

- outpatient department at Dangila primary hospital, Awi zone, Northwest Ethiopia, Global Security: Health, Science and Policy, 5(1), 57-64.
4. **Jinsoo H.** (2019). Measuring OPD patient satisfaction with different service delivery aspects at public hospitals in Pakistan. *Int J of Environ Res and Public Health*, 16(13), 2340
 5. **Kamraa V, Singha H and De KK** (2016). Factors affecting patient satisfaction: an exploratory study for quality management in the health-care sector. *Total Quality Management*, 27(9-10), 1013– 1027.
 6. **Melese T, Gebrehiwot Y, Bisetegna D, & Habte D.** (2014). Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia. *Pan African Medical Journal*, 17.
 7. **Narinder K, & Saini, SS** (2013). Comparative assessment of satisfaction among outpatient department patients visiting secondary and tertiary level government hospitals of a district in Delhi. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 38(2), 114–117.
 8. **Prakash B** (2010). Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151–155.
 9. **Pini A, Sarafis P, Malliarou M, Tsounis A, Igoumenidis M, Bamidis P, & Niakas D** (2014). Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Global Journal of Health Science*, 6(5), 196–203.
 10. **Samy W, Alswat KA, Serwah AH, & Abdel-Wahab M** (2015). Insight medical publishing group patient satisfaction from medical service provided by university outpatient clinic, Taif University, Saudi Arabia. *Quality in Primary Care*, 23(4), 241–248.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠY THÂN XƯƠNG CẰNG TAY TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Nam¹, Ngô Xuân Tuấn¹, Vũ Trường Thịnh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật gãy thân xương cẳng tay trẻ em tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu không đối chứng trên 63 BN trẻ em độ tuổi 4-16 tuổi, được chẩn đoán gãy kín thân xương cẳng tay đã được phẫu thuật KHX tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** BN ở độ tuổi 11-16 tuổi chiếm đa số 84,1%, tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 12,7±2,7, trong đó nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn 87%; TNSH và TNGT là nguyên nhân chính dẫn tới chấn thương, chiếm 87,3%. Theo phân loại AO có 95,2% loại A, 3,2% loại B và 1,6% loại C. Kết quả chung tốt chiếm tỉ lệ cao 93,7%, 6,3% trung bình, không có trường hợp nào kém. **Kết luận:** Gãy kín thân xương cẳng tay trẻ em thường gặp trong chấn thương chi trên và ảnh hưởng chức năng lớn tới chức năng cẳng tay. Phẫu thuật KHX nhằm nắn chỉnh, phục hồi giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm, mang lại hiệu quả tốt cho BN.

Từ khóa: gãy cẳng tay trẻ em.

SUMMARY

THE RESULTS OF THE SURGERY TO TREAT CLOSE FOREARM BONE FRACTURES IN

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nam

Email: namata0303@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

CHILDREN AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: The results of the surgery to treat close forearm bone fractures in children at Viet Duc University Hospital. **Subjects and methodology:** A retrospective and non-controlled cross-sectional descriptive study on 63 patients diagnosed with close forearm bone fractures from 4-16 years old who were treated with ostomy surgery at Viet Duc University Hospital. **Result:** The majority of patients were between 11-16 years old at 84,1%, the mean age is 12,7±2,7, in which men accounted for a higher proportion with 87%. Traffic accidents and daily-life accidents account for the highest percentage of injuries with 87,3%. According to the AO classification, the A class is 95,2%, the B class is 3,2% and the C class is 1,6%. The overall good result accounted for the high rate of 93,7%, the medium was 6,35 and there was no poor case. **Conclusion:** A forearm bone fracture is a common fracture in upper extremity trauma and affects the function of the forearm. Open reduction internal fixation to correct and restore anatomy, fix the fracture firmly, create conditions for early rehabilitation after surgery and bring good results to the patient.

Keyword: forearm bone fracture in children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương cẳng tay là gãy xương phổ biến ở trẻ em, chỉ đứng sau gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nguyên nhân thường gặp là TNGT, TNSH, tai nạn thể thao. Ở Việt Nam hiện nay, gãy xương cẳng tay trẻ em có xu hướng ngày càng nhiều do sự phát triển của các phương tiện giao thông, ý thức tham gia giao thông của một bộ phận người tham gia giao

thông chưa tốt.

Khi gãy thân hai xương cẳng tay, do sự co kéo của các nhóm cơ đối lực và do tác động của màng gian cốt nên sự di lệch thường phức tạp, nắn chỉnh thường khó khăn. Yêu cầu của điều trị gãy thân hai xương cẳng tay cao do chức năng sinh lý quan trọng là sấp ngửa bàn tay-sự khéo léo trong phức hợp động tác của cẳng tay, cổ tay và bàn tay, chức năng này rất cần cho hoạt động sinh hoạt và nghề nghiệp chính xác. Do đó yêu cầu khi điều trị gãy thân hai xương cẳng tay, ngoài phục hồi chiều dài, áp sát diện gãy cần đảm bảo trục bình thường, trục xoay cẳng tay tốt thì mới phục hồi biên độ sấp ngửa của cẳng tay.

Việc điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay trẻ em đang được tiến hành bằng cả hai phương pháp: điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật. Tuy nhiên do sự khó khăn khi nắn chỉnh nên việc điều trị bảo tồn gãy thân hai xương cẳng tay còn hạn chế, trong khi đó điều trị bằng phẫu thuật có nhiều ưu điểm hơn khi phục hồi giải phẫu hai xương cẳng tay.

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, việc phẫu thuật điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay trẻ em đã được tiến hành từ lâu, tuy nhiên chưa có nhiều bài báo, nghiên cứu đánh giá cụ thể. Để đánh giá một cách đầy đủ về tình hình điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay trẻ em bằng phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, qua đó rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 63 BN trẻ em độ tuổi 4-16 tuổi được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng tay đã được phẫu thuật KHX tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu không đối chứng.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN trẻ em độ tuổi 4-16 tuổi, được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng tay. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và X-quang. Đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim X-quang trước mổ và sau mổ, BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, gãy xương tổn thương mạch máu, thần kinh, các trường hợp gãy Galeazzi, gãy Monteggia, các BN tổn thương thần kinh di chứng liệt chi trên, di chứng sau chấn thương, các BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật:

- Tư thế: BN nằm ngửa trên bàn mổ, gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê. Tay mổ

được đánh dấu, sát khuẩn, garo gốc chi

Thì 1: Mổ đặt lại xương quay

+ Đường mổ Thompson: rạch da theo đường định hướng từ mỏm trên lồi cầu ngoài đến mỏm trâm quay, cẳng tay ở tư thế sấp, phẫu tích tách khối cơ duỗi ở ngoài và cơ duỗi chung các ngón tới xương quay. Đường mổ này áp dụng với gãy xương quay 1/3 trên.

+ Đường mổ theo Henry: rạch da theo đường định hướng từ lồi củ xương quay tới mỏm trâm quay, tách cơ ngửa dài và nhánh trước thần kinh quay ra ngoài, cơ gan tay dài và động mạch quay vào trong. Đường mổ này thường áp dụng với gãy xương quay 1/3 giữa và 1/3 dưới.

+ Đặt lại trục xương quay, KHX nẹp vis hoặc đinh nội tủy. Trong trường hợp sử dụng nẹp vis thì dùng mũi khoan đường kính 2.5mm để bắt vis có đường kính 3.5mm, hướng khoan vuông góc với thành xương. Trước khi khoan phải đặt các nâng xương ở phía đối diện để tránh mũi khoan gây tổn thương mạch máu, thần kinh

Thì 2: Mổ đặt lại xương trụ

+ Rạch da theo đường định hướng từ mỏm khuỷu tới mỏm trâm trụ, theo bờ sau ngoài xương trụ dài khoảng 10cm.

+ Phẫu tích, làm sạch ổ gãy, đặt lại xương, cố định giống xương quay

Thì 3:

+ Bơm rửa, làm sạch vết mổ bằng dung dịch nước muối sinh lý

+ Đặt dẫn lưu.

+ Đóng vết mổ các lớp theo giải phẫu

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương.
- Triệu chứng lâm sàng.
- Thời gian từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện.
- Phương pháp phẫu thuật: kỹ thuật mổ, đường mổ.
- Kết quả điều trị, biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số BN	Tỉ lệ
Giới	Nam	55	87
	Nữ	8	13
Tuổi	4-6	2	3,2
	7-10	8	12,7
	11-16	53	84,1
Nguyên	TNGT	20	31,7

nhân	TNSH	35	55,6
	Tai nạn thể thao	7	11,1
	Tai nạn lao động	1	1,6
Phân loại theo AO	Loại A	60	95,2
	Loại B	2	3,2
	Loại C	1	1,6
Bên tổn thương	Tay phải	18	28,6
	Tay trái	45	71,4
	Hai bên	0	0
Thời gian từ lúc tai nạn đến lúc mổ	1-7 ngày	54	85,7
	8 ngày-1 tháng	4	6,3
	1 tháng	5	8,0

Bảng 3.1: Tỷ lệ BN là nam giới chiếm đa số với 87%, nam/nữ là 6,9/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Độ tuổi 11-16 tuổi chiếm đa số với 84,1%, độ tuổi trung bình là 12,7±2,7. Nguyên nhân của chấn thương chủ yếu là TNSH và TNGT với tỷ lệ TNSH/GT là 1,75/1. Các BN đều có dấu hiệu đầy đủ của gãy thân xương cẳng tay trên lâm sàng. Phân loại đường gãy theo AO thấy phần lớn đường gãy là đơn giản với loại A chiếm 95,2%. Phân loại theo bên tổn thương thấy tay trái chiếm đa số với 71,4%, tỷ lệ trái/phải là 2,5/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hầu hết các BN được mổ ngay trong tuần đầu sau chấn thương với 85,7%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả gần

Đặc điểm	Phân loại	Số BN (63)	Tỷ lệ (%)
Diễn biến vết mổ	Liên vết mổ thì đầu	62	98,4
	Nhiễm khuẩn nông	1	1,6
	Viêm mủ	0	0
Kết quả quang sau mổ	Xương thẳng trục và hết di lệch	56	88,9
	Còn di lệch	7	11,1

Bảng 3.3 Kết quả xa

Đặc điểm	Phân loại	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sẹo mổ	Sẹo mổ mềm mại	52	82,5
	Sẹo lõm	11	17,5
	Viêm rò	0	0
Kết quả liền xương	Liên xương tốt	61	96,8
	Chậm liền	2	3,2
	Khớp giả	0	0
Chức năng sắp ngửa cẳng tay	Tốt	58	92,1
	Khá	4	6,3
	Trung bình	1	1,6
	Xấu	0	0

Bảng 3.4. Kết quả chung

Kết quả	Số BN (n=63)	Tỷ lệ (%)
Tốt	59	93,7
Khá	3	4,7
Trung bình	1	1,6
Kém	0	0

Kết quả sau mổ là tốt với Xquang sau mổ hết di lệch và di lệch ít trong mức cho phép là 88,9%. BN sau mổ liền sẹo thì 1 chiếm 98,4%. Kết quả xa sau mổ tỷ lệ liền xương cao đạt 96,8%, biến chứng sau mổ chậm liền chiếm 3,2%, không có BN khớp giả. Chức năng sắp ngửa cẳng tay sau mổ đạt tốt chiếm 92,1%. Kết quả chung số BN đạt tốt và khá chiếm 98,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 63 BN trẻ em gãy kín thân xương cẳng tay được phẫu thuật KHX tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, các BN có độ tuổi từ 4-16 tuổi, độ tuổi trung bình là 12,7 ± 2,7, độ tuổi từ 11-16 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 84,1%, tuổi càng nhỏ, các BN được ít được phẫu thuật khi gãy kín thân xương cẳng tay. Tỷ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ 6,9/1.

Theo Dương Đình Toàn¹ và cộng sự (2022) tại bệnh viện Việt Đức các BN có độ tuổi trung bình 8,57 ± 3,5, độ tuổi hay gặp nhất 6-10 tuổi với 52,9%, tỷ lệ nam/nữ 5/1. Theo Zenon Pogorelic² và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 173 BN thấy tuổi trung bình là 11, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Theo Rokaya Pk và cộng sự (2017) tỷ lệ nam/nữ là 5/1

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 12,7 ± 2,7 trong đó tuổi trung bình của nhóm trẻ trai là 12,9 ± 2,4, nhóm trẻ gái là 11,0 ± 3,8

Có 2 nguyên nhân chính gây gãy thân xương cẳng tay trẻ em là TNSH và TNGT, trong đó TNSH chiếm đa số với 55,6%, sau đó là TNGT chiếm 31,7%. Điều này cho thấy việc vui chơi giải trí của trẻ em chưa được quan tâm đúng cách, trẻ còn gặp nhiều nguy hiểm từ các sinh hoạt hàng ngày. Sự khác biệt về phân bố tỷ lệ giới và nguyên nhân chấn thương không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). TNSH cũng là nguyên nhân hay gặp trong các nghiên cứu từ trước tới nay. Theo Wenhao Zheng³ và cộng sự (2018) với 150 BN, TNSH chiếm 52%. Theo Zeybek H⁴ và cộng sự (2021) với 51 BN, TNSH chiếm 84,3%.

Trong số 63 BN trong nghiên cứu có 45 BN gãy tay trái, chiếm 71,4%, tỷ lệ gãy tay phải/tay trái là 2,5/1 và không có BN nào bị cả hai tay. Trong hầu hết các nghiên cứu tỷ lệ tay phải/trái là tương đương nhau như trong nghiên cứu của Keith R (2008), Wenhao Zheng (2018) và Y Feng (2016). Cũng có một số nghiên cứu, tỷ lệ tay phải/trái có sự khác biệt, theo Shah và cộng sự (2010) tỷ lệ tay trái/phải là 3,7/1, ngược lại trong nghiên cứu của Zeybek H tỷ lệ tay trái/phải là

2/3, sự khác biệt này không có nhiều ý nghĩa trong thống kê y học.

Các BN gãy kín thân xương cẳng tay trẻ em sau khi được thăm khám, chẩn đoán tại phòng khám cấp cứu, được chuyển lên khoa chấn thương, xếp lịch mổ có sắp xếp. Trong nghiên cứu với 63 BN, tỉ lệ các BN được mổ ngay trong tuần đầu sau chấn thương là 54,63, chiếm đa số với 85,7%. Có 4 bệnh nhân được phẫu thuật từ 8-30 ngày sau chấn thương, đây là các BN có tổn thương sọ não, ngực bụng phối hợp, được mổ sau khi các tổn thương nguy hiểm tính mạng đã ổn định, 5 BN mổ sau 1 tháng là BN bó bột, bó lá thất bại nên đến muộn. Việc phẫu thuật sớm sẽ mang lại hiệu quả cao, giảm sự đau đớn, giảm nhiễm khuẩn, BN sớm hồi phục, tại các nước phát triển như trong nghiên cứu của Shah và cộng sự (2010) hay của Mansoor A và cộng sự (2019) tất cả các BN đều được phẫu thuật ngay trong tuần đầu sau chấn thương, tuy nhiên tại Việt Nam chưa thể thực hiện điều này do sự quá tải của hệ thống y tế công lập.

4.2. Đặc điểm hình ảnh Xquang. Về hình thái gãy xương phân loại theo AO cho thấy tỉ lệ gãy đơn giản (loại A) chiếm đa số với 95,2%, trong đó gãy gãy chéo vát chiếm 49,2%, gãy đôi ngang chiếm 46%. Tỉ lệ gãy có mảnh rời hoặc gãy phức tạp, nhiều tầng, nhiều mảnh chiếm tỉ lệ ít, kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó.

Theo Keith R⁵ và cộng sự (2008) với 31 BN thấy tỉ lệ loại A là 87%, theo Zeybek H⁴ và cộng sự (2021) với 51 BN, loại A chiếm 51%, theo Mansoor A⁶ (2019) tỉ lệ loại A là 100%. Tỉ lệ gãy loại A theo phân loại AO chiếm đa số do nguyên nhân chủ yếu là TNSH, xương trẻ em màng xương dày nên ít khi gãy phức tạp.

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 63 BN trong nghiên cứu có 62 BN liền vết mổ kỳ đầu, 1 BN bị nhiễm trùng vết mổ. Tỉ lệ liền vết mổ thì đầu cao do các BN được chuẩn bị mổ tốt, tình trạng phần mềm không có thiếu dưỡng, trong quá trình phẫu thuật đã tuân thủ tốt nguyên tắc vô khuẩn, BN được sử dụng kháng sinh đúng rồi, thay băng sạch sẽ. Việc liền vết mổ thì đầu tốt góp phần giúp quá trình hồi phục tốt hơn.

Chụp phim kiểm tra sau quá trình phẫu thuật cho thấy 56/63 BN nắn chỉnh ổ gãy tốt, trục xương thẳng. Tuy nhiên còn 7/63 BN còn di lệch ổ gãy sau nắn chỉnh, tuy nhiên trục xương thẳng, đảm bảo các điều kiện cần thiết để chức năng của cẳng tay, đặc biệt là chức năng sấp ngửa cẳng tay không bị ảnh hưởng. Các BN có di

lệch ổ gãy này đều nằm trong nhóm các BN được phẫu thuật bằng phương pháp đinh nội tủy trên màn tăng sáng, hạn chế mở ổ gãy nên trục xương cẳng tay được đảm bảo, quá trình liền xương không bị ảnh hưởng, cộng với quá trình tự nắn chỉnh của xương trẻ em nên kết quả chung sau phẫu thuật không bị ảnh hưởng.

4.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

Đánh giá lại các BN trong nhóm nghiên cứu sau mổ 6 tháng cho thấy tất cả các BN đều liền tốt, trong đó 52/63 BN sẹo mổ mềm mại, 11/63 BN sẹo lồi, không có BN nào bị viêm rò hay sẹo xấu, sẹo co. Với phương pháp phẫu thuật đã được quy chuẩn, tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn và ngoại khoa nên sẹo mổ của BN tốt, không có BN nào phàn nàn về sẹo mổ sau phẫu thuật.

Chụp phim kiểm tra độ liền xương sau phẫu thuật 6 tháng cho thấy có 61/63 (chiếm 96,8%) BN liền xương tốt, ổ gãy liền hết, trục xương đạt. Có 2/63 BN chậm liền xương, ống tủy chưa thông tốt sau mổ nhưng trục xương tốt và chức năng cẳng tay không bị hạn chế sau mổ.

Theo Keith R⁵ (2008) nghiên cứu trên 31 BN, tỉ lệ liền xương của nhóm KHX nẹp vis là 91,7%, ở nhóm đinh nội tủy là 89,5%.

Theo Shah (2010) nghiên cứu trên 61 BN, kết quả liền xương tốt chiếm 98%.

Theo Zheng (2018) nghiên cứu trên 150 BN, kết quả liền xương tốt chiếm trên 95%

Đánh giá chức năng sấp ngửa cẳng tay- một chức năng chính- yêu cầu nhiều yếu tố cần đạt được sau phẫu thuật cũng như tập luyện, phục hồi chức năng. Kết quả cho thấy 58/63 BN đạt kết quả chức năng sấp ngửa cẳng tay phục hồi giống như tay không tổn thương, 4 BN có giảm nhẹ khả năng ngửa cẳng tay, tuy nhiên không ảnh hưởng tới các sinh hoạt hàng ngày. Có 1 BN còn hạn chế chức năng sấp ngửa cẳng tay, tuy nhiên khi chụp phim cho thấy trục xương đạt, xương đã liền, có di lệch ổ gãy nên đã được hướng dẫn tập phục hồi chức năng thêm mà không cần phẫu thuật lại.

Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên 2 tiêu chuẩn: Tiêu chuẩn Price và tiêu chuẩn Anderson để đánh giá tổng hợp nhất. Kết quả cho thấy 93,7% BN đạt kết quả rất tốt, 4,7% BN đạt kết quả tốt. Chỉ có 1 BN đạt kết quả phục hồi chức năng trung bình, BN này đã đi bó lá, kết quả không đạt, da bị viêm, sau mổ vết mổ bị nhiễm trùng.

Theo Zeybek H⁴ (2021) nghiên cứu trên 51 BN thấy kết quả từ tốt trở lên ở nhóm KHX nẹp vis là 83,3%, nhóm KHX đinh nội tủy là 83,3%, ở nhóm lai là 78,6%. Theo Zheng H⁸ (2018) nghiên cứu trên 150 BN thấy kết quả tốt trở lên ở nhóm

KHX định nội tủy là 89,6%, nhóm KHX nẹp vis là 88,6% và nhóm lai là 93,3%.

V. KẾT LUẬN

Gãy thân xương cẳng tay trẻ em là một gãy xương chi trên ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng-bàn tay đặc biệt cho lứa tuổi học sinh nên cần phục hồi tốt về mặt giải phẫu, cố định xương vững, trục xương đạt, liền xương tốt để BN tập phục hồi chức năng, sớm hòa nhập cuộc sống và học tập. Kết quả cho thấy việc phẫu thuật điều trị gãy thân xương cẳng tay trẻ em đã mang lại hiệu quả cao phục hồi giải phẫu và chức năng cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Đình Toàn, Lê Như Dũng.** Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy thân hai xương cẳng tay trẻ em tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. 512:23-26
2. **Pogorelič Z, Gulin M, Jukić M, Biliškov AN, Furlan D.** Elastic stable intramedullary nailing for treatment of pediatric forearm fractures: A 15-year single centre retrospective study of 173 cases. Acta Orthop Traumatol Turc. 2020; 54(4):378-384.
3. **Zheng W, Tao Z, Chen C, et al.** Comparison of three surgical fixation methods for dual-bone forearm fractures in older children: A retrospective cohort study. Int J Surg. 2018;51:10-16.
4. **Zeybek H, Akti S.** Comparison of Three Different Surgical Fixation Techniques in Pediatric Forearm Double Fractures. Cureus. 2021;13(8).
5. **Reinhardt KR, Feldman DS, Green DW, Sala DA, Widmann RF, Scher DM.** Comparison of intramedullary nailing to plating for both-bone forearm fractures in older children. J Pediatr Orthop. 2008;28(4):403-409.
6. **Tali MA, Dar IH, Sofi SA, Baba AN, Ganie IA.** Evaluation of the functional results of intramedullary nailing in diaphyseal both bone forearm fractures in children. Int J Orthop Sci. 2019;5(3):288-293.
7. **Feng Y, Shui X, Wang J, Cai L, Wang G, Hong J.** Comparison of hybrid fixation versus dual intramedullary nailing fixation for forearm fractures in older children: Case-control study. Int J Surg Lond Engl. 2016;30:7-12.
8. **Zheng W, Tao Z, Chen C, et al.** Comparison of three surgical fixation methods for dual-bone forearm fractures in older children: A retrospective cohort study. Int J Surg. 2018;51:10-16.

CHĂM SÓC GIA ĐÌNH DÀNH CHO BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2: SỰ KHÁC BIỆT THEO MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH

Lê Minh Hiếu¹, Nguyễn Thị Ái¹, Vũ Thị Kim Dung¹,
Bùi Thị Huyền Diệu¹, Tine M. Gammeltoft²

TÓM TẮT

Chăm sóc gia đình có vai trò rất quan trọng với người bệnh đái tháo đường típ 2. Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả sự thay đổi hình thức chăm sóc từ gia đình dành cho người bệnh đái tháo đường típ 2 ở các giai đoạn khác nhau của bệnh. Một nghiên cứu định tính thiết kế theo phương pháp nghiên cứu trường hợp, phỏng vấn bán cấu trúc 21 người hỗ trợ chính của người bệnh đái tháo đường típ 2 bao gồm 14 người bệnh ở mức độ nhẹ và 7 người bệnh ở mức độ nặng. Ở người bệnh giai đoạn nhẹ, người chăm sóc cung cấp các hình thức chăm sóc về dinh dưỡng và tinh thần. Ở giai đoạn nặng của bệnh, người chăm sóc cung cấp toàn diện các nhu cầu của người bệnh, với nguồn lực lớn cả về vật chất và tinh thần. Người chăm sóc cũng chịu áp lực lớn về tinh thần, đặc biệt khi người bệnh ở giai đoạn nặng.

Từ khóa: chăm sóc từ gia đình, đái tháo đường típ 2

SUMMARY

FAMILY CAREGIVING FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES: WHAT DIFFERENCE DOES DISEASE DURATION MAKE?

Family caregivers play an important role in providing care for people living with type 2 diabetes. This qualitative study aims to describe how family caregiving for people with type 2 diabetes changes with changes in the patient's health status. The study used the extended case study method, interviewing 21 family caregivers of patients with type 2 diabetes, including: 14 patients without severe complications, and 7 patients with severe complications. In the group of patients without severe complications, family caregivers provided mental support and diet support. In the group of patients with severe complications, they provided comprehensive support. In the group of patients with severe complications, family caregivers reported feeling mentally burdened.

Keywords: family caregivers, type 2 diabetes, disease duration

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Đại học Copenhagen, Đan Mạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hiếu

Email: hieule@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023