

IV. KẾT LUẬN

Qua NC 204 BN cao tuổi được phẫu thuật cắt dạ dày điều trị UTDD chúng tôi nhận thấy bệnh gặp chủ yếu nam giới, nhiều bệnh phối hợp. Thương tổn chiếm đa số ở 1/3 dưới (77,9%). Thực hiện phục hồi lưu thông Billroth 2: 111 BN (54,4%). Cắt dạ dày bán phần nạo vét hạch D2 là chủ yếu (62,7%). Phối hợp xử trí các thương tổn chiếm 12,2%. Tỷ lệ biến chứng 9,3% và không có tử vong. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình $59,96 \pm 3,56$ tháng. Tỷ lệ STSM 5 năm là 47,9%, trong đó giai đoạn I, II, III và IV lần lượt là 83,6%; 62%; 8,3% và 0%. Có sự liên quan sống thêm sau mổ với tuổi, vị trí khối u, thương tổn đại thể, kích thước u, mức độ xâm lấn, di căn hạch, giai đoạn bệnh. Phẫu thuật triệt căn có thể thực hiện an toàn trên BN cao tuổi bị UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yonghoon Choi, Nayoung Kim, Ki Wook Kim, et al.** Gastric Cancer in Older Patients: A Retrospective Study and Literature Review. *Annals Geriatric Medicine and Research* (2022);26(1):33-41.
2. **Daisuke Ueno, Hideo Matsumoto, Hisako Kubota et al.** Prognostic factors for gastrectomy in elderly patients with gastric cancer. *World Journal of Surgical Oncology* (2017) 15:59.
3. **Mikami K., Hirano K., Futami K., Maekawa T.** Gastrectomy with limited surgery for elderly patients with gastric cancer. *Asian Journal of Surgery* (2016) XX, 1-8.
4. **Anne.S.Raab, Andre.L.M, Silvia Egert et al** (2016). Outcome of gastric cancer in the elderly: a population-based evaluation of the Munich Cancer Registry. *Gastric Cancer*; 19:713-722.
5. **Trịnh Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận án tiến sĩ Y học - Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Kozo Yoshikawa, Mitsuo Shimada, Jun Higashijima.** Limited lymph node dissection in elderly patients with gastric cancer. *The Journal of Medical Investigation.* (2016) Vol. 63: 91-85.
7. **Rausei S., Ruspi L., Rosa F., et al.** Extended lymphadenectomy in elderly and/or highly co-morbid gastric cancer patients: A retrospective multicenter study, *Eur J Surg Oncol* (2016), *EJSO* xx: 1-9.
8. **Shunji Endo, Tomoki Yamatsuji, Yoshinori Fujiwara, et al.** Prognostic factors for elderly gastric cancer patients who underwent gastrectomy. *World Journal of Surgical Oncology* (2022) 20:10.
9. **Tomoyuki Wakahara, Nozomi Ueno, Tetsuo Maeda et al.** Postoperative morbidity in elderly patients after gastric cancer surgery. *Annals of Gastroenterology* (2018) 31, 621-627
10. **Guanghui Xu, Fan Feng, Shushang Liu et al.,** Clinicopathological features and prognosis in elderly gastric cancer patients: a retrospective cohort study. *OncoTargets and Therapy* (2018): 11; 1353-1362

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GẦY KHUNG CHẬU MẤT VỮNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Thành Tấn¹, Nguyễn Hữu Đạt

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật kết hợp xương bên trong ở những bệnh nhân gãy khung chậu mất vững hiện nay đang cho thấy nhiều kết quả khả quan, nắn chỉnh phục hồi tốt về giải phẫu và cải thiện quá trình phục hồi chức năng cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân gãy mất vững khung chậu; (2) Đánh giá kết quả sớm điều trị gãy mất vững khung chậu bằng phương pháp kết hợp xương bên trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 13 bệnh nhân gãy khung chậu mất vững có phẫu thuật kết hợp xương bên trong từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** 13

bệnh nhân có tuổi trung bình là $38,38 \pm 13,75$; nguyên nhân chủ yếu gây khung chậu là tai nạn giao thông 76,9%; đa số gãy khung chậu loại Tile B2 và có tổn thương xương khớp kèm theo. Bệnh nhân được phẫu thuật có kết quả phục hồi giải phẫu ở mức độ tốt - rất tốt; kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Majeed ở mức trung bình (1 tháng, $55,4 \pm 7,3$ điểm) và tốt (3 tháng, $70,2 \pm 7,1$ điểm). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương bên trong ở những bệnh nhân gãy khung chậu mất vững cho kết quả khả quan, tuy nhiên cần mở rộng cỡ mẫu và kéo dài thời gian theo dõi.

Từ khóa: gãy khung chậu mất vững, kết hợp xương bên trong, Tile, kết quả phục hồi giải phẫu, kết quả phục hồi chức năng, Majeed.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICALLY TREATED UNSTABLE PELVIC FRACTURES BY OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION AT CANTHO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

Background: The internal fixation surgery is currently effective method for treating unstable pelvic fractures, which stabilizes fractures anatomically and enhances rehabilitative ability for patients. **Objectives:** (1) Identifying some clinical characteristic of patients with unstable pelvic fracture; (2) Evaluating the surgical results by open reduction and internal fixation on these patients. **Material and methods:** A cross-sectional descriptive and prospective study was carried out in 13 patients which were made internal fixation surgery from June 2022 to February 2023. **Results:** 13 patients had the average age: 38.38 ± 13.75 year-old; traffic accident was the most common reason for pelvic fracture; the majority of patients are classified there pelvic fracture in Tile B2 and had other organs damages. The anatomical results were excellent – good; the functional outcomes through Majeed’s score were fair (55.4 ± 7.3 points in 1 month) and good (70.2 ± 7.1 points in 3 months). **Conclusions:** The open reduction and internal fixation surgery on patients with unstable pelvic fracture has satisfactory results.

Keywords: unstable pelvic fracture, internal fixation, Tile classification, anatolical reduction, functional outcomes, Majeed’s score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy khung chậu là một trong những loại gãy xương nghiêm trọng và có thể đe dọa tính mạng của bệnh nhân trong chấn thương chính hình, gãy khung chậu chiếm khoảng 1,5 – 3% trong tất cả các loại gãy xương của cơ thể theo Subhajit Ghosh (2019) [13], [6]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu vào năm 2014 của Nguyễn Ngọc Toàn ghi nhận số bệnh nhân gãy khung chậu từ 16 – 40 tuổi chiếm đa số với 77,7%, trong đó nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm đến 88,3% [2]. Tác giả cũng ghi nhận các bệnh nhân gãy khung chậu thường hiện diện với các chấn thương nặng lượng cao, đa số là tai nạn giao thông và té cao [12]. Đa số các bệnh nhân gãy khung chậu đều có các chấn thương khác kèm theo như: tổn thương cột sống, lồng ngực, bàng quang, cơ quan sinh dục, các gãy xương khác [2], [13]. Hầu hết các bệnh nhân gãy mất vững khung chậu đều được phẫu thuật, có thể kết hợp xương bên ngoài hoặc bên trong. Phương pháp kết hợp xương bên trong đã được sử dụng từ nhiều năm qua tại nhiều nước trên thế giới, nhiều tác giả cho rằng phẫu thuật bằng phương pháp này sẽ giúp bất động khung chậu tốt hơn, ít đau hơn và khả năng hình thành can lệch thấp hơn so với bất động bằng khung cố định ngoài và điều trị bảo tồn [2], [11]. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về kết hợp xương bên trong điều trị gãy mất vững khung chậu. Trong những năm qua, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã

tiếp nhận và điều trị cho nhiều bệnh nhân gãy mất vững khung chậu trong đó có sử dụng phương pháp kết hợp xương bên trong. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp này. Từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả điều trị gãy khung chậu mất vững bằng phương pháp kết hợp xương bên trong tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân gãy khung chậu mất vững được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán gãy khung chậu mất vững theo phân loại của Tile (B, C), được điều trị kết hợp xương bên trong, đủ 16 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng chậu, tiểu khung hay có kèm theo chấn thương sọ não mức độ nặng chưa ổn định, gãy hở có tổn thương mô mềm nặng, nguy cơ nhiễm khuẩn cao, mất mô nhiều, không đủ mô che xương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

- Phương pháp thu thập số liệu:

Thu thập thông tin tất cả các bệnh nhân gãy khung chậu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được phẫu thuật kết hợp xương bên trong.

Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và thực hiện cận lâm sàng bao gồm chụp xquang khung chậu và cắt lớp vi tính chậu tiểu khung có dựng hình 3D khung chậu.

Sau mổ bệnh nhân được thăm khám lại và hẹn tái khám sau xuất viện vào các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng để đánh giá phục hồi chức năng và phục hồi về giải phẫu sau điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

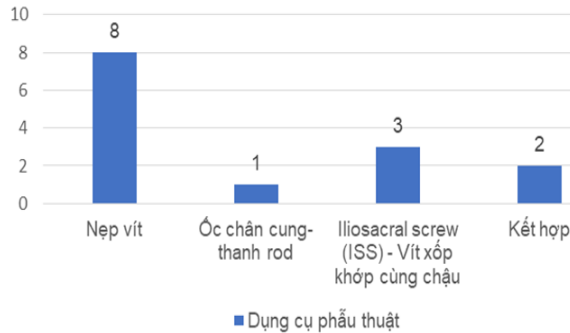
| Đặc điểm | Kết quả |
|-------------------------|-------------------|
| Tuổi | $38,38 \pm 13,75$ |
| Tỷ lệ nam/nữ | 3,33/1 |
| Nguyên nhân chấn thương | |
| - Tai nạn giao thông | 76,9% |
| - Tai nạn lao động | 23,1% |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $38,38 \pm 13,75$. Tỷ lệ nam/nữ là 3,33/1. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 76,9%.

Bảng 2. Phân loại gãy khung chậu theo Tile.M (2003)

| Phân loại | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------|-----------|------------|
| B1 | 3 | 23,1 |
| B2 | 8 | 61,5 |
| C1 | 2 | 15,4 |
| Tổng | 13 | 100 |

Nhận xét: Phân loại gãy khung chậu theo Tile.M loại B2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,5%.



Biểu đồ 1. Dụng cụ phẫu thuật

Nhận xét: Nẹp vít được sử dụng nhiều nhất với 8 BN. Trong đó có 2 BN sử dụng kết hợp 2 loại dụng cụ.

3.2. Kết quả ngay sau mổ

Bảng 3. Thang điểm VAS

| Yếu tố | Kết quả |
|--------------------------------|-----------|
| VAS trước mổ trung bình (điểm) | 7,3 ± 0,9 |
| VAS sau mổ trung bình (điểm) | 5,6 ± 1,3 |
| VAS cao nhất (điểm) | 8 |

Nhận xét: Điểm VAS trước mổ 7,3 ± 0,9, sau mổ là 5,6 ± 1,3. Trong đó điểm VAS cao nhất là 8 điểm.

3.3. Kết quả phục hồi giải phẫu

Bảng 4. Phân loại phục hồi gãy khung chậu theo Tile

| Phân loại | Rất tốt (n, %) | Tốt (n, %) | Trung bình (n, %) | Kém (n, %) | Tổng (n, %) |
|-----------|----------------|------------|-------------------|------------|------------------|
| B1 | 2 (66,7%) | 1 (33,3%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 3 (23,1%) |
| B2 | 5 (62,5) | 3 (37,5%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 8 (61,5%) |
| C1 | 1 (50,0%) | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) | 0 (0,0%) | 2 (15,4%) |

Nhận xét: Tất cả các trường hợp có kiểu gãy B1 và B2 cho kết quả phục hồi rất tốt và tốt. Một trường hợp kết quả phục hồi giải phẫu sau nắn chỉnh đạt loại trung bình thuộc tổn thương loại C1.

3.4. Kết quả phục hồi chức năng giai đoạn sớm

Bảng 5. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Majeed 1 tháng sau mổ

| Phân loại | Rất tốt (n, %) | Tốt (n, %) | Trung bình (n, %) | Kém (n, %) | Tổng (n, %) |
|------------|------------------------------|------------|-------------------|------------|------------------|
| B1 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (66,7%) | 1 (33,3%) | 3 (23,1%) |
| B2 | 0 (0,0%) | 1 (12,5%) | 4 (50,0%) | 3 (37,5%) | 8 (61,5%) |
| C1 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) | 2 (15,4%) |
| Trung bình | 55,4 ± 7,3 điểm (Trung bình) | | | | |

Nhận xét: 92,3% trường hợp phục hồi chức năng đạt loại trung bình và kém tại thời điểm sau mổ 1 tháng theo tiêu chuẩn Majeed.

Bảng 6. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Majeed 3 tháng sau mổ

| Phân loại | Rất tốt (n, %) | Tốt (n, %) | Trung bình (n, %) | Kém (n, %) | Tổng (n, %) |
|------------|-----------------------|------------|-------------------|------------|------------------|
| B1 | 0 (0,0%) | 1 (33,3%) | 2 (66,7%) | 0 (0,0%) | 3 (23,1%) |
| B2 | 1 (12,5%) | 4 (50,0%) | 3 (37,5%) | 0 (0,0%) | 8 (61,5%) |
| C1 | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) | 0 (0,0%) | 2 (15,4%) |
| Trung bình | 70,2 ± 7,1 điểm (Tốt) | | | | |

Nhận xét: Kết quả phục hồi chức năng tại thời điểm sau mổ 3 tháng theo tiêu chuẩn Majeed trung bình là 70,2 ± 7,1 điểm. Trong đó, loại tốt chiếm 7,7%, loại tốt và trung bình ngang nhau với tỷ lệ là 46,2%, không có trường hợp nào loại kém.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo 13 ca gãy mất vững khung chậu có chỉ định phẫu thuật từ

tháng 6 năm 2022, bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bên trong, đánh giá và theo dõi sau 1 tháng, 3 tháng, một số ca đến 6 tháng sau mổ. Đặc điểm chung của các bệnh nhân gãy khung chậu đa số tập trung ở độ tuổi thanh niên trở lên, độ tuổi trung bình trong loạt ca nghiên cứu của chúng tôi là 38,38 ± 13,75 tuổi. Trong đó nam giới nhiều hơn nữ giới, nguyên nhân đa phần là do tai nạn giao thông (76,9%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu

của tác giả Nguyễn Ngọc Toàn (2011) với độ tuổi trung bình lần lượt là $30,6 \pm 6,3$, tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao hơn gấp 4 lần tai nạn lao động. Điều này hợp lý với dịch tễ học chấn thương ở người dân Việt Nam, từ độ tuổi 16 – 40 tuổi [2], [6].

Phân loại Tile ở các bệnh nhân gãy mất vững khung chậu trong 13 mẫu nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số bệnh nhân gãy khung chậu Tile B2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (61,5%), kế đến là phân loại B1 (23,1%) và C1 (15,4%), chưa có bệnh nhân nào tử vong sau mổ. Tỷ lệ này gần giống với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Ninh (2018) ghi nhận tổn thương Tile B (bao gồm B1 và B2) chiếm 81,7%, trong đó hơn một nửa số bệnh nhân gãy khung chậu mất vững được xếp loại B2 [1].

Đánh giá kết quả ngay sau mổ đến lúc bệnh nhân xuất viện, trong giai đoạn hậu phẫu này, đa số bệnh nhân giảm đau và vận động được bàn chân, khớp gối, khớp háng. Cụ thể, thang điểm VAS trung bình sau mổ trong vòng 7 ngày của 13 bệnh nhân là $5,6 \pm 1,3$ điểm, thấp hơn gần 2 điểm so với trước mổ ($7,3 \pm 0,9$ điểm). Điều này được giải thích đơn giản vì bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương, cố định ổ gãy vững và sau mổ dùng thuốc giảm đau nên thang điểm VAS giảm. Tuy nhiên, trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân gãy ngành ngồi mu, chậu mu, toát khớp cùng chậu và gãy ổ cối, bệnh nhân được mổ kết hợp xương khung chậu lỗi trước, tuy nhiên sau mổ còn đau nhiều, VAS là 8 điểm, chỉ giảm 01 điểm so với trước mổ, bệnh nhân này được phẫu thuật lại lần 2 cố định mảnh gãy ở ổ cối, sau mổ giảm đau và VAS còn 6 điểm. Một nghiên cứu báo cáo vào năm 2021 của Sheng Zhang trên các trường hợp thất bại sau điều trị kết hợp xương lỗi trước cũng ghi nhận các trường hợp thất bại trong vòng 3 tháng sau mổ với tỷ lệ 7/93 bệnh nhân (tương đương 7,5%), kết quả này khá tương đồng tỷ lệ với chúng tôi. Khả năng thất bại khi kết hợp xương lỗi trước được giải thích do khó nắn chỉnh, phẫu thuật khó tiếp cận và thường gây kèm ổ cối nên việc đặt nẹp và vít khó khăn [15].

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương lỗi trước đều có triệu chứng tê vùng bẹn, mặt ngoài đùi đến gối do ảnh hưởng của quá trình mổ làm tổn thương dây thần kinh bì đùi ngoài. Tổn thương thần kinh là một trong những di chứng thường gặp sau phẫu thuật kết hợp xương khung chậu lỗi trước, tuy nhiên triệu chứng này thường giảm sau 1 tháng và chấm dứt hẳn sau 3 tháng [8].

Đánh giá kết quả phục hồi về giải phẫu.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có kết quả phục hồi về giải phẫu ở mức độ tốt và rất tốt, tương đương mức di lệch của mảnh gãy hoặc khớp mu ở dưới mức 2,5 cm. Bên cạnh đó còn 01 bệnh nhân được ghi nhận còn di lệch cung chậu trước 3 cm, đạt mức trung bình. Tuy nhiên, bệnh nhân này phẫu thuật sau hơn 1 tháng nên các phẫu thuật viên đánh giá cung chậu trước khó nắn chỉnh hoàn toàn về giải phẫu, do đó chỉ được kết hợp xương lỗi sau. Bản chất việc nắn chỉnh các di lệch gãy cũ đơn thuần là khó khăn, tuy nhiên nắn chỉnh qua cửa sổ ở vùng chậu bẹn còn khó khăn hơn, báo cáo năm 2021 của Sheng Zhang cũng ghi nhận và giải thích cho điều này dựa trên mức độ tổn thương và thời gian phẫu thuật của bệnh nhân [15].

Đánh giá kết quả phục hồi về chức năng.

Chúng tôi đánh giá kết quả phục hồi chức năng ở các bệnh nhân trong giai đoạn sớm (100% là 1 tháng và 3 tháng sau mổ, có 7/13 bệnh nhân chưa được đánh giá kết quả sau 6 tháng vì chưa đủ thời gian theo dõi). Nhìn chung kết quả phục hồi chức năng chung có cải thiện, đa số bệnh nhân đều có tiến triển tốt đánh giá qua thang điểm phục hồi chức năng Majeed, kết quả trung bình sau 1 tháng đạt ở mức trung bình và kết quả trung bình sau 3 tháng đạt mức tốt. Tuy nhiên, trong 13 bệnh nhân vẫn còn 06 bệnh nhân có kết quả ở mức trung bình tại thời điểm 3 tháng sau mổ. Những bệnh nhân này vẫn còn đang tiếp tục được tập luyện và phục hồi dần theo thời gian.

Kết quả của chúng tôi ghi nhận có thể không khả quan bằng các nghiên cứu khác như của Nguyễn Ngọc Toàn (2011) với tỷ lệ tốt và rất tốt đạt 64,2% [2], của Nguyễn Văn Ninh (2018) tỷ lệ tốt và rất tốt là trên 80% [1], của Chunteng Theophile Nana (2022) với thang điểm Majeed đạt mức trung bình [10] và bài nghiên cứu tương quan sử dụng phương pháp kết hợp xương bên trong của M.M. Elzohairy (2017) có kết quả tốt và rất tốt đạt trên 75% [4].

Nghiên cứu trên đây của chúng tôi vẫn đang trong quá trình hoàn thiện để thu thập thêm nhiều mẫu và theo dõi bệnh nhân với thời gian xa hơn, cụ thể hơn.

V. KẾT LUẬN

Gãy mất vững khung chậu là một trong những kiểu gãy phức tạp, do chấn thương năng lượng cao, đòi hỏi phải chẩn đoán sớm và có hướng xử trí kịp thời. Ngày nay, với sự phát triển

của các phương tiện, dụng cụ phẫu thuật trong chấn thương chỉnh hình, phương pháp kết hợp xương bên trong đã và đang mang lại nhiều kết quả khả quan cho bệnh nhân. Chúng tôi nghiên cứu bước đầu trên 13 mẫu tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình thuộc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ cho thấy kết quả sớm ở mức trung bình – tốt, chưa ghi nhận trường hợp nào tử vong trong hay sau mổ, hầu hết bệnh nhân có kết quả phục hồi chức năng tiến triển tốt, có 01 bệnh nhân phải phẫu thuật lại lần 02 vì chưa cố định vững chắc ổ gãy. Báo cáo trên đây cũng còn một vài hạn chế liên quan đến cỡ mẫu còn ít, chưa thu thập được nhiều bệnh nhân sử dụng cùng một loại dụng cụ để đặt vấn đề so sánh giữa kết quả nắn chỉnh dựa trên các loại dụng cụ khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ninh và cộng sự (2018), "Nhận xét kết quả điều trị gãy khung chậu không vững bằng khung cố định ngoài", Tạp chí Y-Dược học Quân sự. 7-2018, tr. 65-75.
2. Nguyễn Ngọc Toàn (2011), Nghiên cứu điều trị gãy khung chậu không vững bằng khung cố định ngoài, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
3. M. Mi et al. (2021), "Management and outcomes of open pelvic fractures: An update", Injury. 52(10), tr. 2738-2745.
4. Salama AM Elzohairy MM (2016), "Open reduction internal fixation versus percutaneous iliosacral Screw fixation for unstable posterior pelvic ring disruptions", Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research (2016).
5. Axel Gänsslen (2021), Pelvic Ring Fractures, Springer.
6. S. Ghosh et al. (2019), "Epidemiology of pelvic fractures in adults: Our experience at a tertiary hospital", Chin J Traumatol. 22(3), tr. 138-141.
7. Lang P. et al. (2022), "Epidemiological and Therapeutic Developments in Pelvic Ring Fractures Type C from 2004 to 2014 - a Retrospective Data Analysis of 2,042 Patients in the German Pelvic Register (DGU)", Z Orthop Unfall. 160(2), pp. 172-182.
8. N. Lundin và A. Enocson (2022), "Complications after surgical treatment of pelvic fractures: a five-year follow-up of 194 patients", Eur J Orthop Surg Traumatol.
9. Ahmed Mham Mostafa (2021), "An overview of the key principles and guidelines in the management of pelvic fractures", Journal of Perioperative Practice. 31(9), pp. 341-348.
10. C. T. Nana et al. (2022), "Functional outcome of unstable pelvic fractures treated in a level III hospital in a developing country: a 10-year prospective observational study", J Orthop Surg Res. 17(1), pp. 198-209.
11. Giedrius Petryla (2021), "Comparison of One-Year Functional Outcomes and Quality of Life between Posterior Pelvic Ring Fixation and Combined Anterior-Posterior Pelvic Ring Fixation after Lateral Compression (B2 Type) Pelvic Fracture", Medicina 2021. 57, pp. 204-213.

ĐÁNH GIÁ TIỀN LƯỢNG NGUY CƠ TỬ VONG CHO 552 TRẺ SƠ SINH BẰNG THANG ĐIỂM SNAP-II

Phạm Lê An¹, Nguyễn Thị Kim Nhi², Phùng Nguyễn Thế Nguyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SNAP- II (Score for Neonatal Acute Physiology Vesion II) cho trẻ sơ sinh tại khoa Hồi sức Sơ sinh (HSSS). **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc trên các trẻ sơ sinh 0- 28 ngày tuổi nhập vào khoa HSSS Bệnh viện (BV) Nhi đồng II trong khoảng thời gian 11/2016 - 10/2018. Thang điểm SNAP- II được khảo sát tại thời điểm nhập khoa HSSS (SNAP-II(T₀)) và 24 giờ nhập khoa HSSS (SNAP-II(T₁)). Xác định năng lực hay khả năng phân cách của các biến số định lượng giữa trẻ sơ sinh sống và tử

vong bằng đường cong ROC và diện tích dưới đường cong ROC (AUC). **Kết quả:** Có 552 trường hợp (357 trẻ có cân nặng lúc sinh (CNLS) > 1500gr và 195 trẻ có CNLS ≤ 1500gr) thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 23,6%. Điểm số của các thang điểm SNAP-II(T₀), SNAP-II(T₁) ở nhóm trẻ tử vong đều cao hơn nhóm trẻ sống, p < 0,001. Nhóm trẻ có CNLS > 1500gr có diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm SNAP-II(T₀) là 0,839 với giá trị điểm cắt là 13, p < 0,001 và thang điểm SNAP-II(T₁) là 0,879 với giá trị điểm cắt là 15, p < 0,001. Nhóm trẻ có CNLS ≤ 1500gr có diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm SNAP-II(T₀) là 0,656 với giá trị điểm cắt là 20,5, p < 0,001 và thang điểm SNAP-II(T₁) là 0,733 với giá trị điểm cắt là 6,0, p < 0,001. **Kết luận:** Điểm số SNAP-II có khả năng tiên lượng tốt đối với tử vong sơ sinh và nhóm trẻ có CNLS > 1500gr tốt hơn so với trẻ có CNLS ≤ 1500gr, SNAP-II(T₁) có giá trị tiên lượng tử vong tốt hơn so với SNAP-II(T₀).

Từ khóa: Hồi sức sơ sinh, SNAP-II, tử vong

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê An

Email: anpham_vn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023