

động mạch khi nóng bóng, chúng tôi đặt stent vào động mạch lóc tách, bệnh nhân có ổ máu tụ tương ứng với động mạch đặt stent, chuyển phẫu thuật, bệnh nhân sau đó tử vong.

Dùng stent hỗ trợ hay stent đảo chiều khi thực hiện kỹ thuật nút phình động mạch não giữa vỡ khó khăn do kỹ thuật này cần có thời gian dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu trước can thiệp, điều này làm tăng nguy cơ vỡ phình mạch nên kỹ thuật này chúng tôi chỉ định khi các phương pháp khác không thể áp dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân sau khi chụp DSA có chỉ định đặt stent, chúng tôi cho uống 180 mg ticargrelor và 300 mg aspirin bằng cách bơm qua ống thông dạ dày. Sau khi can thiệp bệnh nhân được tiếp tục dùng chống kết tập tiểu cầu kép 3 tháng, dùng đơn trị liệu aspirin 81 mg ít nhất 1 năm. Trong đó ngày đầu tiên tiêm enoxaparin 40 mg dưới da.

Nút bán phần đây là kỹ thuật chúng tôi áp dụng cho một số phình động mạch não giữa vỡ cỡ rộng, khi phần đáy túi phình có thể triển khai coil khung và coil đồ đầy ổn định. Bởi phần đáy túi phình là nơi thường xuyên gây vỡ phình mạch, những trường hợp này chúng tôi sau can thiệp kiểm soát huyết áp dưới 140/90 mmHg tránh nguy cơ vỡ tái phát sau đó 1 tháng xem xét đặt stent kết hợp nút coil phần còn lại của túi phình. Đây là kỹ thuật được chưa thấy các trung tâm khác báo cáo. Bước đầu thực hiện ở tại cơ sở chúng tôi đem lại cả tính an toàn và hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Phình động mạch não giữa vỡ có 67,39% là cỡ rộng. Có động mạch nhánh đi ra từ cổ túi phình 63,04%, từ túi phình là 8,69% và 80,43% phình mạch nằm ở đoạn phân chia M1-M2. Nút phình mạch bằng coil đơn thuần 69,56% trong đó tái thông 28,12%. Một số kỹ thuật có thể áp

dụng hỗ trợ cho nút phình động mạch não giữa vỡ như dùng hai catheter 4,34%, bóng 4,34 %, kết quả còn hạn chế. Dùng stent chặn cổ túi phình 10,87%. Nút bán phần 15,21% là phương pháp lựa chọn mới cho nút phình mạch não giữa vỡ bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elian M.M.M., Issa A.S.I., Ibrahim M.A. et al. (2021).** Endovascular management of middle cerebral artery aneurysms (single-center case series study), *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 52(1): 160.
2. **Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuần, Đặng Minh Đức, (2015),** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả can thiệp nội mạch bệnh nhân vỡ phình động mạch não, *tạp chí Y-Dược học quân sự số 3-2014*
3. **Đỗ Đức Thuần, Nguyễn Minh Hiện, Phạm Đình Đài, (2013),** Đặc điểm hình ảnh và kết quả điều trị vỡ phình động mạch thông trước bằng can thiệp nội mạch ở Bệnh viện 103, *Vol 38, N^o2, tháng 2/2013*
4. **Nguyễn Minh Hiện, Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuần và cộng sự (2014),** Nghiên cứu biểu hiện lâm, hình ảnh và kết quả điều trị can thiệp nội mạch phình động mạch não đã vỡ ở bệnh viện Quân y 103, *tạp chí Y-Dược học quân sự số 9-2014*
5. **Doerfler A., Wanke I., Goericke S.L. et al. (2006).** Endovascular Treatment of Middle Cerebral Artery Aneurysms with Electrolytically Detachable Coils, *27(3): 513-520.*
6. **Mooney M.A., Simon E.D., Brigeman S. et al. (2019).** Long-term results of middle cerebral artery aneurysm clipping in the Barrow Ruptured Aneurysm Trial %J *Journal of Neurosurgery JNS*, 130(3): 895-901
7. **Mortimer A.M., Bradley M.D., Mews P. et al. (2014).** Endovascular Treatment of 300 Consecutive Middle Cerebral Artery Aneurysms: Clinical and Radiologic Outcomes, *35(4): 706-714*
8. **Zijlstra I.A., van der Steen W.E., Verbaan D. et al. (2018).** Ruptured middle cerebral artery aneurysms with a concomitant intraparenchymal hematoma: the role of hematoma volume, *Neuroradiology*, 60(3): 335-342

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠ BONG SỤN TIẾP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Văn Khoa*

TÓM TẮT

**Bệnh viện Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: bskhoavd@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Gãy bong sụn tiếp hợp là tổn thương thường gặp ở trẻ em, tập trung chính ở nhóm tuổi 10-15 tuổi [2]. Điều trị bảo tồn các trường hợp gãy bong sụn tiếp ở trẻ em có nhiều ưu điểm và mang lại hiệu quả cao [3]. Tại khoa khám xương và điều trị ngoại trú Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, từ tháng 01 đến tháng 12/2021 có 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày được điều trị bằng kéo nắn, bó bột theo giai đoạn, kết quả cho thấy, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 10,51 ± 4,23 tuổi, tỉ lệ nam/nữ 24/11, nguyên nhân

chấn thương 100% là do tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt, thời gian mang bột trung bình $20,6 \pm 2,3$ ngày, thời gian từ khi nắn bột đến khi tỳ chân một phần $12,7 \pm 2,3$ ngày, thời gian từ khi nắn bột đến khi tỳ hoàn toàn $20,4 \pm 1,1$ ngày, thời gian từ khi chấn thương đến khi được bó bột trung bình là $1,2 \pm 5,5$ ngày, Chủ yếu các bệnh nhân gãy bong sụn tiếp loại II theo Salter- Harris, kết quả nắn chỉnh lần 1 có 91,4 % đạt yêu cầu, 100% sau nắn lần 2 đạt yêu cầu trên XQ, kết quả liền xương sau 3 tháng đạt 100%, thời gian liền xương trung bình $8,2 \pm 2,1$ tuần. Đánh giá lệch trục chi, có 12,4 % lệch trục chi $< 5^\circ$. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm AHS (ankle hindfoot score) sau 3 tháng cho 32 bệnh nhân Tốt và rất tốt đạt 96,9%, điểm trung bình $85,47 \pm 3,34$. Đánh giá kết quả sau 6 tháng cho 25 bệnh nhân kết quả rất tốt chiếm 100%, điểm số trung bình $95,12 \pm 1,94$ điểm.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF LOWER TIBIA FRACTURES WITH DETACHMENT OF CARTILAGE IN CHILDREN BY CAST IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Lower tibia fracture with detachment of cartilage is a common injury in children, mainly in the 10-15 year old age group (accounting for 20% of the injuries) [2]. Poor choice of treatment method will affect cartilage development of bones, easy to leave short sequelae, scoliosis in children. The conservative treatment method for the cases of subsequent cartilage fractures in children has many advantages and is highly effective [3]. At the department of bone examination and outpatient treatment of Viet Duc Hospital, from January 1 to December 2021, 35 patients with broken cartilage at the lower end of the tibia were treated with scissors and casts in stages, the results showed that, mean age in the study group was 10.51 ± 4.23 years old, male/female ratio 24/11, 100% cause of injury was traffic accident and daily life accident, average time wearing powder average 20.6 ± 2.3 days, time from kneading to partial foot rest 12.7 ± 2.3 days, time from kneading to fully resting 20.4 ± 1.1 days, the average time from injury to cast was 1.2 ± 5.5 days. Mainly, patients with type II cartilage fractures according to Salter- Harris, the results of the first manipulation were 91.4. % satisfactory, 100% after the second manipulation was satisfactory on X-ray, the result of bone healing after 3 months was 100%, the average healing time was 8.2 ± 2.1 weeks. Evaluation of limb deviation, 12.4% of limb deviation $< 5^\circ$. Evaluation of overall results according to AHS scale (ankle hindfoot score) after 3 months for 32 patients Good and very good reached 96.9%, average score average 85.47 ± 3.34 . Evaluation of results after 6 months for 25 patients with very good results accounted for 100%, average score 95.12 ± 1.94 points.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày là tổn thương thường gặp. Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm khác nhau. Điều trị phẫu thuật rút

ngắn được thời gian điều trị, nhưng cần những điều kiện về nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất đảm bảo cuộc phẫu thuật được tiến hành thuận lợi và có những rủi ro, nguy cơ do phẫu thuật có thể xảy ra. Nắn chỉnh, cố định tối thiểu bằng kim dưới màn tăng sáng đem lại hiệu quả điều trị cao, tuy nhiên cần trang bị máy điện quang tăng sáng, là một khó khăn cho y tế cơ sở, không phải cơ sở y tế nào cũng trang bị được. Nắn xương, bó bột theo giai đoạn là một kỹ thuật đã được sử dụng từ lâu, kể cả các tuyến y tế cơ sở và chuyên sâu, đem lại hiệu quả về mọi mặt, giảm giá thành điều trị, hiệu quả cao, tránh được các nhược điểm do các phương pháp khác, tuy nhiên thời gian bất động dài, gây tâm lý khó chịu cho bệnh nhân. Tại khoa khám xương và điều trị ngoại trú Bệnh viện Việt Đức, việc điều trị các gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ở trẻ em đã có quy trình và là kỹ thuật thường quy. Tuy nhiên, chưa có một báo cáo, tổng kết về vấn đề này làm cơ sở, tài liệu tham khảo và hướng dẫn cho các đồng nghiệp, cơ sở y tế tuyến dưới nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ở trẻ em tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức" với 2 mục tiêu:

1- *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày.*

2- *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn cho bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày được điều trị tại Khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 11/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân có gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày và đáp ứng các yêu cầu sau: trẻ ≤ 18 tuổi, có đầy đủ thông tin liên hệ, có đầy đủ phim trước nắn, sau nắn bó bột, tuân thủ quy trình điều trị, không kèm các tổn thương khác cùng chân, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân. Các bệnh nhân không đáp ứng các yêu cầu trên, Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày có phù nề tổ chức nhiều, xuất hiện các nốt phỏng nước, các bệnh nhân không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu.

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

- Bệnh nhân đến khám, chẩn đoán, điều trị theo quy trình và được thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu. Vô cảm bằng mê tĩnh mạch, nắn chỉnh trên bàn chỉnh hình, bó bột đùi cẳng bàn chân rạch dọc, chụp lại phim đánh giá mức độ di lệch của đường gãy sau nắn. Nếu di lệch sau nắn chấp nhận được (di lệch ≤ 2mm) để bột, khám lại theo quy trình. Nếu di lệch ổ gãy chưa đạt sẽ được nắn chỉnh thêm, làm lại bột đến khi di lệch chấp nhận được, khám lại theo quy trình. Với các trường hợp phù nề nhiều, nắn chỉnh 2 lần không kết quả chuyển vào viện điều trị theo quy trình, phương pháp khác. Theo dõi, nếu có chèn ép bột cần cho nới rộng bột, gác chân cao, dùng các thuốc kháng viêm, giảm phù nề. Sau 7-10 ngày bệnh nhân được khám lại, chụp phim XQ kiểm tra. Chỉnh sửa ổ gãy nếu có di lệch thứ phát, thay bột đùi cẳng bàn chân tròn kín và tập tỉ chân có trợ đỡ. Để bột 4-7 tuần, tháo bột cho tập phục hồi chức năng. Khám lại định kỳ sau khi tháo bột 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng, đánh giá kết quả điều trị.

Đánh giá kết quả. Bệnh nhân được khám lại, tùy theo mức độ đau, khả năng đi lại và vận động của cổ chân được đánh giá chức năng cổ

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi

Tuổi	0-3	3-6	6-9	9-12	12-15	15-18	Tổng
Bn	4	3	5	11	10	2	35
Tỉ lệ	11,4%	8,5%	14,3%	31,4%	28,8%	5,7%	100

Nhận xét: - Bệnh nhân trong độ tuổi 9-12 chiếm 31,4%, từ 12-15 chiếm 28,8%

- Độ tuổi trung bình 10,51 ± 4,23

3.1.3 Bên chân tổn thương

Bảng 3.3 Phân bố bệnh nhân theo bên chân tổn thương

Bên	Chân phải	Chân trái	Tổng
Bn	16	17	35
Tỉ lệ	45,7%	54,3%	100

Nhận xét: - Tỉ lệ bị chân phải/chân trái là 16/17

3.1.5. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi nắn thực thụ

Bảng 3.5: Thời gian từ lúc chấn thương đến khi điều trị

Thời gian	1 ngày	2-3 ngày	4-5 ngày	6-7 ngày	>7 ngày	Tổng
Bn	20	9	5	1	0	35
Tỉ lệ	57,1%	25,7%	14,3%	2,9%	0	100

Nhận xét: - Tỉ lệ Bn được nắn trong 24 giờ là 57,1%

- Không có Bn nào đến muộn sau 7 ngày.

- Thời gian trung bình từ lúc bị tai nạn đến khi được nắn bột là 1,2 ± 0,5 ngày

3.1.6 Điều trị trước khi đến viện của bệnh nhân đến muộn

Bảng 3.6: Điều trị trước khi đến viện

Điều trị	Chưa điều trị	Bỏ tại địa phương	Y học cổ truyền	Tổng
Bệnh nhân	3	7	5	15
Tỉ lệ	20%	46,7%	33,3%	100%

chân theo thang điểm AHS (ankle hindfoot score). Tổng điểm của thang điểm AHS tối đa là 100 điểm và chia thành 4 mức độ:

90-100 điểm: rất tốt, 80-89 điểm:tốt, 70-79 điểm: khá, <69 điểm: kém

Xử lí số liệu. Xử lí số liệu theo phần mềm SPSS.20

Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được lựa chọn ngẫu nhiên, được giải thích kĩ, tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 11 tháng (từ 1-11/2021), chúng tôi đã điều trị cho 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày, kết quả thu được như sau:

3.1 Đặc điểm lâm sàng

3.1.1 Giới tính

Bảng 3.1 Phân bố theo giới tính

Giới	Nam	Nữ	Tổng
Số bn	24	11	35
Tỉ lệ	68,5%	31,5%	100

Nhận xét: Tỉ lệ nam/nữ là 24/11

3.1.2 Tuổi

- Không có Bn nào bị cả 2 chân.

3.1.4 Nguyên nhân chấn thương

Bảng 3.4: Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Tai nạn sinh hoạt	Tai nạn giao thông	Tổng
Bn	16	17	35
Tỉ lệ	45,7%	54,3%	100

Nhận xét: - Tỉ lệ nguyên nhân chấn thương do Tn giao thông/ Tn sinh hoạt là 17/16.

- Không có tai nạn bạo lực hoặc tai nạn lao động.

Nhận xét: - Có 7 bệnh nhân được bó tại địa phương
- 5 bệnh nhân điều trị theo y học cổ truyền (bó lá)

3.1.7 Thời gian bó bột rạch dọc.

Bảng 3.7: Thời gian bó bột rạch dọc

Thời gian	≤ 7 ngày	8- 10 ngày	11- 14 ngày	Tổng
Bệnh nhân	7	16	12	35
Tỉ lệ	20%	45,7%	34,3%	100%

Nhận xét: - 45,7% bệnh nhân bó bột rạch dọc trong 10 ngày

- Thời gian bó bột rạch dọc trung bình $10,7 \pm 2,1$ ngày

3.1.8 Thời gian bó bột tròn kín

Bảng 3.8: Thời gian bó bột tròn kín

Thời gian	≤ 14 ngày	15- 21 ngày	22- 28 ngày	Tổng
Bệnh nhân	4	29	2	35
Tỉ lệ	11,4%	82,9%	5,7%	100

Nhận xét: - 82,9% bệnh nhân mang bột tròn kín trong 21 ngày.

- Thời gian bó bột tròn kín trung bình $20,6 \pm 2,5$ ngày

3.1.9 Thời gian tỳ chân một phần trọng lượng cơ thể, có trợ đỡ

Thời gian	≤ 10 ngày	10- 14 ngày	> 14 ngày	Tổng
Bệnh nhân	5	27	3	35
Tỉ lệ	14,3%	77,1%	8,6%	100

Nhận xét: - Đa số các bệnh nhân đã tỳ chân có trợ đỡ trong thời gian 10-14 ngày

- Thời gian tỳ chân một phần trọng lượng cơ thể trung bình: $12,7 \pm 2,3$ ngày

3.1.10 Thời gian tỳ chân hoàn toàn, không cần trợ đỡ

Thời gian	≤ 14 ngày	15- 21 ngày	22- 28 ngày	Tổng
Bệnh nhân	6	24	5	35
Tỉ lệ	17,1%	68,6%	14,3%	100

Nhận xét: - Đa số các bệnh nhân đã tỳ chân hoàn toàn, không cần trợ đỡ ở thời gian khoảng 15-21 ngày chiếm 68,6%

- Thời gian trung bình bệnh nhân đi lại không cần hỗ trợ: $20,4 \pm 1,1$ ngày

3.2 Chân đoán hình ảnh

3.2.1 Phân loại theo Salter-Harris trên phim chụp trước nắn

Bảng 3.11: Phân loại Salter-Harris trên phim chụp trước nắn

Loại	I	II	III	IV	V	Tổng
Bn	9	24	2	0	0	35
Tỉ lệ	25,7%	68,6%	5,7%	0	0	100

Nhận xét: - Đa số các bệnh nhân gãy Loại II chiếm 68,6% tổng số Bn.

- Không có Bn thuộc nhóm IV và V.

3.2.2 Độ di lệch trên phim chụp sau nắn lần 1

Bảng 3.12: Độ di lệch trên phim chụp sau nắn

Di lệch	<2mm	2-4mm	>4mm	Tổng
Bn	32	3	0	35
Tỉ lệ	91,4%	8,6%	0	100

Nhận xét: sau khi nắn lần 1 kết quả chụp lại phim XQ ta thấy.

- Tỉ lệ di lệch <2mm chiếm 91,4%.

- Chỉ có 3 BN (8,6%) chưa đạt và phải nắn lại lần 2. Sau nắn lần 2 chụp lại thấy di lệch trong giới hạn cho phép (< 2mm)

- Không có Bn nào di lệch > 4mm sau nắn trên phim Xquang.

3.2.3 Đánh giá liền xương sau quá trình điều trị

Bảng 3.13: Đánh giá liền xương sau 3 tháng

Liên xương	Liên tốt	Không liền	Tổng
Bn	35	0	35
Tỉ lệ	100	0	100

Nhận xét: - 100% bệnh nhân đạt liền xương sau quá trình điều trị.

- Không có bệnh nhân nào bị chậm liền hay khớp giả.

- Thời gian liền xương trung bình: $8,2 \pm 2,1$ tuần

3.2.4 Đánh giá vẹo trục sau quá trình điều trị

Bảng 3.14: Vẹo trục sau điều trị

Trục	Không lệch	Vẹo trong-ngoài	Vẹo trước-sau	Vẹo xoay trục	Ngăn chi	Tổng
Bn	30	3	2	0	0	35
Tỉ lệ	85,7%	8,6%	5,6%	0	0	100

Nhận xét: - Có 85,7% Bn không bị lệch trục cổ chân.

- 8,6% Bn bị lệch trục trong ngoài với mức lệch $<5^{\circ}$

- Không có bệnh nhân nào bị ngăn chi

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1 Đánh giá kết quả tại thời điểm 1 tháng

Bảng 3.15: Đánh giá tại thời điểm 1 tháng (n=35)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Bn	0	2	33	0	35
Tỉ lệ	0	5,7%	94,3%	0	100

Nhận xét: - Có 5,7% Bn đạt kết quả tốt, có 94,3% Bn đạt kết quả khá

- Không có Bn đạt kết quả kém.

- Điểm số trung bình đạt $73,17 \pm 2,81$

3.3.2 Đánh giá kết quả tại thời điểm 3 tháng

Bảng 3.16: Đánh giá tại thời điểm 3 tháng (n=32)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Bn	6	25	1	0	32
Tỉ lệ	18,8%	78,1%	3,1%	0	100

Nhận xét: - Có 78,1% Bn đạt kết quả tốt, 18,8% Bn đạt kết quả rất tốt

- Điểm số trung bình $85,47 \pm 3,34$.

3.3.3 Đánh giá kết quả tại thời điểm 6 tháng

Bảng 3.17: Đánh giá tại thời điểm 6 tháng (n=25)

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Bn	25	0	0	0	25
Tỉ lệ	100%	0	0	0	100

Nhận xét: - Tại thời điểm 6 tháng sau nghiên cứu 100% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt.

- Điểm số trung bình $95,12 \pm 1,94$.

IV. BÀN LUẬN

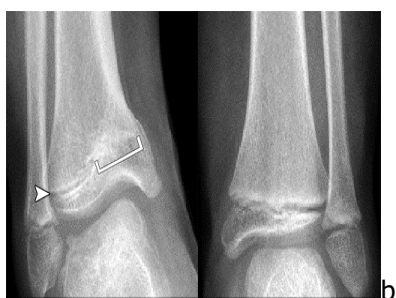
Qua 11 tháng điều trị và theo dõi quá trình tiến triển của 35 bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày, chúng tôi đã thu được những kết quả tốt của phương pháp điều trị bảo tồn với bệnh lý này.

Tỉ lệ nam/nữ là 24/11, tỉ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu khác như trong nghiên cứu của Adam macgalit [1] -2020 tỉ lệ nam/nữ là 32/27 (59 bệnh nhân) còn trong nghiên cứu của Hoonpark [5] -2017 với 95 bệnh nhân, tỉ lệ nam/nữ là 66/29, trong nghiên cứu của Cottalorda [9] - 2008 với 48 bệnh nhân thì tỉ lệ nam/nữ là 31/17. Trong nghiên cứu của Schurz M [5] -2010 với 99 bệnh nhân tỉ lệ nam/nữ là 63/36. Trẻ nam hiếu động và có xu hướng phát triển và dậy thì muộn hơn nữ nên thời gian phát triển của sụn tiếp hợp cũng dài hơn là những yếu tố làm tăng tần suất bị bệnh ở trẻ nam.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là

2 tuổi và lớn nhất là 17 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 12 – 15 tuổi với 28,8% tổng số bệnh nhân. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $10,51 \pm 4,23$ tuổi, thấp hơn tuổi trung bình trong các nghiên cứu khác, như của Adam Margalit [1] -2020 và Franco Russo [6] -2013 là 12,6; trong nghiên cứu của Schurz M [5] -2010 và Cottalona [9] -2008 là 11,6 tuổi. Tổn thương sụn tiếp hợp có thể làm đóng sụn tiếp hợp toàn phần hoặc bán phần gây ra các biến dạng về hình thái cũng như chức năng của cổ bàn chân.





Hình 4.1 a. Hình ảnh ngừng phát triển dài ra của xương chày với tổn thương sụn tiếp hợp đầu dưới xương chày ở trẻ em; b. Hình ảnh lệch trục cổ chân khi tổn thương sụn phát triển đầu dưới xương chày.

Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày có thể gặp trong nhiều cơ chế chấn thương khác nhau [7]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày gặp chủ yếu trong các tai nạn thể thao như trong nghiên cứu của Adam Margalit [1] tai nạn thể thao chiếm 36/58 trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày liên quan tới 2 nguyên nhân chính là tai nạn sinh hoạt và tai nạn giao thông với tỉ lệ 16/17. Các gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ít gặp do nguyên nhân thể thao, cũng là phù hợp vì thời gian này đang giãn cách xã hội do Covid 19.

Đa số Bệnh nhân trong nhóm sau khi tai nạn được đưa đến điều trị ngay trong 24 giờ đầu với 57,1%. Các trường hợp còn lại đến muộn hơn do nhiều nguyên nhân, bệnh nhân ở xa, các trường hợp đa chấn thương.. nên việc phát hiện và xử lí sớm các tổn thương có thể được thực hiện muộn hơn, có 25,7% bệnh nhân được nắn chỉnh thực thụ sau 2-3 ngày kể từ lúc chấn thương. Có một số trường hợp sau chấn thương được đưa đến các cơ sở y tế không chuyên khoa hoặc các thầy lang điều trị không đúng. Có 2 bệnh nhân đến muộn sau 7 ngày từ ngày tai nạn, việc nắn chỉnh ổ gãy rất khó khăn. Bệnh nhân càng nhỏ tuổi liền xương sau gãy càng nhanh, nếu đến muộn khi ổ gãy đã can chắc thường không có chỉ định nắn bột, với các can lệch cần phải mổ đục can sửa chữa thương tổn, ảnh hưởng đến sụn tiếp hợp và quá trình phát triển của xương về sau.

Theo phân loại của Salter – Harris [4] gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày được phân thành 5 loại dựa trên phim Xquang, có ảnh hưởng khác nhau tới quá trình phát triển của xương sau này. Gãy loại V thường khó phát hiện trên phim Xquang, thường được phát hiện bằng chụp MRI hoặc chẩn đoán hồi cứu [8]. Trong số 35 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, loại II

theo phân loại của Salter – Harris chiếm tỉ lệ cao nhất với 24/35 bệnh nhân (68,6%), tiếp theo loại I chiếm 25,7% và loại III chiếm 5,7%. Không thấy loại IV, V trong các bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Adam Margalit [1] năm 2020 với 645 bệnh nhân, gãy loại II chiếm 40%, cũng tương tự như nghiên cứu của Jalkanen [2] năm 2021 là 49%, khi nghiên cứu tổng hợp từ 395 bài báo với 1997 bệnh nhân. Trong nghiên cứu theo dõi dài của Schurz M [5] năm 2010 với 376 bệnh nhân cho thấy có 58% bệnh nhân gãy loại II, 33,8% bệnh nhân gãy loại III. Gãy loại II theo phân loại của Salter – Harris bao gồm gãy phân tách sụn tiếp hợp đồng thời có gãy xương của xương chày phía trên, làm ảnh hưởng đến sự phát triển theo chiều dài xương chày về sau, do có hiện tượng đóng sụn tiếp hợp sớm (premature physeal closure – PPC).

Các bệnh nhân sau khi được nắn chỉnh, bó bột được chụp phim kiểm tra ngay sau nắn và đánh giá mức độ di lệch. Sự di lệch của ổ gãy trên phim được nhiều tác giả chia ra làm 3 nhóm chính: di lệch ít khi mức di lệch <2mm, di lệch vừa khi mức di lệch từ 2-4mm, và di lệch nhiều khi mức di lệch >4mm. Kết quả chụp phim cho thấy có 32/35 bệnh nhân sau nắn chỉnh có mức di lệch <2mm, 3/35 bệnh nhân sau nắn chỉnh có mức di lệch từ 2-4mm phải nắn chỉnh lần 2, đạt kết quả tốt. không có bệnh nhân nào phải nắn lần 3 hay thất bại. Tỉ lệ nắn chỉnh thành công nêu trên cho thấy, các kĩ thuật viên nắn xương bó bột đã thực hiện rất tốt, với nhiều kinh nghiệm.

Chụp phim XQ trong quá trình điều trị và đo trục xương bằng phần mềm kèm theo máy, kết quả cho thấy có 30/35 bệnh nhân không có lệch trục chi, 5/35 bệnh nhân có lệch trục chi trong đó lệch trục trong- ngoài là 3 bệnh nhân với mức lệch trục <5°, lệch trục trước sau là 2 bệnh nhân với mức lệch <5°. Sau khi xương gãy sẽ có quá trình liền xương và dễ tạo thành các cầu can xương, chính các cầu xương này đã ngăn cản sự phát triển của sụn hoặc do tổn thương sụn tiếp hợp sau chấn thương và cơ chế đóng sụn tiếp hợp sớm luôn làm cho xương phát triển dài ra bất thường gây ra các lệch trục khác nhau. Trong nghiên cứu có 5/35 bệnh nhân có lệch trục chi ở mức độ chấp nhận được.

Về thời gian mang bột rạch dọc, đi chạm một phần bàn chân với nạng trợ đỡ khoảng 7 - 10 ngày, trung bình là 10,7 ngày. Sau đó, bệnh nhân được khám lại và thay bột cứng bàn chân tròn kín, đi chạm hoàn toàn bàn chân và không cần dụng cụ trợ đỡ. Việc thay bột sẽ giúp kiểm tra tình trạng ổ gãy, phát hiện các biến chứng có

thể gặp khi mang bột. Việc cho tỳ sớm lên ổ gãy giúp ổ gãy liền xương nhanh hơn. Thời gian mang bột tròn kín của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thường từ 14-21 ngày và tối đa là 28 ngày. Tổng kết lại về thời gian mang bột tròn kín thấy có 82,9% bệnh nhân mang bột trong 21 ngày, thời gian mang bột trung bình là 20,6 ngày.

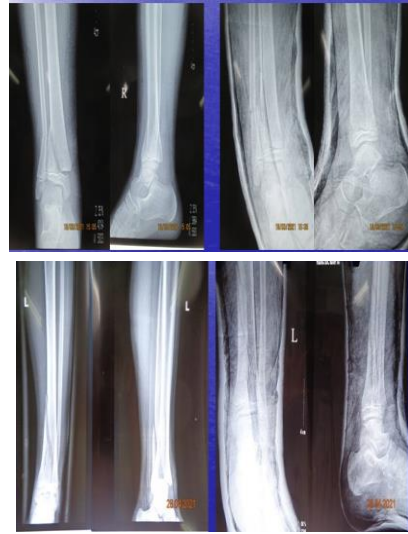
Đánh giá kết quả chung sau điều trị bằng Thang điểm đánh giá chức năng cổ bàn chân (AHS). Tổng điểm của thang điểm là 100 điểm và chia thành 4 mức độ. Điểm AHS đạt 90-100 điểm là rất tốt, từ 80-89 điểm là tốt, từ 70-79 điểm là khá và dưới 70 điểm là kém [8].

Tại thời điểm 1 tháng sau chấn thương với 35 bệnh nhân thấy có 33/35 bệnh nhân đạt kết quả khá, có 2/35 bệnh nhân đạt kết quả tốt, điểm số trung bình của các bệnh nhân tại là $73,17 \pm 2,81$ điểm. Tại thời điểm 3 tháng, theo dõi được 32 bệnh nhân, có 25/32 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 6/32 bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và không có bệnh nhân đạt kết quả kém. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt trở lên chiếm 96,9% tổng số bệnh nhân. Điểm số trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm 3 tháng là $84,47 \pm 3,34$ điểm. Tại thời điểm 6 tháng, theo dõi được 25 bệnh nhân, tất cả đều đạt kết quả rất tốt với điểm số trung bình $95,12 \pm 1,94$ điểm. Điểm số chức năng cổ bàn chân tăng dần từ thời điểm 1 tháng đến 3 tháng và 6 tháng sau điều trị một cách rõ rệt. Tại thời điểm 1 tháng khi bệnh nhân vừa tháo bột, tuy đã giảm đau nhưng vẫn còn đau khi vận động mạnh, hạn chế đi lại trên các bề mặt dốc, cũng như dáng đi chưa được bình thường. Tại thời điểm 3 tháng cho thấy bệnh nhân không còn đau nhưng dáng đi chưa hoàn toàn trở về bình thường, biên độ vận động chân ở mức trung bình cũng như chưa đạt sự ổn định khớp cổ chân. Tại thời điểm 6 tháng, các chức năng cổ bàn chân đã trở về gần như bình thường so với trước chấn thương.

Gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày ít nhiều có tỷ lệ ảnh hưởng tới sụn phát triển cũng như trực chi [9]. Theo nghiên cứu của Adam Margalit [1] năm 2020 tỷ lệ đóng sớm sụn tiếp hợp của các bệnh nhân gãy bong sụn tiếp đầu dưới xương chày loại II từ 30-40%. Trong nghiên cứu của Franco Russo [6] năm 2013 với 96 bệnh nhân cho thấy nhóm di lệch <2mm có 29% có cầu xương, nhóm di lệch 2-4mm có 33% có cầu xương, nhóm bệnh nhân di lệch >4mm được điều trị bằng phẫu thuật có 55% có cầu xương. Trong nghiên cứu của Adam Barmada [7] năm 2003 cho thấy tỷ lệ cầu xương sau điều trị gãy

bong sụn tiếp là 36%.

Một số hình ảnh kết quả sau nắn bột



Hình 4.2 một số hình ảnh XQ sau nắn xương, bó bột trong nhóm NC

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam/nữ là 24/11
- Độ tuổi hay gặp nhất là 9-15 tuổi chiếm 60,2%,
Độ tuổi trung bình $10,51 \pm 4,23$
- Tỷ lệ chân phải/trái là 16/17, không có Bn nào bị 2 chân.
- Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn sinh hoạt và Tn giao thông.
- Hầu hết các bệnh nhân được nắn chỉnh trong 24 giờ đầu chiếm 57,1%
- Phân loại theo Salter –Harris, loại II chiếm phần lớn với 68,6%
- Sau khi nắn hầu hết ổ gãy di lệch <2mm chiếm 91,4%
- Các bệnh nhân đều liền xương tốt sau điều trị
- Chụp phim kiểm tra có 3/35 bệnh nhân vẹo trục trong ngoài, 2/35 vẹo trước-sau
- Tại thời điểm 1 tháng 5,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 94,3% khá
- Tại thời điểm 3 tháng 96,95% đạt kết quả tốt trở lên.
- Tại thời điểm 6 tháng 100% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Adam Margalit, MD, Kranti V. Peddada, MD, Alexandra M. Dunham, MD, Craig M. Remenapp, MS, and R. Jay Lee, MD (2020) Salt."
2. "Jalkanen, Jenni MD, PhD*; Sinikumpu, Juha-Jaakko MD, PhD†; Puhakka, Jani MD‡; Laaksonen, Topi MD‡; Nietosvaara, Yrjänä M."
3. "Hoon Park, 1 Dong Hoon Lee, 2 Seung Hwan

- Han,1 Sungmin Kim,2 Nam Kyu Eom,1 and Hyun Woo Kim2 2018 What is the best treatme."
4. "Salter RB, Harris WR. Injuries involving the epiphyseal plate. J Bone Joint Surg Am. 1963;45:587-622."
 5. "Schurz M, Binder H, Platzner P, Schulz M, Hajdu S, Vecsei V.. Physeal injuries of the distal tibia: Long-term results in."
 6. "Franco Russo 1, Molly A Moor, Scott J Mubarak, Andrew T Pennoc 2013 Salter-Harris II fractures of the distal tibia: does."
 7. "Barmada A, Gaynor T, Mubarak SJ. Premature physeal closure following distal tibia physeal fractures: a new radiographic."
 8. "Melchior B, Badelon P, Peraldi P, Bensahel H. Les fractures decollemetes epiphysaires de l'extremite inferieure du tibi."
 9. "Sanctis N, Della Corte S, Pempinello C. Distal tibial and fibular epiphyseal fractures in children: Prognostic criteria."

TỰ CHĂM SÓC BẢN THÂN CỦA SINH VIÊN Y KHOA NĂM THỨ BA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM HỌC 2021 - 2022

Nguyễn Thị Thu Hương*, Trần Thơ Nhị*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tự chăm sóc bản thân của sinh viên Y khoa năm thứ ba Trường Đại Học Y Hà Nội và một số thuận lợi, khó khăn. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính và định lượng. **Kết quả:** Trong các hành động tự chăm sóc bản thân, sinh viên thực hành tự chăm sóc thể chất chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%), xã hội (26,2%), cảm xúc (21,1%), tâm lý (8,3%) và tâm linh chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,6%). Những yếu tố thuận lợi trong quá trình tự chăm sóc của sinh viên bao gồm: vận dụng kiến thức vào việc tự chăm sóc (15,3%), được sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè hoặc những người khác với tỷ lệ lần lượt là 56,7%, 55,3%, 12,3%. Bên cạnh những thuận lợi, sinh viên cũng gặp phải một số khó khăn như: thiếu thời gian cho hoạt động tự chăm sóc (93%), căng thẳng, áp lực từ việc học (38,9%), phụ thuộc kinh tế gia đình (28,3%), môi trường sống chưa phù hợp (14,2%). **Kết luận:** Hành động tự chăm sóc thể chất thường được sinh viên quan tâm, thực hiện nhiều nhất so với các hoạt động tự chăm sóc khác.

Từ khóa: Tự chăm sóc bản thân, sinh viên, thuận lợi, khó khăn.

SUMMARY

SELF-CARE OF THIRD YEAR STUDENTS OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN ACADEMIC YEAR 2021 - 2022

Objective: To describe the situation along with the advantages and disadvantages of self-care practices of third-year medical students at Hanoi Medical University. **Method:** A cross-sectional study design was conducted combining qualitative and quantitative. **Results:** Among self-care practices, the percentage of students reporting physical self-care was the highest percentage (83,6%), followed by social (26,2%), emotional (21,1%), psychological

(8,3%), and spiritual accounted for the lowest proportion (7,6%). Advantaging factors of self-care process were applying knowledge to self-care (15,3%), seeking help from family, friends or others (56,7%, 55,3%, 12,3% respectively). Besides the advantages, students also had to face several difficulties such as lacking time for self-care activities (93%), experiencing stress from studying (38,9%), depending on family finance (28,3%), inappropriate living environment (14,2%). 4.4% of the students had no companion during self-care process. **Coclusion:** Physical self-care activities was the most common practice and mostly performed by students, compared to other self-care activities.

Keywords: Self-care, student, disadvantages, advantages.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự chăm sóc bản thân là hành động đáp ứng các nhu cầu tâm sinh lý và xã hội của của một người. Tuy nhiên việc tự chăm sóc vẫn chưa được quan tâm nhiều. Bằng chứng là tỷ lệ các bệnh mãn tính có thể phòng ngừa được ngày càng gia tăng [1]. Ở Việt Nam, bệnh không lây nhiễm chiếm; 75% gánh nặng bệnh tật [2]. Các bệnh lý liên quan lối sống chiếm 75% đến 80% các ca bệnh đều thuộc nhóm bệnh lý có thể phòng ngừa [3]. Tự chăm sóc bản thân được ghi nhận giảm 40% các bệnh lý liên quan đến lối sống [2].

Trường đại học Y Hà Nội là trường y đầu ngành và lâu đời nhất của khu vực phía Bắc, đảm nhiệm việc tuyển chọn và đào tạo đội ngũ cán bộ y tế chủ yếu cho xã hội, nên môi trường học tập tại trường Y Hà Nội rất kỷ luật, nghiêm khắc và nhiều áp lực. Sinh viên Y với khối lượng kiến thức lớn, thời gian học tập dài và các đặc thù của nghề nghiệp như thực hành lâm sàng hay trực tại bệnh viện là một đối tượng cần được đánh giá. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng sinh viên Y có tỷ lệ cao các dấu hiệu của trầm cảm, lo âu và stress trong suốt những năm

*Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: thuhuonghmu1108@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022