

phương pháp làm tắc phần còn lại túi phình chủ yếu là phẫu thuật và nút coil kết hợp với đặt stent chặn cổ và cũng không thấy bệnh nhân vỡ tái phát trong thời điểm theo dõi sau thực hiện kỹ thuật nút bán phần [7]. Kết quả ra viện chung với điểm mRS từ 0-2 điểm là 53,86%, 3-4 điểm 38,46%, tử vong 1 trường hợp, kết quả nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của Waldau B và cộng sự.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 13 trường hợp vỡ phình động mạch não Tuổi trung vị 69,3 tuổi thấp nhất 67, cao nhất 86 tuổi. Các phình mạch đều cổ rộng, thân túi phình chia làm nhiều phần, cổ trung bình $4,86 \pm 2,19$ mm, đường kính túi phình trung bình $9,23 \pm 3,41$ mm, chiều sâu trung bình $10,36 \pm 3,57$ mm. Sau nút coil bán phần: 1 bệnh nhân tử vong, 10 bệnh nhân được thực hiện can thiệp bổ sung làm tắc túi phình, 2 bệnh nhân từ chối thực hiện kỹ thuật tiếp. Trường hợp tử vong và các bệnh nhân còn lại chưa ghi nhận vỡ tái phát túi phình sau thực hiện kỹ thuật nút bán phần, hồi phục theo mRS tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cho W.-S., Kim J.E., Park S.Q. et al** (2018), "Korean Clinical Practice Guidelines for Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage", J Korean

- Neurosurg Soc, 61(2), pp. 127-166.
2. **Connolly E.S., Rabinstein A.A., Carhuapoma J.R. et al** (2012), "Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage", A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, 43(6), pp. 1711-1737.
3. **AlMatter M., Aguilar Pérez M., Hellstern V. et al** (2020), "Flow Diversion for Treatment of Acutely Ruptured Intracranial Aneurysms : A Single Center Experience from 45 Consecutive Cases", Clin Neuroradiol, 30(4), pp. 835-842.
4. **Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuận** (2016), "Kết quả điều trị can thiệp mạch qua 151 bệnh nhân vỡ phình động mạch não tại Bệnh viện Quân y 103", Y Dược học quân sự, Vol 41, N°2, tháng 2/2016, pp.
5. **Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuận, Đặng Minh Đức** (2015), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị can thiệp nội mạch bệnh nhân vỡ phình động mạch não", Y-Dược học quân sự, Vol 40, N°3, tháng 3/2015., pp.
6. **Arthur Wang, Michael F. Stiefel** (2018), "Flow Diversion in Ruptured Aneurysm", Flow Diversion of Cerebral Aneurysms, Thieme Medical Publishers, New York + Stuttgart + Delhi + Rio de Janeiro, pp. 64-67.
7. **Waldau B., Reavey-Cantwell J.F., Lawson M.F. et al** (2012), "Intentional partial coiling dome protection of complex ruptured cerebral aneurysms prevents acute rebleeding and produces favorable clinical outcomes", Acta Neurochir (Wien), 154(1), pp. 27-31.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Nam¹, Nguyễn Văn Thương¹, Vũ Trường Thịnh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp với hồi cứu không nhóm đối chứng điều trị 66 trẻ gãy kín thân xương đùi từ 5-15 tuổi đã được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2019 đến 4/2021. **Kết quả:** BN có độ tuổi từ 5-15 tuổi, tuổi trung bình là 10,8, nhóm tuổi hay gặp nhất là 7-11 tuổi, trẻ trai chiếm đa số với 70%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chiếm đa số với 57,6%, tỉ lệ chân phải và trái tương đương nhau, tổn thương gãy xương đơn

thuần không kèm tổn thương tạng chiếm chủ yếu 72,8%. BN được KHX bằng nẹp vis chiếm đa số 92,4%. Kết quả gần, tỉ lệ tốt chiếm 97%, trung bình chiếm 3%, kết quả xa tốt chiếm 98%, kém chiếm 2%. **Kết luận:** Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em là gãy xương thường gặp ở chi dưới ảnh hưởng không chỉ khả năng đi lại của chi dưới mà cả khả năng vận động của cơ thể. Phẫu thuật KHX điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em sẽ giúp phục hồi giải phẫu xương đùi, cố định ổ gãy vững chắc, BN sớm hòa nhập cộng đồng với kết quả tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật gãy xương đùi trẻ em, gãy xương đùi trẻ em

SUMMARY

THE OUTCOME OF THE SURGERY TREATMENT PEDIATRICS FEMUR FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: The clinical feature, management options, and the result of surgery treatment femoral fracture in children at Viet Duc University Hospital. **Subject and methodology:** A retrospective and

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: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

non-controlled cross-sectional descriptive study on 66 patients with a close femoral fracture in children from 5-15 years old who were treated by surgery at Viet Duc University Hospital from January 2019 to April 2021. **Result:** Patients were 5-15 years old, and the majority of patients were between 7-11 years old, which boys accounting for a higher proportion (70%). Traffic accidents account for the highest percentage of injuries (56,7%), the percentage of the left side and the right side is the same, and the simple fracture without major organ trauma accounted for the highest proportion (72,8%). Almost patients were treated by surgery with plate screws (92,4%). The short-term result, the good result accounted for the high rate (97%) and the average was 3%, the mid-long-term – good result accounted 98%, and the poor result accounted 2%. **Conclusion:** Pediatric femoral fracture is a common fracture in lower extremity trauma and effect not only lower extremity mobility function but also all patient movement. Surgery reduction internal fixation treatment pediatrics femoral fracture to correct and restore anatomy, fix the fracture firmly, create conditions for early rehabilitation after surgery, and bring a good result for the patient.

Keywords: Surgery - Pediatric femoral fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương đùi trẻ em là được giới hạn từ dưới mấu chuyển lớn 3cm và trên sụn tiếp hợp đầu dưới 3cm, là loại gãy xương hay gặp, chiếm 2% tổng số gãy xương và 30% tổng số gãy xương chi dưới. Điều trị gãy xương thân xương đùi ở trẻ em cần đạt được những yêu cầu về liền xương tốt, trục chi tốt, chiều dài chân không ảnh hưởng, sự phát triển chiều dài xương đạt như chân lành cũng như cả yêu cầu về thẩm mỹ.

Gãy thân xương đùi thường gặp trong các chấn thương có mức năng lượng cao như tai nạn giao thông, ngã cao... Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu của gãy thân xương đùi trẻ em, theo Vathanak¹ (2015) là 67,8%, Mohit Khanna² (2017) là 68,89%, tại Việt Nam theo Nguyễn Thế Điệp³ (2019) là 57,5%.

Trước đây việc điều trị bảo tồn bằng kéo nắn bó bột cho nhóm BN này dẫn tới việc nằm bất động kéo dài, ảnh hưởng thời gian học tập, tâm sinh lý của trẻ, kéo dài thời gian nằm viện, nguy cơ lệch trục chi, ngắn chi, cứng khớp...

Ngày nay, cùng với sự phát triển của các phương tiện KHX, nhu cầu vận động sớm, can xương vững chắc, trục chi thẳng, chiều dài chi đều nhau nên việc phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ em trong độ tuổi từ 5-15 tuổi ngày càng phát triển, mở rộng. Phẫu thuật KHX điều trị gãy thân xương đùi trẻ em giúp nắn chỉnh ổ gãy tốt, cố định xương vững chắc, giảm thời gian nằm viện của trẻ cũng như sự chăm sóc của gia đình, BN vận động sớm, sớm hòa

nhập xã hội và không ảnh hưởng việc học tập của trẻ.

Trên thế giới việc phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương trẻ em đã phát triển từ lâu, còn tại Việt Nam việc này phát triển mạnh trong khoảng 10 năm gần đây và đạt được nhiều kết quả đáng khích lệ như Phạm Văn Thịnh⁴ (2009) và Nguyễn Thế Điệp³ (2019) cho thấy trên 90% BN đạt kết quả rất tốt.

Tại bệnh viện Việt Đức phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em đã được tiến hành từ lâu, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo, nghiên cứu đánh giá cụ thể. Để đánh giá một cách đầy đủ về tình trạng và kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em 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 66 BN gãy kín thân xương đùi độ tuổi 5-15 tuổi đã được phẫu thuật KHX tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến 4/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang không nhóm đối chứng kết hợp hồi cứu (36 BN) và tiến cứu (30 BN).

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 5-15 tuổi, chẩn đoán xác định là gãy kín thân xương đùi. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và X-quang. Đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim Xquang trước và sau mổ, BN đồng ý thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương hở, gãy bệnh lý, gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy thân xương đùi trên chân có dị tật, di chứng ở xương đùi, khớp gối, khớp háng, các BN gãy xương đùi được phẫu thuật tại các bệnh viện khác, các BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật mổ KHX bằng nẹp vis.

- Vô cảm: Gây tê tủy sống hoặc mê nội khí quản
- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, kê mỏng bên chân gãy

Thì 1: Xác định vị trí ổ gãy, rạch da theo đường định hướng từ đỉnh mấu chuyển lớn tới móm trên lõi cầu ngoài xương đùi, chiều dài từ 10-15cm, tương ứng với chiều dài nẹp vis dự định. Rạch qua cân căng mạc đùi, vén cơ rộng ngoài dọc theo vách gian cơ đến ổ gãy, cầm máu các nhánh mạch xuyên và mạch nuôi xương.

Thì 2: Làm sạch ổ gãy, nắn chỉnh ổ gãy về giải phẫu, hạn chế bóc màng xương

Thì 3: Đặt nẹp vis mặt ngoài thân xương đùi, khoan mũi khoan 3,7 mm hoặc 4.2mm để bắt vis

4,5mm, hướng khoan vuông góc thành xương. Bắt vis theo thứ tự từ gần đến xa.

Thì 4: Sau khi bắt xong vis, kiểm tra độ vững ổ gãy, bơm rửa sạch, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ các lớp theo giải phẫu.

2.5. Biện số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương.
- Các bệnh lý mạn tính kèm theo, tổn thương phối hợp.
- 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 (n=66)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	5-6	5	7,6
	7-11	31	47,0
	11-15	30	45,4
Giới	Nam	46	69,7
	Nữ	20	30,3
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	38	57,6
	Ngã	21	31,8
	Khác	7	10,6
Loại tổn thương phối hợp	Đơn thuần (không có tổn thương phối hợp)	48	72,8
	CTSN	9	13,6
	Ngực-bụng	1	1,5
	Khác	8	12,1
Triệu chứng lâm sàng	Điểm đau chói cố định	80	100
	Biến dạng ổ gãy	49	74,2
	Loạn dưỡng	0	0
Bên gãy	Bên Phải	35	53
	Bên Trái	31	47
	Hai bên	0	0

Bảng 3.1 Đa số BN ở độ tuổi 7-15 tuổi (92,4%). BN phần lớn là trẻ trai, tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân chủ yếu là TNGT (57,6%). Phần lớn BN gãy xương đùi đơn thuần chiếm 72,4%, không có tổn thương phối hợp kèm theo. Tỉ lệ chân phải và chân trái bị gãy khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tất cả các BN đều được phẫu thuật ngay trong tuần đầu sau chấn thương.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả gân

Đặc điểm	Phân loại	Số BN (66)	Tỉ lệ (%)
Diễn biến vết mổ	Liên vết mổ thì đầu	66	100
	Nhiễm khuẩn	0	0
Kết quả xquang sau mổ	Xương thẳng trục và hết di lệch	64	97
	Còn di lệch ít	2	3

Bảng 3.3. Kết quả xa

Đặc điểm	Phân loại	Số BN (n=51)	Tỷ lệ (%)	
Kết quả liền xương	Liên xương tốt	50	98	
	Thẳng trục Can lệch	0		
	Chậm liền xương	1	2	
	Khớp giả	0	0	
Chiều dài chân so với bên lành	Bảng chân lành	42	82,4	
	Dài hơn chân lành	<1cm	7	13,7
		1-2cm	2	3,9
	Ngắn hơn chân lành	0	0	

Bảng 3.4. Kết quả chung

Kết quả	Số BN (n=51)	Tỷ lệ (%)
Tốt	50	98
Khá	0	0
Trung bình	1	2

Kết quả sau mổ là tốt với 100% BN liền vết mổ, đối với XQ là 97% phim đạt trục xương tốt. Kết quả xa sau mổ với tỉ lệ liền xương cao 98%, tỉ lệ chậm liền thấp 2%. Chiều dài chân 2 bên tỉ lệ cân bằng cao 82,4%, có 7/51 BN có chân mổ dài hơn chân lành nhưng đều dưới 1cm. Kết quả chung tỉ lệ BN đạt kết quả khá và tốt chiếm tỉ lệ cao với 98%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu với 66 BN gãy xương đùi được điều trị bằng phẫu thuật KHX tại Bệnh viện Việt Đức, các BN có độ tuổi từ 5-15 tuổi, tuổi trung bình của nhóm BN là 10,83 tương đương so với các nghiên cứu khác. Độ tuổi từ 7-11 tuổi hay gặp nhất, chiếm 47% . BN nam chiếm phần lớn với 70% (nam/nữ là 7/3). Theo Nguyễn Thế Điệp³ (2019) với 47 BN, độ tuổi trung bình là 10,43, tỉ lệ BN nam chiếm 66%. Theo Vathanak¹ (2015) với 59 BN, độ tuổi trung bình là 10,34, tỉ lệ BN nam chiếm 56%.

Nguyên nhân của gãy xương đùi là các chấn thương có mức năng lượng cao, nguyên nhân tai nạn giao thông hay gặp nhất với 57,6%, tương tự trong các nghiên cứu khác, theo Nguyễn Thế Điệp³ (2019) là 57,5%, theo Yigit và Yildirim⁵ (2020) là 55%, theo Thou Vathanak¹ (2015) là 67,8%.

Trong 66 BN nghiên cứu tỉ lệ chân phải/trái là 35/31, trong đó tổn thương bên chân phải

chiếm 53%. Không có sự khác biệt về bên tổn thương và tương đương so với các nghiên cứu khác, theo Nguyễn Thế Điệp (2019) tỉ lệ chân phải chiếm 51,1%, theo ThouVathanak, tỉ lệ chân phải chiếm 44,1%.

Các BN gãy xương đùi đều có biểu hiện điểm hình của gãy xương như biến dạng trục chi, điểm đau chói.... Trong 66 BN nghiên cứu có 9 BN có chấn thương sọ não, hàm mặt kèm theo, 1 trường hợp có tổn thương tạng ổ bụng, 8 trường hợp có tổn thương xương các chi ngoài gãy đùi. Các tổn thương phối hợp làm nặng nề thêm tình trạng của BN khiến công tác xử lí gặp nhiều khó khăn hơn.

4.2. Đặc điểm hình ảnh Xquang. Gãy thân xương đùi hay gặp nhất là gãy 1/3 giữa chiếm 57,6% và tương đương so với các nghiên cứu khác. Theo Yilou⁶ (2019) tỉ lệ gãy 1/3 giữa xương đùi là 65%, theo Kayaokay⁷ tỉ lệ này là 70%. Theo phân loại AO/ASIF tỉ lệ gãy loại A là 24/66, loại B là 29/66 và loại C là 13/66. Ở trẻ em, xương đùi còn phần màng xương dày, mạch máu nuôi xương dồi dào, khi gãy màng xương sẽ hạn chế các mảnh vỡ nên tỉ lệ gãy phức tạp xương đùi ít gặp hơn so với kiểu gãy ngang hay gãy chéo xoắn.

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 66 BN được phẫu thuật điều trị gãy xương đùi, tất cả các BN đều liền vết mổ thì đầu, không có BN nào bị nhiễm trùng vết mổ. Theo các tác giả tại Việt Nam như Nguyễn Tấn Lâm⁸ (2007) mổ 43 trường hợp gãy kín thân xương đùi bằng đinh Rush dưới màn tầng sáng với độ tuổi trung bình 10,6 hay Nguyễn Thế Điệp (2019) với 47 BN mổ gãy kín thân xương đùi bằng đinh Metazeau, tất cả các BN đều liền vết mổ thì đầu. Theo các tác giả quốc tế như Saikia (2007) hay Say.F (2013) đều có 2 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ.

Phẫu thuật gãy kín thân xương đùi ở trẻ em có thể dùng đinh nội tủy hoặc nẹp vis làm phương tiện KHX. Việc lựa chọn phương tiện KHX phụ thuộc nhiều yếu tố như độ tuổi, vị trí gãy, hình thái gãy xương, điều kiện phương tiện kỹ thuật hiện có cũng như thói quen của các phẫu thuật viên với mục đích chính là ổn định ổ gãy,

hạn chế tối đa ảnh hưởng tới sự phát triển xương đùi. Trong nghiên cứu có 5/66 BN được đóng đinh nội tủy, 61/66 BN KHX nẹp vis. Tất cả các BN được đóng đinh nội tủy trong nghiên cứu đều có kiểu hình gãy đôi ngang- đây là kiểu hình gãy vững, và được chia đều ở cả 3 nhóm BN theo độ tuổi. Các BN còn lại đều được phẫu thuật KHX bằng nẹp vis.

BN gãy kín thân xương đùi sau khi phẫu thuật KHX được chụp phim kiểm tra. Kết quả cho thấy 64/66 BN đạt kết quả thẳng trục, 2 BN có di lệch góc: 1 BN di lệch góc ra trước <5^o, 1 BN di lệch góc vào trong <5^o, các BN có di lệch ở mức độ cho phép.

Thời gian BN điều trị được tính từ khi nhập viện đến khi xuất viện. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm BN là 6 ±2,7 ngày nhất là 3 ngày và dài nhất là 17 ngày. Nhóm BN có thời gian nằm viện dưới 6 ngày chiếm đa số với 54,5%, các BN có thời gian nằm viện lâu do điều trị các tổn thương phối hợp như tổn thương tạng ổ bụng, tổn thương sọ não.

4.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật. Phẫu thuật điều trị gãy xương đùi trẻ em trong độ tuổi 5-15 tuổi đặt ra trong xu hướng của thế giới mang lại hiệu quả liền xương tốt, trục xương thẳng, thời gian bất động ngắn, BN sớm có thể hòa nhập lại xã hội. Trong nghiên cứu, 66 BN phẫu thuật, 51 BN khám lại có 50 BN liền xương tốt với trục xương thẳng, 1 BN khớp giả- tiền sử viêm xương đùi, BN đi sớm gây cong nẹp, phải phẫu thuật lại. Theo Kumar N và cộng sự (2010) ở Ấn Độ thông báo 20 trường hợp gãy kín thân xương đùi tuổi 6-16 tuổi, phẫu thuật bằng đinh Metazeau 100% liền xương tốt.

Điều trị gãy kín thân xương đùi dù điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật đều hướng tới mục đích phục hồi giải phẫu và chức năng xương đùi cũng như chi dưới cho BN. Trong nghiên cứu với 51 BN khám lại sau thời gian trung bình 10,3 tháng thấy 42/51 BN không thay đổi chiều dài chân, 7 BN tăng chiều chân mổ <10mm, 2 BN tăng chiều dài chân 10-20mm và không có BN nào ngắn chân hơn bên lành. Sự thay đổi chiều dài chân của các nghiên cứu trong và ngoài nước được tổng hợp theo bảng sau:

Năm	Tác giả	Số BN	Tuổi	PPĐT	Dài chi(cm)	Ngắn chi(cm)
2002	Trương Tấn Trung	84	4 - 11t	Bảo tồn	0	<1-1,5
2006	Sulaiman A.R	15	8 - 14t	Nẹp vít	1,15	0
2007	Saikia và cs	22	Tb:10,8t	Đinh nội tủy	< 1,5	0
2009	Phạm Văn Thịnh	58	5-15	Nẹp vít, đinh nội tủy	0,5-2	0
2010	Salem K.H	68	Tb: 5,6t	Đinh nội tủy	0,5	0
2011	Phu Vi Lay	35	5-15	Nẹp vít	<1-1,5	0

2013	Nisar A	47	Tb: 9 t	Đinh nội tủy	0	1,7
2021	Chúng tôi	51	6-18 TB 10,8	Nẹp vis Đinh nội tủy	<20	0

Nguyên nhân của các trường hợp dài chi theo Nguyễn Thế Điệp là do tăng tưới máu và kích thích màng xương tại ổ gãy làm tăng phát triển quá mức gây dài chi. Theo Reynolds D.A dài chi sau gãy xương xảy ra tối đa và tháng 3-6 sau phẫu thuật sau đó ổ gãy không còn hiện tượng kích thích, chi gãy sẽ trở về sự phát triển xương bình thường sau 3-5 năm.

Trong nghiên cứu với 51 BN khám lại thấy 50/51 BN có biên độ vận động khớp gối và khớp háng bình thường, không có tình trạng teo cơ và cứng khớp. 1/51 BN với tiền sử viêm xương đùi có biến chứng khớp giả phải mổ lại có hạn chế gấp gối. Theo Moroz L.A (2016) phẫu thuật gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đinh đàn hồi có 2/234 BN có hạn chế gấp gối, theo Chang W.O (2006) có 1/31 BN có hạn chế gấp gối.

Tại Việt Nam, theo Phạm Văn Thịnh (2009) có 1/38 BN có hạn chế gấp gối sau phẫu thuật gãy kín thân xương đùi, con số này theo nghiên cứu của Nguyễn Thế Điệp³ là 3/43 bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em là một gãy xương nặng ở chi dưới. Phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ em, đặc biệt trong độ tuổi đi học giúp cố định vững chắc, trả lại hình thái giải phẫu của xương và giúp BN sớm phục hồi chức năng chi dưới để hòa nhập cộng đồng, tránh được các biến chứng của việc nằm lâu ảnh hưởng học

tập cũng như sự thay đổi trục và chiều dài chi khi nắn chỉnh điều trị bảo tồn không 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 bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2011-2015.
2. **Mohit Khana, Wadhvani 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
3. **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.
4. **Phạm Văn Thịnh.** (2009) Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em do chấn thương bằng kết hợp xương tại bệnh viện Việt Đức.
5. **Yigit Ş, Yildirim A.** The surgery outcomes of pediatric femoral shaft fractures and comparison of radiation risks. *Acta Biomedica Atenei Parmensis.* 2020;91(2):326-331
6. **Yi Lou, Wang L, Zhao LH, 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
7. **Kayaokay K, Aktuglu K.** Titanium elastic nailing in pediatric femoral diaphyseal fractures in the age group of 6-15 years mid-term and long-term outcomes. *Pak J Med Sci.* 2018;34(6):1529-1533.
8. **Nguyễn Tấn Lâm, Vũ Huyền Trinh, Phan Đức Minh Mẫn.** Điều trị gãy thân xương đùi trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng. *Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2007;11(1):472-476.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ ĐỐI VỚI DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH CAO BẰNG

Nguyễn Thị Tố Uyên¹, Nông Thị Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Cao Bằng năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là 405 bệnh nhân nội trú của bệnh viện. **Kết quả:** Tỷ lệ hài lòng của người bệnh với khả năng tiếp cận là

87,4%. Tỷ lệ hài lòng về sự minh bạch về thông tin và thủ tục khám chữa bệnh, điều trị là 93,8%. Tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh là 80,7%. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về thái độ ứng xử và phương tiện phục vụ người bệnh là 80,7%. **Kết luận và khuyến nghị:** Vẫn còn một số người bệnh chưa hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện do vậy bệnh viện cần tiếp tục thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng dịch vụ để nâng cao sự hài lòng của người bệnh. **Từ khóa:** Sự hài lòng, người bệnh nội trú, Cao Bằng.

SUMMARY

SATISFACTION OF INP-PATIENTS WITH HEALTH CARE SERVICES IN THE CAO BANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cao Bằng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Uyên

Email: nguyenthitoyuyen@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023