

- viện K", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội
- Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng** (2012), "Đánh Giá Kết Quả Sớm Điều Trị U Bàng Quang Nông Bàng Cắt Đốt Nội Soi Kết Hợp Doxorubicin Một Liệu Duy Nhất Sau Mổ", Y Học Tp. Hồ Chí Minh, Tập 16, Phụ Bản Số 3, 2012
 - Vũ Văn Lại** (2007), "Nghiên cứu điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo kết hợp bơm BCG vào bàng quang", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội
 - Phạm Văn Thuyền** (2017), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bàng quang bán phần điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2010 - 2017", Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học y Hà Nội
 - Nguyễn Vũ Minh Thiện** (2020), "Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội
 - Phạm Văn Yên** (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng mô bệnh học của ung thư bàng quang giai đoạn muộn và kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ tại bệnh viện Việt Đức", Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội
 - Atreya Dash, Joseph A. Pettus IV** (2008), "A Role For Neoadjuvant Gemcitabine Plus Cisplatin In Muscle-invasive Urothelial Carcinoma Of The Bladder: A Retrospective Experience", Cancer . 2008 November 1; 113(9): 2471-2477
 - Daniel Herchenhorn, Rodrigo Dienstmann, Fabio A. Peixoto** (2007), "Phase II Trial Of Neoadjuvant Gemcitabine And Cisplatin In Patients With Resectable Bladder Carcinoma", Int Braz J Urol. 2007; 33: 630-8
 - Matthew D. Galsky** (2013), "Gemcitabine, Cisplatin, and Sunitinib for Metastatic Urothelial Carcinoma and as Preoperative Therapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer", Volume 11, Issue 2, p175-181, June 01, 2013

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI VÙNG CỔ BÀN TAY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Thieng Pisith¹, Ngô Văn Toàn², Nguyễn Mộc Sơn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương gân duỗi bàn tay không phải bệnh hiếm gặp, tuy nhiên kết quả điều trị còn kém. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương gân duỗi vùng cổ bàn tay tại bệnh viện Việt Đức, 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 82 bệnh nhân chấn thương gân duỗi đơn thuần, bệnh nhân hẹn tái khám sau ít nhất 6 tháng và đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của Dargan. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới (87,8%); tuổi trung bình là 36,0 tuổi, nguyên nhân chấn thương chính là tai nạn lao động và sinh hoạt (62,2% và 35,4%). Chấn thương tay trái (54,9%) và 1 gân (64,7%), tỷ lệ đứt gân hoàn toàn (91,4%); đứt gân bán phần (6,3%) và mất đoạn gân (2,3%). Tất cả được điều trị gân đứt bằng phương pháp khâu nối gân trực tiếp. Kết quả đạt tốt (71,8%) và khá (20,4%), trung bình (5,8%) và kém (1,9%). Chức năng gân duỗi tốt cao hơn ở nhóm tập phục hồi chức năng so với nhóm không tập. **Kết luận:** Phần lớn các tổn thương gân duỗi đơn thuần vùng cổ bàn tay có kết quả phẫu thuật tốt; kết quả kém hơn ở nhóm không tập PHCN.

Từ khóa: gân duỗi, chấn thương bàn tay.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGERY TREATMENT OF EXTENSOR TENDON INJURY AT VIET DUC HOSPITAL

Background: Injury to the extensor tendon of the hand is not a rare disease, but the treatment results are poor. **Objectives:** To describe clinical characteristics and results of surgical treatment of wrist extensor tendon injuries at Viet Duc hospital, 2019-2020. **Subjects and methods:** A case series descriptive study on 82 patients with simple extensor tendon injury, patients scheduled a follow-up visit after at least 6 months and evaluated the results according to Dargan's criteria. **Results:** Male (87.8%); average age was 36.0 years old, the main cause of injury was occupational and daily-life accidents (62.2% and 35.4%). Left hand injury (54.9%) and one tendon (64.7%), completed tendon rupture rate (91.4%); partial tendon rupture (6.3%) and loss of tendon segment (2.3%). All tendons were treated with direct tendon suture. The results were good (71.8%) and good (20.4%), moderate (5.8%) and poor (1.9%). Good extensor tendon function was higher in the rehabilitation group than in the non-exercise group. **Conclusion:** Most of the extensor tendon injuries in the wrist area have good surgical results; poorer results in the non-rehabilitation group.

Keywords: extensor tendon, hand injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương gân duỗi bàn tay không phải là một tổn thương hiếm gặp trong số các tổn thương ở chi trên; hàng năm trên thế giới tổn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Thieng Pisith

Email: thiengpisith95@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2022

Ngày duyệt bài: 18.11.2022

thương gân duỗi bàn tay với tỉ lệ khoảng 18 trường hợp trên 100.000 dân¹. Tổn thương gân duỗi bàn tay đơn thuần hầu như không ảnh hưởng tới tính mạng bệnh nhân, song các di chứng của nó lại rất nặng nề và làm cho người bệnh trở nên tàn phế, mất khả năng lao động và ảnh hưởng nhiều đến tâm lý người bệnh.

Ở Việt Nam, do thói quen sinh hoạt và các dụng cụ trong lao động sản xuất, vết thương gân duỗi vùng cổ bàn tay thường gặp hơn. Tuy nhiên, sau quá trình điều trị, các di chứng vết thương bàn tay là rất lớn. Để tổng hợp kết quả điều trị nhằm cung cấp các thông tin cho các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và phẫu thuật và chăm sóc bệnh nhân, hạn chế các di chứng cho các bệnh nhân chấn thương gân duỗi cổ bàn tay. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương gân duỗi vùng cổ bàn tay tại bệnh viện Việt Đức, 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu 82 bệnh nhân được phẫu thuật tổn thương gân duỗi vùng cổ bàn tay trong thời gian 2019-2020. Loại trừ các bệnh nhân có các chấn thương dập nát bàn tay và có các tổn thương phối hợp khác kèm theo.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

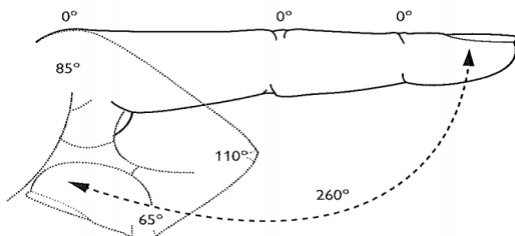
- Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu và tiến cứu. Cỡ mẫu bao gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được thu thập các thông tin thông qua hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện Việt Đức; bao gồm các thông tin: tuổi, giới, nghề nghiệp, cơ chế tai nạn, vị trí chấn thương, phương pháp phẫu thuật, kết quả và biến chứng.

Chúng tôi liên lạc với bệnh nhân hẹn tái khám để đánh giá kết quả xa sau mổ và có 61 bệnh nhân đến tái khám.

2.3. Đánh giá chức năng duỗi của gân sau mổ

Góc vận động bình thường của MP, PIP, DIP:



Hình 1. Góc vận động MP, PIP, DIP

Về phương pháp đo góc độ cử động một khớp thì đo theo tư thế xuất phát 0 (Zero starting position), là phương pháp đo chuẩn ở Âu-Mỹ năm 1965 và được Mueller cải tiến năm 1970 thành phương pháp trung bình 0 (Neutral zero method). Nó trở thành chuẩn để đo khớp của Hội nghiên cứu kết hợp xương A.O Thụy Sĩ. Khớp MP có thể duỗi quá mức từ 20-30 độ, khớp PIP duỗi quá mức khoảng 10 độ.

Cách khám và đo góc vận động: cho cẳng tay sấp, cổ tay được cố định ở tư thế thẳng cho duỗi đốt 1 các ngón tại khớp bàn-ngón tay để chống lại sức cản đặt tại các đốt 1 ngón tay. Các đốt 2, 3 cần được mềm mại (duỗi đốt 2 và 3 chủ yếu là nhờ chức năng của cơ giun và cơ gian cốt). Đối với cơ duỗi riêng ngón út và ngón trỏ thì có thể khám riêng khi các ngón khác được gấp để giảm bớt tác dụng của các cơ duỗi chung. Khi đo góc ở tư thế trung bình (0) là khớp cổ tay duỗi, ngón duỗi, trục cẳng tay và trục dọc ngón giữa tạo nên một đường thẳng. Ngón cái khép vào ngón trỏ.

- Đánh giá kết quả xa sau mổ chúng tôi dựa trên tiêu chuẩn của Dargan²:

- Tốt: Duỗi khớp bình thường
- Khá: Mất duỗi ít hơn 15 độ.
- Trung bình: Mất duỗi từ 15- 45 độ.
- Kém: Mất duỗi lớn hơn 45 độ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 82 bệnh nhân có tỉ lệ nam giới (87,8%); tuổi trung bình là 36,0 tuổi, phần lớn người bệnh thuộc nhóm tuổi lao động (85,6%). Nguyên nhân chấn thương chính là tai nạn lao động và sinh hoạt (62,2% và 35,4%). Chúng tôi nhận thấy chấn thương gặp ở tay trái (54,9%) và đa số các trường hợp chỉ tổn thương 1 gân (64,7%), số trường hợp tổn thương 3 hoặc 4 gân chỉ chiếm 14,6%.

*Vị trí ngón tổn thương

Bảng 1. Vị trí ngón tổn thương trên nhóm nghiên cứu (n=119)

Vị trí ngón	Tần suất	Tỷ lệ %
1	15	12,6
2	33	27,7
3	30	25,2
4	26	21,9
5	15	12,6
Tổng	119	100

Trong 82 bệnh nhân chúng tôi nhận thấy có tổng số 119 ngón tổn thương hay gặp hơn tại các ngón 2 (27,7%), 3 (25,2%) và 4 (21,9%).

*Đặc điểm tổn thương gân

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương gân

(n=128)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đút bán phần	8	6,3
Đút hoàn toàn	117	91,4
Mất đoạn gân	3	2,3
Tổng	128	100

Với tổng số 128 gân tổn thương chúng tôi nhận thấy phần lớn người bệnh trong nghiên cứu đút gân hoàn toàn (91,4%); còn lại 8 người bệnh đút gân bán phần (6,3%) và 3 người bệnh mất đoạn gân (2,3%).

***Phương pháp điều trị và biến chứng**

Tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều được điều trị gân đứt bằng phương pháp khâu nối gân trực tiếp. Phần lớn thực hiện theo phương pháp Kessler cải tiến. Tất cả bệnh nhân đều được hướng dẫn đầy đủ về tập phục hồi chức năng; tuy nhiên vẫn còn 18 trường hợp không tập (22,0%).

Chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng sau mổ là

Bảng 4. Liên quan đến kết quả điều trị (n=103)

Đặc điểm		Chức năng gân duỗi			
		Tốt (n,%)	Khá (n,%)	Trung bình (n,%)	Kém(n,%)
Cơ chế bệnh sinh	Sinh hoạt	23 (67,6%)	9 (26,5%)	2 (5,9%)	0
	Giao thông	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	0
	Lao động	49 (74,2%)	11 (16,7%)	4 (6,1%)	2 (3,0%)
Tay tổn thương	Phải	35 (70,0%)	13 (26,0%)	2 (4,0%)	0
	Trái	39 (73,6%)	8 (15,1%)	4 (7,5%)	2 (3,8%)
Ngón tổn thương	1	8 (53,3%)	3 (20,0%)	4 (26,7%)	0
	2	22(66,7%)	4 (12,1%)	5 (15,1%)	1
	3	18 (60,0%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)	1
	4	14 (53,9%)	7 (26,9%)	3 (11,5%)	0
	5	7 (46,7%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)	0
	7	0	0	0	0
Tập PHCN	Có	67 (76,1%)	11 (12,5%)	1 (1,1%)	0
	Không	7 (46,7%)	10 (66,7%)	5 (33,3%)	2 (13,3%)

Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ chức năng gân duỗi tốt ở tay phải cao hơn tay trái. Tỉ lệ chức năng gân duỗi tốt tương tự giữa các ngón tổn thương. Tỉ lệ chức năng gân duỗi tốt cao hơn ở nhóm tập phục hồi chức năng tốt so với nhóm không tập phục hồi chức năng.

IV. BÀN LUẬN

Khó có thể so sánh kết quả điều trị tổn thương gân duỗi giữa các cơ sở điều trị với nhau do số lượng bệnh nhân thường ít, mức độ tổn thương không tương đồng cũng như các tổn thương phối hợp ảnh hưởng đến quá trình điều trị và tập phục hồi chức năng sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá những trường hợp tổn thương đơn thuần, do vậy kết quả điều trị sẽ tốt hơn so với nhóm bệnh nhân

nhằm trùng vết mổ. Không có những biến chứng khác ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

***Đặc điểm chức năng duỗi của gân sau mổ.** Thăm khám 61 bệnh nhân với 103 gân duỗi sau mổ; đến tái khám từ 6 tháng đến 2 năm sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy:

Bảng 3. Chức năng duỗi của gân sau mổ (n=103)

Đặc điểm chức năng duỗi	Tần suất (n)	Tỷ lệ %
Tốt: Duỗi bình thường	74	71,8
Khá: Mất duỗi ít hơn 15 độ	21	20,4
Trung bình: Mất duỗi từ 15-45 độ	6	5,8
Kém: Mất duỗi lớn hơn 45 độ	2	1,9
Tổng	103	100

Phần lớn bệnh nhân có chức năng duỗi của gân sau mổ đạt tốt (71,8%) và khá (20,4%). Có 1,9% bệnh nhân có chức năng duỗi của gân sau mổ đạt mức kém.

có tổn thương phối hợp khác.

Các vết thương gây đứt bán phần gân hoặc đứt gân hoàn toàn với các đầu gân không đi lệch xa nhau thường có thể sửa chữa đơn giản bằng khâu nối trực tiếp với kết quả chức năng khả quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn người bệnh trong nghiên cứu đứt gân hoàn toàn (91,4%); còn lại 8 người bệnh đứt gân bán phần (6,3%) và 3 người bệnh mất đoạn gân (2,3%). Tổn thương mất đoạn gân duỗi đem lại thách thức cho phẫu thuật sửa chữa. Do sự di động kém, khả năng huy động cho sửa chữa là rất hạn chế. Các tổn thương này thường đòi hỏi các phương pháp tạo hình phức tạp hơn như chuyển gân, các vật gân tại chỗ hay ghép gân tự do.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều được điều trị gân đứt

bằng phương pháp khâu nối gân trực tiếp; phần lớn thực hiện theo phương pháp Kessler cải tiến. Kỹ thuật khâu nối tốt thì thuận lợi cho việc luyện tập sớm sau mổ, hạn chế sự dính gân và làm cho sự liền gân bên trong xảy ra tốt hơn. Ở các vùng gân duỗi bàn tay tổn thương thì mỗi vùng tổn thương có những kỹ thuật khâu khác nhau như: khâu chạy mũi bao gồm cả da và gân theo tác giả Doyle, khâu xuyên xương, mũi khâu Silverkiold, Kessler, Bunnell cải tiến... Do đặc điểm về cấu tạo giải phẫu gân duỗi móng và dẹt hơn gân gấp. Nếu khâu nối không tốt sẽ làm dập nát các đầu gân, ảnh hưởng đến sự nuôi dưỡng, đứt lại và dễ dính vào mô xung quanh. Qua nghiên cứu tài liệu và thực tiễn lâm sàng, chúng tôi nhận thấy rằng khi tổn thương gân thì mũi khâu Kessler cải tiến vẫn là mũi khâu được sử dụng tương đối phổ biến. Ưu điểm của mũi khâu này là đáp ứng được về mặt sinh lý cũng như cơ sinh học của gân. Bên cạnh đó chúng tôi cũng phối hợp với kỹ thuật khâu chạy với mũi khâu Silverkiold, thường được sử dụng cho tổn thương ở vùng II đến V. Điều quan trọng nhất khâu nối gân ở các vùng này là phải đảm bảo chiều dài tương đối của dải trung tâm và hai dải bên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61 bệnh nhân đến tái khám từ 6 tháng đến 2 năm sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy: kết quả thu được theo tiêu chí đánh giá kết quả điều trị nối gân duỗi của Miller cho thấy phần lớn chức năng duỗi của gân sau mổ đạt tốt (71,8%), khá (20,4%), trung bình (5,8%) và kém (1,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với những nghiên cứu trong thời gian trước đây. Nghiên cứu của Vũ Bá Cường cho kết quả tốt (40%), khá: (27%), trung bình (16,5%) và kém (16,5%). Tương tự, nghiên cứu của Newport và cộng sự sau khi nối 101 ngón tay ở khu V đến khu VII cho kết quả tốt đạt 64%. Dargan phẫu thuật 110 bệnh nhân gồm 258 gân duỗi tổn thương cho kết quả tốt 75%. Sự khác biệt về kết quả của các nghiên cứu có thể do mức độ nặng của tổn thương gân trong các nghiên cứu khác nhau.

Gân duỗi các ngón dài có sự tương đồng về đặc điểm giải phẫu và cấu trúc. Các vùng tổn thương theo phân loại của Verdan hoàn toàn giống với đặc điểm tổn thương, biến dạng tiềm tàng và chỉ định điều trị phẫu thuật. Trong nhiều nghiên cứu, kết quả chức năng sau phẫu thuật sửa chữa không khác biệt giữa các ngón dài. Vết thương đi qua vùng mu đốt bàn ngón I có nguy cơ gây tổn thương cả 3 gân duỗi chính: gân dạng dài, duỗi ngắn và duỗi dài ngón cái. Trong nghiên cứu của tác giả Mohammed, ngón I là

ngón có kết quả tốt nhất so với các vị trí khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kết quả khá tương đồng giữa các ngón tổn thương: cao nhất ở ngón II (66,7%) và thấp nhất ở ngón V (46,7%). Kết quả này có thể do ngón V có kích thước nhỏ hơn, gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu tiến cứu chúng tôi đều hướng dẫn một cách cụ thể phương pháp tập luyện sớm ngay sau mổ, tuy nhiên vẫn còn một số trường hợp không tuân thủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ chức năng gân duỗi tốt cao hơn ở nhóm tập phục hồi chức năng tốt so với nhóm không tập phục hồi chức năng. Điều đó chứng tỏ rằng nếu bệnh nhân có ý thức về bệnh tật của mình, chủ động trong việc tập luyện và điều quan trọng hơn nữa là sự phối hợp chặt chẽ với bác sĩ điều trị trong suốt thời gian điều trị và khám lại thì kết quả sẽ đạt được sẽ tốt hơn. Theo Saldana⁸ thì việc sử dụng nẹp năng động trong việc điều trị vết thương gân duỗi ở vùng 3 cho kết quả tốt là 65%. Kết quả nghiên cứu cho thấy tập vận động nếu được theo dõi cẩn thận thì rất an toàn, tác giả đã so sánh với các kết quả của phương pháp sử dụng nẹp tĩnh trước nghiên cứu này thì thấy bệnh nhân đạt kết quả tốt ở tuần thứ 8 thay vì ở 16-18 tuần của nghiên cứu trước. Theo Newport⁹, trong một nghiên cứu lâm sàng việc khâu nối gân duỗi và theo dõi sau phẫu thuật thấy rằng cố định đã là một nền tảng cho việc điều trị sau phẫu thuật các thương tích với kết quả khá và tốt khác nhau từ 54% đến 95%. Tuy nhiên kết quả lâm sàng đã liên tục được cải thiện khi sử dụng phục hồi chức năng liên quan đến nẹp năng động với kết quả tốt đạt được ít nhất là 90% các trường hợp. Ngoài ra nghiên cứu tính chất cơ sinh học của gân duỗi còn đánh giá được sức mạnh của duỗi của ngón tay, sự co rút gân, sự liền gân và sự trượt của gân khi sử dụng các kỹ thuật tập phục hồi chức năng hợp lý. Như vậy, tập phục hồi chức năng sớm sau mổ là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các tổn thương gân duỗi đơn thuần vùng cổ bàn tay có kết quả phẫu thuật tốt; trong đó nhóm bệnh nhân có kết quả điều trị kém hơn là các tổn thương do tai nạn lao động, tổn thương tay trái, vị trí ngón V và đặc biệt nhóm không tập PHCN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clayton RA, Court-Brown CM. The epidemiology

- of musculoskeletal tendinous and ligamentous injuries. *Injury*. 2008;39(12):1338-1344.
2. **Dargan E, Woolf RM.** Management of extensor tendon injuries of the hand. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1969;44(6):609.
 3. **Nguyễn Hùng Thế** (2010). Nghiên cứu đặc điểm chấn thương và đánh giá kết quả điều trị vết thương bàn tay tại bệnh viện Xanh Pôn.
 4. **Patillo D, Rayan GM.** OPEN EXTENSOR TENDON INJURIES: AN EPIDEMIOLOGIC STUDY. *Hand Surgery*. 2012;17(01):37-42.
 5. **de Jong JP, Nguyen JT, Sonnema AJ, Nguyen EC, Amadio PC, Moran SL.** The incidence of acute traumatic tendon injuries in the hand and wrist: a 10-year population-based study. *Clinics in orthopedic surgery*. 2014;6(2):196-202.
 6. **Phạm Kiến Nhật** (2021). Kết quả khâu, ghép các tổn thương đứt, mất đoạn gân duỗi bàn tay. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
 7. **Hoàng Quốc Quân** (2012). Đánh giá kết quả phẫu thuật thương tích gân duỗi bàn tay tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
 8. **Saldana MJ, Chohan S, Westerbeck P, Schacherer TG.** Results of acute zone III extensor tendon injuries treated with dynamic extension splinting. *The Journal of hand surgery*. 1991;16(6):1145-1150.
 9. **Newport ML, Pollack GR, Williams CD.** Biomechanical characteristics of suture techniques in extensor zone IV. *The Journal of hand surgery*. 1995;20(4):650-656.

SỰ LƯU HÀNH CÁC CHỦNG ACINETOBACTER BAUMANNII KHÁNG CARBAPENEM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đường Thị Hồng Diệp¹, Cao Thị Phụng¹

CENTER HO CHI MINH CITY

Background: Infections caused by *Acinetobacter baumannii* in the hospital cause many serious consequences when the rate of its antibiotic resistance is increasing, especially carbapenem. **Objective:** to determine the rate of antibiotic resistance, sample types, interventional procedures, the prevalence of *A. baumannii* infection in clinical departments in the hospital. **Methods:** The design of a cross-sectional study investigated 76 isolated cases of *A. baumannii* infection, which were performed at the Hospital of Medical University of Medicine and Pharmacy in Ho Chi Minh City from May 2020 to November 2020. **Results:** The rate of resistance to imipenem and meropenem was 93.4%. *A. baumannii* infection departments: ICU (54.0%). Types of infections: Lower respiratory tract infections (71.1%), blood infections (36.8%), skin and soft tissue infections (23.2%). Major sample types: Sputum, bronchial fluid (64.5%). Type of interventional procedure: respiratory intervention (75.0%), intravenous intervention (36.5%). **Conclusion:** The carbapenem resistance was 93.4% (imipenem and meropenem) mostly in patients with lower respiratory tract infections.

Keywords: *Acinetobacter baumannii*, carbapenem, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acinetobacter spp. là nhóm vi khuẩn cơ hội gây ra các bệnh nhiễm trùng bệnh viện. Trong các mẫu bệnh phẩm, tác nhân gây bệnh cơ hội thường gặp nhất là *Acinetobacter baumannii* với ác bệnh phổ biến như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm màng não thứ phát.

A. baumannii là một mầm bệnh kháng kháng sinh nghiêm trọng được gọi với thuật ngữ "ESKAPE", bao gồm các nhóm vi khuẩn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii* tại bệnh viện gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng đặc biệt là kháng carbapenem. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ kháng kháng sinh, tỉ lệ mẫu bệnh phẩm, bệnh nhiễm khuẩn *A. baumannii* tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang khảo sát 76 trường hợp nhiễm *A. baumannii* phân lập, được thực hiện kháng sinh đồ được tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM từ tháng 5/2020 đến tháng 11/2020. **Kết quả:** Tỉ lệ kháng imipenem và meropenem là 93,4%, đề kháng hầu hết với các loại kháng sinh nghiên cứu khác với tỉ lệ trên 80%. Phân bố các khoa nhiễm khuẩn *A. baumannii*: Hồi sức tích cực với 54,0%. Nhiễm trùng đường hô hấp dưới (71,1%), nhiễm trùng máu (36,8%), nhiễm trùng da và mô mềm (23,2%). Bệnh phẩm nhiều nhất với Đàm, dịch phế quản (64,5%). Can thiệp hô hấp (75,0%), can thiệp tĩnh mạch (36,5%). **Kết luận:** Tỉ lệ kháng carbapenem 93,4% (imipenem and meropenem) phần lớn ở bệnh nhân nhiễm trùng đường hô hấp dưới.

Từ khóa: *Acinetobacter baumannii*, carbapenem, đề kháng kháng sinh.

SUMMARY

DISTRIBUTION OF CARBAPENEM-RESISTANT ACINETOBACTER BAUMANNII STRAINS AT THE UNIVERSITY MEDICAL

¹Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đường Thị Hồng Diệp

Email: duongthihongdiiep@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022