là 64,6% và nhóm u nguyên bào thần kinh đệm thứ phát là 71,4%.[10]

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi gặp nhiều nhất 30-40, tuổi trung bình 47,42±13,53. Tỷ lệ nam/nữ =1.16/1.

- Ba nhóm u não chính thường gặp là: UNBTKĐ (38%), USB giảm biệt hóa (14,3%) và UTBTKĐ ít nhánhgiảm biệt hóa (13,4%).

- Độ mô học chiếm tỷ lệ cao nhất là độ 4 (38%).

- Tỷ lệ bộc lộ Ki67 với u sao bào lan tỏa độ 2 là: 3,8±1,57, độ 3 là: 14,6±6,01 và độ 4 là: 32,4±12,90.

- Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn IDH1 là 58,3%, gặp nhiều nhất ở độ 2 (89,5%).

- Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn P53 là 72,2%, gặp nhiều nhất ở độ 4 (81,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al**. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Trần Minh Thông (2007).** Đặc điểm giải phẫu bệnh của 1187 ca u sao bào. Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh;11(3):41-46.
3. **Nguyễn Phúc Cương, Nguyễn Sỹ Lánh (2001)** Nghiên cứu áp dụng phân loại mới các u thần kinh đệm vào chẩn đoán mô bệnh học. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học tập II, 2001, 241-245.
4. **Hoàng Anh Vũ, Đỗ Phú Quang, Trần Minh Thông.** Phát hiện đột biến p.R132H của gen IDH1 trong u thần kinh đệm bằng kỹ thuật ASO-PCR. Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;19(5):281-285.
5. **Phạm Tuấn Dũng (2017).** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ tưới máu và cộng hưởng từ phổ trong chẩn đoán một số u thần kinh đệm trên lều ở người lớn. Luận án thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Khalid H, Shibata S, Kishikawa M, Yasunaga A, Iseki M, Hiura T**. Immunohistochemical analysis of progesterone receptor and Ki-67 labeling index in astrocytic tumors. Cancer. 1997;80(11):2133-2140.
7. **Wakimoto H, Aoyagi M, Nakayama T, et al.** Prognostic significance of Ki-67 labeling indices obtained using MIB-1 monoclonal antibody in patients with supratentorial astrocytomas. Cancer. 1996;77(2):373-380.
8. **Byreddy VR, Sreelakshmi I, N EA.** Role of Ki 67 immunostaining as an adjunct to differentiate low grade and high-grade Gliomas. IOSR Dent Med Sci (IOSR-JDMS) 2018;17: 11–7.
9. **Leeper HE, Caron AA, Decker PA, Jenkins RB, Lachance DH, Giannini C.** IDH mutation, 1p19q codeletion and ATRX loss in WHO grade II gliomas. Oncotarget. 2015;6(30):30295-30305.
10. **Sipayya V, Sharma I, Sharma KC, Singh A.** Immunohistochemical expression of IDH1 in gliomas: a tissue microarray-based approach. J Cancer Res Ther. 2012;8(4):598-601.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG THÂN XƯƠNG ĐÙI Ở TRẺ EM

Nguyễn Mộc Sơn[1,2], Hoàng Minh Thắng[2], Đỗ Văn Minh[2], Nguyễn Mạnh Khánh[1], Ngô Văn Toàn[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương gãy thân đùi ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 66 người bệnh gãy kín thân xương đùi được phẫu thuật từ 1/2019 đến tháng 5/2021. Tất cả người bệnh được khám lại định kì sau mổ: tình trạng nhiễm trùng, đánh giá trục xương theo thang điểm Larson và Bostman (1980) và liền xương trên xquang sau 6 tháng, đánh giá tầm vận động của khớp háng, khớp gối. Đánh giá sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân không có biến chứng nhiễm trùng, trục chi tốt chiếm 97%, biên độ vận động của khớp háng, khớp gối tốt chiếm 100%, liền xương thì đầu chiếm 98%. Phẫu thuật kết hợp xương đùi ở bệnh nhân trẻ em là một phương pháp an toàn, cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Gãy thân xương đùi, trẻ em, kết hợp xương.

[1]*Bệnh viện Việt Đức.*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mộc Sơn
Email: drmocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 31.3.2022
Ngày duyệt bài: 7.4.2022

SUMMARY

RESULTS OF PEDIATRIC FEMORAL SHAFT FRACTURE OSTEOSYNTHESIS TREATMENT

The study aimed to evaluate the results of osteosynthesis treatment of femoral shaft fractures in children at Viet Duc hospital. Method of cross-sectional descriptive study on 66 patients with closed femoral shaft fractures operated from January 2019 to May 2021. All patients were post-operative re-examined: infection, post-op femur axis according to Larson and Bostman scale (1980) and bone healing on x-ray after 6 months, assessment of range of motion of hip and knee joints. Evaluation after surgery, 100% of patients had no infectious complications, good limb axis accounted for 97%, good hip and knee range of motion accounted for 100%, bone healing accounted

for 98%. Femoral osteosynthesis treatment in pediatric patients is a safe method with good results and low complication rate.

Keywords: femoral shaft fracture, pediatric, osteosynthesis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương đùi trẻ em là loại gãy xương phổ biến, chiếm khoảng 2% tổng số gãy xương ở trẻ em. Phần lớn những gãy xương này ở trẻ lớn nguyên nhân là do chấn thương năng lượng cao như tai nạn giao thông và ngã cao.

Điều trị những tổn thương này phụ thuộc chính vào tuổi, cân nặng, vị trí gãy, hình thái gãy và các tổn thương phối hợp. Có rất ít sự tranh cãi liên quan đến phương pháp điều trị ở trẻ em dưới 5 tuổi và trên 15 tuổi. Trẻ trong nhóm tuổi từ 5 – 15 tuổi có nhiều lựa chọn điều trị khác nhau bao gồm bảo tồn hoặc phẫu thuật. Nhiều gãy thân xương đùi trong nhóm tuổi này ngày nay được điều trị phẫu thuật hơn là bảo tồn. Điều trị bảo tồn với kéo nắn và bó bột dẫn đến việc nằm trên giường kéo dài, ảnh hưởng đến tâm sinh lý của trẻ, tăng thời gian nằm viện, biến chứng cứng khớp gối, can lệch,…. Điều trị phẫu thuật có ưu điểm là nắn chỉnh ổ gãy về giải phẫu tốt hơn, cố định vững chắc, vận động sớm, giảm thời gian nằm viện, ít ảnh hưởng đến đời sống xã hội, sớm đi học trở lại.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn hay phẫu thuật dựa vào độ tuổi, cân nặng, vị trí gãy, hình thái gãy, tổn thương mô mềm, các tổn thương khác kèm theo và hoàn cảnh xã hội. Ngãy nay phẫu thuật được chỉ định rộng rãi hơn với mục đích chung là đảm bảo càng nhiều chức năng cho chi thể càng tốt và sớm đưa bệnh nhân quay trở lại với sinh hoạt. Xuất phát từ tình hình thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín thân xương đùi trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức", nhằm mục đích: Mô tả đặc tổn thương gãy kín thân xương đùi trẻ em được phẫu thuật kết hợp xương và đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng phẫu thuật kết hợp xương tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. 1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 66 bệnh nhân trẻ em tuổi từ 5-15 tuổi, gãy kín thân xương đùi do chấn thương được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương tại viện chấn thương chỉnh hình Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2021

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân từ 5 - 15 tuổi, được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi do chấn thương, có đủ hồ sơ bệnh án, phim X quang và được mổ kết hợp xương diện gãy, được theo dõi và khám lại định kỳ theo quy trình.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp gãy xương đùi có kèm theo biến chứng ngay như gãy xương hở, tổn thương động mạch, thần kinh hoặc gãy xương bệnh lý: Do viêm xương tủy xương, bệnh xương thủy tinh, u xương,…; Các trường hợp gãy đùi trên chi thể có dị tật hoặc di chứng chấn thương cũ như cứng háng, cứng gối…

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Chọn mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu theo phương pháp không xác xuất, 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 vết mổ, biên độ vận động của khớp háng và khớp gối. Đánh giá X quang gồm có chụp X quang đùi thẳng và nghiêng tiêu chuẩn, đánh giá trục chi và mức độ liền xương cũng như biến chứng trên X quang.

- Các chỉ số nghiên cứu

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương.

+ Tổn thương trước mổ: Đặc điểm X-quang: Vị trí và hình thái gãy, có các chấn thương phối hợp không.

+ Kết quả gần: Tình trạng vết mổ, X quang sau mổ đánh giá theo thang điểm Larson và Bostman (1980)

+ Kết quả xa: Đánh giá liền xương, chênh lệch chiều dài chi, biên độ vận động khớp háng, khớp gối.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu và xử lý dựa vào phần mềm SPSS 20.0. 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 1/2019 đến tháng 5/2021 tại viện CTCH 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

- Tuổi: Độ tuổi trung bình là 10,83, trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất từ 7-11 và 12-15 tuổi chiếm 92,4%.

- Giới: Bệnh nhân nam chiếm 69,7%, bệnh nhân nữ chiếm 30,3%.

- Nguyên nhân: Nguyên nhân chấn thương do TNGT chiếm 57,6%, do tai nạn sinh hoạt ngã chiếm 31,8%, do các tai nạn khác chiếm 10,6%.

- Tổn thương trước mổ: Trong số mẫu nghiên cứu có 18 bệnh nhân có tổn thương phối hợp, gồm: Chấn thương sọ não - hàm mặt , Chấn thương ngực - bụng, và tổn thương khác chiếm 27,27%.

- X-quang trước mổ: Gãy tại vị trí 1/3 trên, giữa và dưới lần lượt chiếm 24,2; 57,6 và 18,2%. Gãy tại 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất. Về hình thái gãy xương, gãy ngang và gãy chéo hoặc xoắn gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 36,4% và 43,9%, hình thái gãy có mảnh rời gặp ít hơn.

2. Kết quả điều trị

- Tình trạng vết mổ: 100% vết mổ ổn định, không có biến chứng nhiễm trùng.

- Trục chi thẳng trục chiếm 97%, lệch trục chiếm chỉ 3% (2 trường hợp).

- Đánh giá xa được 51 bệnh nhân được mổ kết hợp xương gãy thân xương đùi trẻ em trong 66 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ khám lại được 77,3%, thời gian khám lại trung bình là 10,3 tháng (khoảng 6 - 18 tháng). 15 bệnh nhân không kiểm tra khám lại đánh giá được là do tình trạng dịch bệnh Covid-19.

- Đánh giá mức độ liền xương: 98% đạt liền xương tốt, 2% là chậm liền xương (1 trường hợp).

- Đánh giá chiều dài chi thể: Chiều dài chi gãy sau mổ không thay đổi là 42/51 ca chiếm 82,4%, chi gãy dài hơn chi lành là 9/51 ca chiếm 17,6%.

- Biên độ vận động khớp háng: 100% bệnh nhân có tầm vận động khớp háng bình thường.

- Biên độ vận động khớp gối: 98% bệnh nhân có tầm vận động khớp gối bình thường, chỉ có 1 BN (2%) có biên độ vận động hạn chế ít.

IV. BÀN LUẬN

- Về tuổi, giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy kín thân xương đùi trẻ em hay gặp hay gặp nhất ở lứa tuổi 7 – 11 tuổi chiếm 47,0%, độ tuổi trung bình là 10,83 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 5 tuổi, tuổi lớn nhất là 15 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đương các nghiên cứu của Thou Vathaknak (2015) [1] là 10,34, Nguyễn Thế Điệp (2019) [2] là 10,43. Về giới tính: Theo Thou Vathaknak (2015) [1] nghiên cứu 59 bệnh nhân, số trẻ nam chiếm 55,9%, theo tác giả Nguyễn Thế Điệp [2] (2019), nghiên cứu 47 bệnh nhân, số trẻ nam chiếm 66%. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với những tác giả trước đây. Với tỉ lệ gãy thân xương đùi ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ phù hợp với dịch tễ học của bệnh lý gãy thân xương đùi ở trẻ em. Điều này có thể giải thích là do trẻ em trai ở tuổi này có tâm lý hiếu động hay tham gia các trò chơi có nguy cơ tai nạn cao như các hoạt động ngoài trời và các trò chơi thể thao nhiều rủi ro hơn so với trẻ em gái, điều này có thể liên quan đến sự khác biệt về giới tính.

- Về nguyên nhân chấn thương: trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chính là tai nạn giao thông (mô tô, xe máy, xe đạp, đi bộ) chiếm tới 57,6%, lực tác động gây chấn thương mạnh cho nên cơ chế va đập làm gãy xương đùi. Kết quả nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả: Thou Vathaknak (2015) [1], nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 67,8%; Nguyễn Thế Điệp (2019) [2], chiếm 57,5%. Như vậy, số bệnh nhân bị gãy xương đùi do nguyên nhâ TNGT là nhiều nhất. Vì với sự phát triển chung của xã hội, cùng với sự gia tăng của các phương tiện giao thông đường bộ, mật độ người tham gia giao thông nhiều, chất lượng đường xá chưa đảm bảo, ý thức chấp hành luật giao thông của nhiều người chưa được tốt, trẻ em ở lứa tuổi đi học luôn hiếu động. Do đó nguy cơ chấn thương cao. Với cơ chế tai nạn với mức năng lượng cao này, cũng dễ lý giải cho các tổn thương phối hợp cùng gãy xương đùi như chấn thương sọ não, chấn thương hàm mặt,… tỷ lệ lên đến 27,27%.

- Với tổn thương trên phim X-quang: Gãy thân xương đùi trẻ em hay gặp nhất ở vị trí 1/3 giữa. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả: Yi Luo (2019) [3] có 65%, Mohit Khanna (2017) [4] có 34/45 bệnh nhân chiếm 77,78% gãy 1/3 giữa. Hình thái gãy: trong nghiên cứu chúng tôi gãy ngang thân xương là 24/66 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 36,4%, đường gãy chéo xoắn chiếm 43,9%. Đa số các trường hợp gãy thân xương đùi là đường gãy ngang và chéo xoắn, đường gãy có mảnh rời chiếm tỷ lệ ít nhất với 19,7%.

Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Mohit Khanna (2017) [4] nghiên cứu trên 45 bệnh nhân có 31 bệnh nhân chiếm 68,89% gãy ngang, 12 (26,67%) bệnh nhân gãy

chéo, xoắn và 2 (4,45%) bệnh nhân gãy có mảnh rời. Khi bị chấn thương trực tiếp, xương đùi bị gãy với đường gãy ngang, hoặc chéo ngắn hoặc nhiều mảnh. Khi bị chấn thương gián tiếp xương đùi bị gãy với đường chéo dài hoặc chéo xoắn.Vị trí và hình thái đường gãy xương là 1 trong các căn cứ để lựa chọn phương tiện kết hợp xương phù hợp.

- Đánh giá tình trạng vết mổ: Nghiên cứu chúng tôi trên 66 bệnh nhân không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ, trong nhóm nghiên cứu Say.F và cộng sự (2013) điều trị 44 trường hợp gãy thân xương đùi có 2 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ [5]. Kết quả của chúng tôi tương đồng tác giả Nguyễn Thế Điệp (2019) nghiên cứu 47 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi tuổi cho kết quả tất cả đều liền vết mổ thì đầu, không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ [2]. Như vậy, kết quả mổ kết hợp xương đùi ở trẻ em có tỷ lệ nhiễm trùng thấp.

- Về kết quả nắn chỉnh sau mổ: Kết quả kết hợp xương ổ gãy thẳng trục chiếm 97,0%, chỉ có 2/66 bệnh nhân di lệch gập góc ít $<10^0$. Kết quả thẳng trục chiếm tỷ lệ cao là do đa số bệnh nhân được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít (61/66 bệnh nhân), kết hợp xương bằng nẹp vít có đặc điểm kết hợp ổ gãy vững chắc, mổ mở nên nắn chỉnh được ổ gãy về giải phẫu tốt hơn kết hợp xương nội tủy.

- Về chênh lệch chiều dài chi: Năm 2007, Saikia K.C điều trị 22 bệnh nhân bị gãy thân xương đùi từ năm 2003 - 2006. Tuổi 6 - 16, trung bình 10,6 tuổi, thời gian theo dõi trung bình 26 tháng (từ 14 - 36 tháng). Kết quả cho thấy có 3 trường hợp dài chi < 1,5cm [6]. Năm 2013, Nisar A. và cs đã báo cáo biến chứng của đinh Metaizeau trong điều trị gãy thân xương dài trẻ em. Tác giả đã thông báo 47 bệnh nhân gãy xương đùi được điều trị phẫu thuật kết xương bằng đinh Metaizeau, tuổi từ 4 - 14, trung bình 9 tuổi với thời gian theo dõi trung bình 7,5 tháng. Kết quả cho thấy có 5 bệnh nhân ngắn chi từ 1 - 2,4 cm so với bên lành, trong đó có 1 bệnh nhân ngắn chi > 2cm, trung bình 1,7 cm [7]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số 51 bệnh nhân được kiểm tra đánh giá lại sau mổ với thời gian trung bình là 10,3 tháng cho thấy có 9 bệnh nhân có sự thay đổi về chiều dài chi, trong đó: 7 bệnh nhân dài chi so với bên lành từ < 10 mm, 2 bệnh nhân dài chi so với bên lành từ 10 – 20 mm. 42/51 bệnh nhân không thay đổi chiều dài chi. Không có trường hợp bệnh nhân nào chi gãy ngắn hơn chi lành.

Do đối tượng nghiên cứu đều là gãy thân xương, việc phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít và đinh nội tủy mềm dẻo không làm tổn thương đến sụn phát triển, không làm ảnh hưởng đến phát triển chiều dài xương đùi nên đa số trẻ sau mổ chiều dài chi không thay đổi. So sánh các nghiên cứu trong và ngoài nước chúng tôi cho rằng, những trường hợp dài chi là do tăng tưới máu và kích thích màng xương tại ổ gãy làm cho xương gãy phát triển quá mức dẫn đến dài chi hơn so với bên lành. Theo Reynolds D.A., hiện tượng dài chi sau gãy xương xảy ra ở mức tối đa vào tháng thứ 3 đến tháng thứ 6, sau đó ổ gãy không còn hiện tượng kích thích và chi gãy trở về sự phát triển bình thường trong khoảng 3-5 năm sau gãy xương [8]. Theo Kasser J.R., sự chênh lệch chiều dài chi chấp nhận được như sau: Từ 6 - 10 tuổi: 15 mm, từ 11 - tuổi vị thành niên: 10 mm [9].

- Kết quả khám lại được 51 bệnh nhân, có 50 bệnh nhân liền xương, 1 trường hợp chậm liền xương, tương đồng với các tác giả trong nước và nước ngoài là 100%. Nguyên nhân của trường hợp chậm liền xương trên bệnh nhân có tiền sử viêm xương chày phải và xương đùi phải đã được mổ cách 2 năm làm cho chất lượng xương kém dẫn đến liền xương kém.

- Về tầm vận động khớp háng, khớp gối sau mổ: Trong tổng số 51 bệnh nhân được kiểm tra đánh giá cho thấy có 100% bệnh nhân đạt tầm vận động khớp háng bình thường. 50 bệnh nhân biên độ vận động gối đạt mức bình thường chiếm 98,0%, 1 bệnh nhân có biên độ vận động hạn chế ít chiếm 2,0%, không gặp trường hợp nào có hạn chế khớp gối nhiều.

V. KẾT LUẬN

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em chủ yếu gặp ở trẻ nam, trong độ tuổi 7-11 tuổi, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Phẫu thuật kết hợp xương đùi ở trẻ em là phương pháp điều trị có tỉ lệ biến chứng thấp, cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thou Vathaknak (2015).** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy thân xương đùi trẻ em bằng nẹp vít tại Bv hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2011-2015.
2. **Nguyễn Thế Điệp (2019).** Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị gãy kín xương đùi ở trẻ em bằng đinh Metaizeau.
3. **Luo Y, Wang L, Zhao L-H, et al.** Elastic Stable Titanium Flexible Intramedullary Nails Versus Plates in Treating Low Grade Comminuted Femur Shaft Fractures in Children. Orthop Surg. 2019;11(4):664-670. doi:10.1111/os.12514
4. **Khanna M, Wadhwani J, Batra A, Yadav S, Iman S, Vashishth S.** TENS for the surgical management of femoral shaft fractures in 6-14

years age group children. Pediatr Traum Orthop Reconstr Surg. 2017;5(2):13-21. doi: 10.17816/ PTORS5213-21.
5. **Say F, Gürler D, Inkaya E, Yener K, Bülbül M.** Which treatment option for paediatric femoral fractures in school-aged children: elastic nail or spica casting? Eur J Orthop Surg Traumatol. 2014; 24(4):593-598. doi:10.1007/s00590-013-1234-x.
6. **Saikia K, Bhuyan S, Bhattacharya T, Saikia S.** Titanium elastic nailing in femoral diaphyseal fractures of children in 6-16 years of age. Indian J Orthop. 2007;41(4):381-385. doi:10.4103/0019-5413.33876.
7. **Nisar A, Bhosale A, Madan SS, Flowers MJ, Fernandes JA, Jones S**. Complications of Elastic Stable Intramedullary Nailing for treating paediatric long bone fractures. J Orthop. 2013;10(1):17-24. doi:10.1016/j.jor.2013.01.003.
8. **Reynolds DA.** Growth changes in fractured long-bones: a study of 126 children. J Bone Joint Surg Br. 1981;63-B(1):83-88. doi:10.1302/0301-620X. 63B1.7204480.
9. **Kasser J.R. Femoral shaft fractures.** In: Fractures in Children, Rockwood & Wilkins. Vol 6. ; 2006:894-934.

TÌNH TRẠNG CHỨC NĂNG TÌNH DỤC CỦA BỆNH NHÂN NỮ SAU KHI PHẪU THUẬT CỘT SỐNG TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH VÀ CỘT SỐNG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoài Bắc[1], Hoàng Thị Phương[2]

TÓM TẮT

Đau do thoái hóa cột sống là một trong những nguyên nhân gây rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ. Phẫu thuật cột sống được coi là một giải pháp để cải thiện tình trạng này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu: đánh giá chức năng tình dục sau phẫu thuật cột sống của bệnh nhân nữ và các yếu tố liên quan. Có 87 bệnh nhân đủ điều kiện đồng ý tham gia nghiên cứu, lớn nhất là 70 tuổi, trẻ nhất là 18 tuổi, tuổi trung bình là 57,97±1,43. Sau phẫu thuật cột sống, bệnh nhân có sự cải thiện về chức năng tình dục, tăng tần suất quan hệ từ 3,16 ± 3,07 lên 5,2 ± 5,24 (lần/tháng), giảm đau sau khi quan hệ tình dục và giảm tỷ lệ rối loạn hoạt động tình dục (theo CFSQ-14). Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn chức năng tình dục sau phẫu thuật là 66,7%. Tuổi tác và căng thẳng/stress có liên quan đến rối loạn chức năng tình dục (p<0,05).

Từ khóa: Bệnh lý cột sống, chức năng tình dục nữ, CFSQ-14

SUMMARY

SEXUAL FUNCTION STATUS OF FEMALE PATIENTS AFTER SPINAL SURGERY AT NEUROSURGERY AND SPINE SURGERY DEPARTMENT OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Pain caused by spinal degeneration is one of the causes of sexual dysfunction in women. Spinal surgery is considered a solution to improve this condition. Therefore, we conducted a cross-sectional description study with the goal: to evaluate the sexual function after spinal surgery of female patients and some factors involved. 87 eligible patients agreed to participate in the study, the largest was 70 years old, the youngest was 18 years old, the average age was 57.97±1.43. After spinal surgery, patients had an improvement in sexual function, increasing the frequency of sex from 3.16 ± 3.07 to 5.2 ± 5.24 (once a month), pain relief after sex and decreased incidence of sexual dysfunction (according to CFSQ-14). The percentage of patients with postoperative sexual dysfunction was 66.7%. Age and stress had been linked to sexual dysfunction (p<0.05).

Keywords: Spinal diseases, female sexual function, CFSQ-14.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự phát triển của đời sống xã hội, chất lượng cuộc sống là một vấn đề rất được quan tâm. Trong đó, chức năng tình dục là một vấn đề được đặc biệt chú trọng kể cả ở nữ giới lớn tuổi. Tuy nhiên, rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ khá là phổ biến [1]. Theo thống kê, có hơn 40% phụ nữ gặp các vấn đề về tình dục và tỷ lệ này tăng dần theo độ tuổi.

Nhiều nghiên cứu gần đây trên phụ nữ có các bệnh lý về cột sống cho thấy nhiều bệnh nhân xuất hiện những rối loạn về chức năng tình dục. Trong đó, đau lưng là một trong những triệu chứng thường gặp và được cho là có ảnh hưởng nhiều đến đời sống tình dục của người bệnh. Phẫu thuật cột sống được coi là một giải pháp để cải thiện tình trạng này [2]. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp của Azeem Tariq Malik và cộng sự gồm 81 nghiên cứu được công bố từ năm 1997 đến năm 2017 cho thấy hoạt động và chức năng tình dục được cải thiện sau khi phẫu thuật cột sống [3]. Đời sống tình dục được cải

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội,*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc
Email: nguyenhoaibac@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 10.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022
Ngày duyệt bài: 5.4.2022