khăn cho quá trình tập phục hồi chức năng, di lệch thứ phát dẫn đến phải mổ kết hợp xương.

¹Bệnh viện Việt Đức.

²Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mộc Sơn

Email: drmocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.12.2021

Ngày duyệt bài: 5.01.2022

Điều trị phẫu thuật kết hợp xương cánh tay được chỉ định ngày càng rộng rãi. Các phương pháp kết hợp xương cánh tay bao gồm: kết hợp xương nẹp vít, kết hợp xương đinh nội tủy và kết hợp xương bằng khung cố định ngoài. Mỗi phương pháp được chỉ định và áp dụng cho những tình huống lâm sàng cụ thể. Nhiều nghiên cứu lâm sàng chỉ ra rằng, phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị gãy kín thân xương cánh tay ở người trưởng thành [2]. Trong những năm gần đây, cùng với sự phổ biến của nẹp vít khóa trong phẫu thuật kết hợp xương ở Việt Nam, chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa cho gãy thân xương cánh tay cũng trở nên phổ biến hơn. Nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị này tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa điều trị gãy kín thân xương cánh tay ở người trưởng thành tại Bv Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 75 bệnh nhân với chẩn đoán là gãy kín thân xương cánh tay do chấn thương, được kết xương bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Việt Đức

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN trên 18 tuổi.
- Gãy kín thân xương cánh tay đơn thuần do chấn thương: được xác định bằng cơ chế chấn thương, dấu hiệu lâm sàng gãy xương cánh tay và X quang có hình ảnh gãy thân xương cánh tay.
- Có đầy đủ hồ sơ theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu, khám và theo dõi định kỳ theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy xương cánh tay do bệnh lý
- Gãy thân xương cánh tay kèm theo tổn thương xương khác của chi trên cùng bên.
- Bệnh nhân có tổn thương đám rối cánh tay.
- Lý do khác: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không khám theo hẹn được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bảng 2.1. Thang điểm Neer cải biên [3]

Hình ảnh X quang	Đúng giải phẫu	2đ	Can xấu < 20°	1đ	Can xấu > 20°	0đ
Gấp (đưa ra trước)	>120°	1,5đ	90-120°	1đ	<90°	0đ
Dạng	>120°	1,5đ	90-120°	1đ	<90°	0đ
Xoay ngoài	B. thường	1,5đ			Giảm	0đ
Xoay trong	B. thường	1,5đ			Giảm	0đ
Gấp khuỷu	>130°	1,5đ	110-130°	1đ	<110°	0đ
Hạn chế duỗi khuỷu	<20°	1,5đ	20-40°	1đ	>40°	0đ

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Cỡ mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu:

Lựa chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Lấy lại hồ sơ bệnh án hồi cứu các thông tin về người bệnh trước mổ, trong mổ và ngay sau mổ theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu.

Gọi bệnh nhân đến khám lại, kiểm tra lâm sàng và X quang tại thời điểm theo dõi. Khám lâm sàng gồm có đánh giá sẹo mổ, biên độ vận động của khớp vai và khớp khuỷu, chức năng của cánh tay, khả năng vận động và cảm giác của chi trên. Đánh giá X quang gồm có chụp X quang cánh tay thẳng và nghiêng tiêu chuẩn, đánh giá trực chi và mức độ liền xương cũng như biến chứng trên X quang.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, phân loại gãy xương cánh tay theo AO.

- Đánh giá liền xương trên Xquang sau mổ ít nhất 6 tháng.

+ Rất tốt: can tốt chắc, đúng vị trí giải phẫu.

+ Tốt: liền xương vững chắc, gập góc $\leq 10^\circ$.

+ Trung bình: liền xương vững chắc, gập góc $> 10^\circ$ và $< 30^\circ$.

+ Kém: không liền xương, giãn cách ổ gãy $> 5\text{cm}$, hoặc liền lệch lớn gập góc $\geq 30^\circ$ hoặc xoay thứ phát ổ gãy sau phẫu thuật.

- Đánh giá biên độ vận động khớp vai và khớp khuỷu

+ Rất tốt: vận động, lao động sản xuất, sinh hoạt, luyện tập bình thường như trước.

+ Tốt: hạn chế $< 25^\circ$ biên độ hoạt động của 1 trong 2 khớp.

+ Trung bình: hạn chế $> 25^\circ$ và $< 50^\circ$ biên độ hoạt động của 1 trong 2 khớp.

+ Kém: giảm $> 50^\circ$ biên độ vận động của 1 trong 2 khớp hoặc cứng khớp hay thoái hóa khớp.

- Đánh giá kết quả theo thang điểm Neer cải biên.

Đau vai	Không	3đ			Có	0đ
Đau khuỷu	Không	3đ			Có	0đ
BN hài lòng	Có	3đ			Không	0đ

Phân loại kết quả theo thang điểm Neer cải biên: + Rất tốt: 16-20
 + Tốt: 11-15
 + Trung bình: 6-10
 + Kém: 0-5
 – Biến chứng sau mổ: khớp giả, liệt thần kinh quay...

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu và xử lý dựa vào phần mềm SPSS 26.0. Các biến số phân loại được trình bày dưới dạng tỷ lệ. Các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 1/2020 đến hết tháng 9/2021 tại Khoa Chấn thương chỉnh hình I Bệnh viện Việt Đức.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Chẩn đoán và chỉ định mổ được thông qua bởi hội đồng chuyên môn của Bệnh viện Việt Đức. Người bệnh được giải thích trước mổ về phẫu thuật, lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật, có ký giấy cam đoan phẫu thuật.

Các thông tin của người bệnh được tuyệt đối tôn trọng theo luật khám bệnh, chữa bệnh.

Bảng 3.1. Biến chứng tổn thương thần kinh quay

Loại	Số lượng BN	Tỷ lệ %	Sự hồi phục hoàn toàn	Tỷ lệ %	Hồi phục một phần	Tỷ lệ %	Không hồi phục	Tỷ lệ %
Liệt TKQ sau mổ	5	6,7	5	100	0	0	0	0
Liệt TKQ trước mổ	13	17,3	10	76,9	3	23,1	0	0

Như vậy, tỷ lệ liệt thần kinh quay chiếm 20% các ca bệnh, trong đó có 6,7% liệt thần kinh quay sau mổ, tỷ lệ hồi phục thần kinh sau mổ cao tương ứng là 100% và 76,9% với các ca liệt quay sau mổ và trước mổ.

3.4. Tâm vận động khớp vai và khớp khuỷu

Bảng 3.2. Đánh giá biên độ vận động khớp vai và khớp khuỷu

Kết quả	Khớp vai		Khớp khuỷu	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt	65	86,7	65	86,6
Tốt	4	5	3	4
Trung bình	5	6,7	5	6,8
Kém	1	1,3	2	2,6
Tổng cộng	75	100	75	100

Biên độ vận động khớp vai và khớp khuỷu tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao tương ứng 91,7% và 90,4% tổng số các trường hợp.

3.5. Phân loại kết quả theo thang điểm Neer cải biên

Bảng 3.3. Phân loại kết quả theo thang điểm Neer cải biên

Phân loại kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ
Rất tốt	66	88
Tốt	5	6,8

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Nhóm nghiên cứu gồm 75 người bệnh gãy thân xương cánh tay do chấn thương, trong đó độ tuổi từ 18-40 chiếm tỷ lệ cao nhất 57,3%. Số người bệnh nam cao gấp 2 lần nữ. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 48%.

Gãy xương cánh tay đoạn 1/3 giữa chiếm nhiều nhất (56%), gãy 1/3 trên và dưới lần lượt là 20% và 24%. Phân loại gãy thân xương cánh tay theo AO: Gãy loại A chiếm 56%, gãy loại B chiếm 33,3% và gãy loại C chiếm 10,7%.

Liệt thần kinh quay trước mổ gặp ở 13 người bệnh (17,3%), trong đó có tới 10 trường hợp do gãy đoạn 1/3 giữa.

3.2. Kết quả điều trị

Kết quả liền xương. Tất cả 75 trường hợp đều được chụp Xquang kiểm tra ngay sau mổ đều đạt yêu cầu. Sau thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng, 74 trường hợp liền xương tốt, 1 trường hợp không liền và bong nẹp vào tháng thứ 7 sau mổ.

3.3. Tổn thương thần kinh quay

Trung bình	2	2,6
Kém	2	2,6
Tổng cộng	75	100

Đánh giá tổng hợp theo thang điểm Neer cải biên cho kết quả tốt và rất tốt cao, tương ứng chiếm 94,8%, tỉ lệ chức năng trung bình và kém chỉ chiếm 5,2%.

IV. BÀN LUẬN

Tất cả người bệnh trong nhóm nghiên cứu được chụp Xquang sau mổ, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Các chỉ số đánh giá trên Xquang gồm mức độ can xương, hình thái di lệch ổ gãy xương so sánh giữa các lần kiểm tra. Cụ thể: liền xương rất tốt: can tốt chắc, đúng vị trí giải phẫu; tốt: liền xương vững chắc, gập góc $\leq 10^\circ$; trung bình: liền xương vững chắc, gập góc $> 10^\circ$ và $< 30^\circ$; kém: không liền xương, giãn cách ổ gãy $> 5\text{cm}$, hoặc liền lệch lớn gập góc $\geq 30^\circ$ hoặc xoay thứ phát ổ gãy sau phẫu thuật. Theo đó, tỷ lệ liền xương tốt và rất tốt trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,7%. Kết quả nghiên cứu của Ashutosh Kumar S.[4] liền xương tốt sau 12 tuần chiếm 89,1%, chậm liền xương và không liền có 3 trường hợp chiếm 10,9%. Joong-Bae S.[5] liền xương tốt sau 12 tuần chiếm 76,7%. Dabezies J. (1992): 97,7% là kết quả liền xương trong nhóm nghiên cứu 44 bệnh nhân[6]. Trong số 74 trường hợp liền xương tốt và rất tốt sau lần khám lại cuối cùng, nhóm nghiên cứu có 1 trường hợp chậm liền xương. Trường hợp này là người bệnh nữ, 80 tuổi gãy 1/3 giữa xương cánh tay trái/ loãng xương. Kết quả chụp xquang sau mổ 3 tháng không có can xương nhưng ổ gãy tốt, không di lệch thứ phát, vị trí nẹp và vít tốt. Người bệnh tiếp tục được điều trị loãng xương và theo dõi, kết quả sau 6 tháng can xương cứng đã xuất hiện. Như vậy, phẫu thuật điều trị gãy thân xương cánh tay bằng nẹp vít khóa mang lại kết quả liền xương tốt, đặc biệt phát huy ưu điểm đối với trường hợp loãng xương.

Khái niệm không liền xương (khớp giả) được cho rằng nếu quá hai lần thời gian liền xương trung bình mà xương vẫn không liền. Tuy nhiên, mốc thời gian không phải là yếu tố duy nhất chẩn đoán khớp giả mà cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng trong từng trường hợp cụ thể. Triệu chứng lâm sàng: ổ gãy có thể di động, tỷ nén đau hoặc không tỷ nén được. Hình ảnh xquang: khe gãy còn rộng. Sau mổ lần 2 được 6 tháng chụp X-quang thấy can xương, bệnh nhân hết đau tại ổ gãy. Theo thống kê của Phòng kế hoạch Bệnh viện Việt Đức từ 01/2005 đến 01/2008 có tổng số 304 ca phẫu thuật khớp giả trong đó có 55 ca khớp giả thân xương cánh tay chiếm tỷ lệ 18%. Ngoài ra theo Muller T.[7] khớp giả hay gặp ở ổ gãy 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 68% do tổn thương mạch nuôi dưỡng. Nhóm nghiên cứu có có một bệnh nhân nam 62 tuổi, gãy kín 1/3 giữa thân xương cánh tay trái loại A3, do tai nạn giao thông, có tiền sử đang dùng thuốc điều trị tiểu đường, đã được

mổ kết hợp xương bằng nẹp vít khóa mổ theo đường trước ngoài, bắt 6 vít 3,5mm. Sau mổ 1 tuần người bệnh đã tự động bỏ nẹp cánh cẳng bàn tay và không treo tay khi đi lại, khám lại theo giấy hẹn hàng tháng và theo dõi bệnh nhân có dấu hiệu đau tại ổ gãy, chụp XQ sau mổ 3 tháng thấy hai đầu xương gãy chưa có can, tiếp tục cho làm bột cánh cẳng bàn tay rạch dọc và dùng các thuốc tăng cường giúp nhanh liền xương. Sau 7 tháng kiểm tra lại không thấy dấu hiệu liền xương, bong nẹp vít nên đã được chỉ định phẫu thuật lại bằng nẹp vít và ghép xương tự thân. Không liền xương có nhiều nguyên nhân, các nguyên nhân khách quan: mức độ tổn thương phần mềm nặng sau chấn thương, hình thái gãy xương phức tạp, đa gãy xương, bệnh lý loãng xương, người bệnh không tuân thủ điều trị..., các nguyên nhân chủ quan: kỹ thuật bộc lộ thô bạo gây tổn thương màng xương nhiều, nắn chỉnh ổ gãy không tốt, số lượng vít không đủ vững chắc. Trong trường hợp khớp giả của chúng tôi, người bệnh bỏ phương tiện trợ đỡ nẹp bột, treo tay ngay sau mổ 1 tuần là quá sớm. Việc hướng dẫn tập phục hồi chức năng tỉ mỉ trước khi ra viện có thể hạn chế được hiện tượng này. Với trường hợp sau phẫu thuật kết hợp xương cánh tay bằng nẹp vít khóa, chúng tôi cho người bệnh bất động bằng nẹp bột cánh cẳng bàn tay 3 tuần và/hoặc túi treo tay 4 tuần tùy tình trạng ổ gãy, chất lượng xương và khả năng hợp tác của người bệnh.

Kết quả phục hồi tầm vận động khớp vai: rất tốt và tốt là 91,7%, trung bình là 6,7%, kém là 1,3%; khớp khuỷu: tốt và rất tốt là 90,6%, trung bình là 6,8%, kém là 2,6%. So sánh kết quả phục hồi cơ năng với một số tác giả khác: Joong-Bae S.[5] tỷ lệ cơ năng hồi phục bình thường sau 12 tuần sau mổ là 93,3%, Dabezies J. (1992) 37/44 ca, chiếm tỷ lệ 84% đạt kết quả cơ năng bình thường sau mổ[6]. Như vậy, phẫu thuật kết hợp xương cánh tay thể hiện ưu điểm rõ ràng: kết hợp xương vững chắc, vận động sớm sau mổ tạo điều kiện thuận lợi cho tập phục hồi biên độ vận động khớp vai và khớp khuỷu.

Thang điểm Neer cải tiến [3] đánh giá tổng hợp dựa trên các tiêu chí Xquang, tầm vận động khớp vai, khớp khuỷu, mức độ hài lòng của người bệnh. Theo thang điểm này, kết quả tốt và rất tốt là 94,8%, trung bình 2,6% và kém là 2,6%. So sánh kết quả với một số tác giả khác: Kết quả tốt và rất tốt theo Ashutosh Kumar S.[4] là 90,9%, Joong-Bae S.[5] là 96,7%, Osman N. (1998)[8] là 92,3%. Như vậy, kết quả tổng thể của chúng tôi cao tương tự kết quả

trong nghiên cứu của các tác giả khác.

Tổn thương thần kinh quay sau mổ kết hợp xương cánh tay là biến chứng mà tất cả các phẫu thuật viên quan ngại. Tỷ lệ liệt quay sau phẫu thuật của chúng tôi là 6,7%. Tuy nhiên, liệt thần kinh quay sau phẫu thuật chỉ là tạm thời, cả 5 trường hợp phục hồi hoàn toàn sau mổ 3-6 tháng. Tỷ lệ liệt quay trung bình sau phẫu thuật nẹp vít của H. Paris (2000) là 5,1%, của Ashutosh Kumar S.[4] 3,63%. Nhiều lưu ý trong quá trình phẫu thuật giúp làm giảm tỷ lệ biến chứng này như: tránh các động tác thô bạo trong phẫu tích hay nắn chỉnh nguy cơ làm căng giãn gây liệt thần kinh. Vì thế đối với các loại gãy ở 1/3 dưới cần hết sức cẩn thận khi phẫu tích tránh làm tổn thương thần kinh, lạm dụng trong việc dùng dao điện để phẫu tích và cầm máu cũng là một nguyên nhân gây liệt thần kinh quay.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khoá là phương pháp an toàn, cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Billings and S. S. Coleman**, "Long-term follow-up of persistent humeral shaft non-unions treated with tricortical bone grafting and compression plating," Iowa Orthop J, vol. 19, pp. 31-34, 1999.
2. **J. R. Chapman, M. B. Henley, J. Agel, and P. J. Benca**, "Randomized prospective study of humeral

shaft fracture fixation: intramedullary nails versus plates," J Orthop Trauma, vol. 14, no. 3, pp. 162-166, Apr. 2000, doi: 10.1097/00005131-200003000-00002.

3. **Moyikoua A, Ebenga N, Pene-Pitra B**, "Fractures récentes de la diaphyse humérale de l'adulte. Place du traitement chirurgical par plaque vissée. A propos de 35 cas opérés," Rev Chir Orthop, vol. 78, no. 1, pp. 23-27, 1992.
4. **A. K. Singh, N. Narsaria, R. R. Seth, and S. Garg**, "Plate osteosynthesis of fractures of the shaft of the humerus: comparison of limited contact dynamic compression plates and locking compression plates," J Orthop Traumatol, vol. 15, no. 2, pp. 117-122, Jun. 2014, doi: 10.1007/s10195-014-0290-2.
5. **J.-B. Seo, K. Heo, J.-H. Yang, and J.-S. Yoo**, "Clinical outcomes of dual 3.5-mm locking compression plate fixation for humeral shaft fractures: Comparison with single 4.5-mm locking compression plate fixation," J Orthop Surg (Hong Kong), vol. 27, no. 2, p. 2309499019839608, Aug. 2019, doi: 10.1177/2309499019839608.
6. **E. J. Dabezies, C. J. Banta, C. P. Murphy, and R. D. d'Ambrosia**, "Plate fixation of the humeral shaft for acute fractures, with and without radial nerve injuries," J Orthop Trauma, vol. 6, no. 1, pp. 10-13, 1992.
7. **Muller T, Seligson D, Sioen W, Van den Bergh J, Raynaert P**, "Operative treatment humeral shaft fractures," 1997, pp. 170-177.
8. **N.Osman, C. Touam, E. Masmejean, H. Asfazadourian, and J. Y. Alnot**, "Results of non-operative and operative treatment of humeral shaft fractures. A series of 104 cases," Chir Main, vol. 17, no. 3, pp. 195-206, 1998, doi: 10.1016/s0753-9053(98)80039-2.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH VÀ HOẠT ĐỘNG ĐƯỢC LÂM SÀNG TRONG VIỆC SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Minh Thành¹, Trần Thị Phương Mai¹,
Nguyễn Trúc Ý Nhi¹, Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đã được chứng minh trong một số nghiên cứu là làm giảm thất bại điều trị, giảm thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong. Tại Bệnh viện Thống Nhất, chương trình

quản lý sử dụng kháng sinh và hoạt động được lâm sàng được triển khai một cách thường quy với mục tiêu tăng cường sử dụng kháng sinh hợp lý. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý kháng sinh (QLSDKS) và hoạt động được lâm sàng trong việc sử dụng hợp lý kháng sinh điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, so sánh trước sau được tiến hành trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có chẩn đoán đợt cấp COPD, điều trị tại khoa Nội hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu gồm 2 giai đoạn trước và sau khi triển khai chương trình QLSDKS và hoạt động được lâm sàng: Giai đoạn 1: từ 6/2018 - 5/2019 (n = 110); Giai đoạn 2: từ 6/2019 - 5/2020 (n = 107). Tính hợp lý của kháng sinh được đánh giá dựa theo

¹Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 6.01.2022