

3. **Báo cáo chuyên điều tra sức khỏe tâm thần vị thành niên và thanh niên Việt Nam.** Hà Nội: Tổng Cục Dân Số-KHHG\DJ. Published online 2010.
4. **Quyết định 5914/QĐ-BYT 2021.** Đề án Chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên thanh niên. Accessed June 29, 2022.
5. **Đỗ Đức Văn (2013),** Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về tránh thai và bệnh lây truyền qua đường tình dục ở học sinh trung học phổ thông thành phố Hải Dương năm 2013, luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
6. **Trần Thị Bích Hồi và các cộng sự (2015),** "Kiến thức về sức khỏe sinh sản của học sinh trường Trung học phổ thông Ngô Sĩ Liên tỉnh Bắc Giang năm 2015", Tạp chí Y học dự phòng. 25(11), tr. 129.
7. **Ivanova O, Rai M, Mlahagwa W, et al.** A cross-sectional mixed-methods study of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee adolescent girls in the Nakivale refugee settlement, Uganda. *Reprod Health.* 2019;16(1):35. doi:10.1186/s12978-019-0698-5
8. **Dương Thị Anh Đào, Nguyễn Thị Hồng Hạnh.** Thực trạng hiểu biết về sức khỏe sinh sản của học sinh trường Trung học phổ thông Trảng Định huyện Trảng Định, tỉnh Lạng Sơn. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Sư phạm Hà Nội: Khoa học Tự nhiên.* 2019;(3):149.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ KÍN GALEAZZI Ở NGƯỜI LỚN BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Văn Dương¹, Đinh Thế Hùng², Nguyễn Văn Việt²

Từ khóa: Gãy Galeazzi, nẹp vít khóa.

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật gậy Galeazzi bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 35 bệnh nhân (BN) gãy Galeazzi được phẫu thuật KHX quay bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Kết quả gắn dựa vào hình ảnh X-quang sau phẫu thuật và diễn biến vết mổ, biến chứng sớm. Kết quả xa dựa vào thang điểm đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật theo Mayo cải tiến, biên độ sấp ngửa cổ tay của bệnh nhân theo Brunelli, liền xương trên X-quang. **Kết quả:** Kết quả gần: Liền vết mổ kỳ đầu 35/35 BN. Không có biến chứng sớm sau phẫu thuật. Nắn chỉnh ổ gãy kết hợp xương quay không di lệch 28/35 BN chiếm 80,0%, di lệch ít 7/35 BN chiếm 20,0%. X-quang khớp quay trụ dưới sau nắn chỉnh: 30 BN khớp quay trụ dưới trở về vị trí giải phẫu chiếm 83,3%. 5 BN còn bán trật chiếm 16,7%. Kết quả xa: Liền xương 30/31 BN chiếm 96,8%. 1 BN khớp giả kèm gãy nẹp chiếm 3,2%. Sấp ngửa cẳng bàn tay và cổ tay theo Brunelli: Tốt 51,6%, trung bình 45,2%, hạn chế 3,2%. Kết quả điều trị sau phẫu thuật theo thang điểm Mayo: Có 22/31 BN kết quả tốt tỷ lệ 71,0%, khá 8/31 tỷ lệ là 25,8%, đạt 1/31 tỷ lệ là 3,2% và không có trường hợp kết quả xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương quay bằng nẹp vít khóa kèm nắn chỉnh khớp quay trụ dưới điều trị gãy Galeazzi mang lại kết quả tốt, giúp phục hồi chức năng cổ tay sớm, tránh được biến chứng khớp giả, trật khớp quay trụ dưới.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL, RADIOGRAPHIC AND RESULTS OF CLOSED GALEAZZI FRACTURE SURGERY IN ADULTS WITH LOCKING PLATES SCREW AT VIET TIET HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of operative surgery Galeazzi fracture with locking plates screw at Viet Tiet Hospital. **Research subjects and methods:** 35 patients (patients) with Galeazzi fractures operative surgery with locking plates screws at Vietnam Tiet Hospital. Immediate results are based on post-operative X-ray images and the progress of the incision, early complications. Later results are based on the assessment scale of advanced Mayo-based post-operative outcomes, the patient's wrist pronation movement according to Brunelli, and bone healing on X-ray. **Results:** Early results: First stage wound healing on 35/35 patients. There were no early complications after surgery. fixation radial bone of fractures combined with non-displaced radial bone: 28/35 patients, accounting for 80.0% of total number of patients; little displacement: 7/35 patients, accounting for 20.0%. X-ray of the distal radioulnar joint after osteopathy: 30 patients with the distal radioulnar joint returning to the anatomical position, accounting for 83.3%; 5 patients with subluxation, accounting for 16.7%. Later results: 30/31 patients with bone healing, accounting for 96.8%; 1 patient with nonunion and locking plate fracture, accounting for 3.2%. Forearm and wrist pronation according to Brunelli: 51.6% good; 45.2% average; 3.2% poor. Post-operative treatment results according to Mayo scale: 22/31 patients with excellent results, accounting for 71.0%; 8/31 patients with good results, accounting for 25.8%; 1/31 patients with average results, accounting for 3.2%; and no patients with poor

¹Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội

²Bệnh viện Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dương

Email: duongk32yhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023

results. **Conclusion:** operative surgery fixation radial bone with locking plates screw brace with fixation of the lower ulnar radial joint in the treatment of Galeazzi fractures brought good results, helping to restore wrist function early, avoiding nonunion complications, dislocation of the distal radioulnar joint

Keywords: Galeazzi fracture, locking plates screw.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy Galeazzi là gãy 1/3 dưới xương quay và bán trật hoặc trật khớp quay trụ dưới, còn gọi là gãy Monteggia ngược. Chiếm 3% - 6% gãy xương cẳng tay. Đây là loại gãy nặng nề về mặt chức năng để lại các biến chứng lâu dài và phức tạp nếu không được điều trị đúng.

Trên thế giới, phẫu thuật chỉ định hàng đầu cho mọi trường hợp. Tại Việt Nam phẫu thuật cũng được thực hiện ở hầu hết các bệnh viện có chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình, điều trị bảo tồn bằng cách kéo nắn và bó bột cẳng bàn tay ít được sử dụng.

Phẫu thuật nhằm mục đích: phục hồi giải phẫu xương quay từ đó phục hồi trục xoay đảm bảo biên độ sấp ngửa cẳng tay, làm vững khớp, ngăn chặn tái trật khớp, thoái hoá khớp ảnh hưởng tới chức năng cổ bàn tay.

Sự xuất hiện của nẹp vít khóa mang lại nhiều ưu điểm, mặc dù có thể dùng nẹp vít thường kết hợp xương quay trong gãy Galeazzi, hiện nay chưa thấy có đề tài nào nghiên cứu kết quả điều trị gãy Galeazzi bằng nẹp vít khóa.

Chẩn đoán gãy Galeazzi không khó nếu thăm khám kỹ lưỡng trên lâm sàng và X quang cẳng tay. Tuy nhiên khớp quay trụ dưới là thương tổn dễ bỏ sót, dẫn đến hướng xử trí không triệt để, khả năng phục hồi của bệnh nhân chưa được quan tâm nên chúng tôi nhận thấy việc điều trị, phục hồi chức năng gãy Galeazzi đáp ứng yêu cầu bức thiết cho việc phục hồi vận động của BN phòng ngừa các biến chứng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật gãy kín Galeazzi ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và X quang của các bệnh nhân gãy kín Galeazzi ở người lớn được điều trị bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 1/2018 đến 6/2020. Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín Galeazzi ở người lớn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 35 bệnh nhân (BN) gãy kín Galeazzi điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 1/2018 - 6/2020.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN trên 16 tuổi. được chẩn đoán gãy Galeazzi và phẫu thuật kết hợp xương quay bằng nẹp vít khóa. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ thông tin ở phòng hồ sơ bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Gãy xương bệnh lý, Gãy hở, bệnh lý hoặc di chứng về khớp khuỷu, khớp cổ tay cùng bên, bong hoặc nhiều sẹo co kéo da cẳng, cổ tay.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa Chấn thương chỉnh hình và khoa Phẫu thuật kỹ thuật cao bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Từ 1/2018 đến 6/2020.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, hồi cứu và tiến cứu. Cách chọn cỡ mẫu thuận tiện.

Nghiên cứu hồi cứu: thời gian từ 01/2018 - 12/2018 có 13 BN

Nghiên cứu tiến cứu: thời gian từ 01/2019 - 06/2020 có 22 BN

- Dụng cụ phẫu thuật và quy trình phẫu thuật

+ Dụng cụ phẫu thuật:



Hình 2.1. Bộ dụng cụ kết hợp xương và vít khóa dùng trong nghiên cứu (Nguồn: Tác giả)

2. NẸP KHÓA MẮT XÍCH			
Số lỗ	Độ dài (mm)	Độ dày nẹp	2.5 mm
5	58	Bề rộng nẹp	10.0 mm
6	70	Khoảng cách giữa các lỗ	12.0 mm
7	82	Loại vít sử dụng	3.5 mm
8	94		
9	106		
10	118		
12	142		
14	166		
16	190		

Hình 2.2. Thông số nẹp khóa mắt xích hãng INTERCUS GmbH (Đức)

Nguồn: Theo bảng thông số kĩ thuật nẹp vít khóa hãm INTERCUS GmbH (công ty HANOI.IEC biên soạn và dịch 2015) [1]

+ Quy trình phẫu thuật:

Phẫu thuật vào ổ gãy xương quay theo đường mổ henry hoặc thompson vào ổ gãy xương quay, tiến hành bóc lộ 2 đầu ổ gãy, đặt lại xương quay vị trí giải phẫu. sử dụng nẹp vít khóa phù hợp với ổ gãy, đảm bảo mỗi đầu ổ gãy trên 3 vít khóa. Bơm rửa, đặt dẫn lưu hút áp lực âm tại vết mổ nếu cần, đóng vết mổ.

Nắn chỉnh khớp quay trụ dưới, kiểm tra độ vững của khớp quay trụ dưới. khớp quay trụ dưới vững đặt nẹp bột cố định, khớp quay trụ dưới mất vững cần xuyên đinh kirschner cố định.



Hình 2.3. Đường mổ Thompson phía sau 1/3 dưới cẳng tay (Nguồn: BN Nguyễn Tân H, 45 tuổi)



Hình 2.4. Cố định khớp quay trụ dưới bằng 2 đinh Kirschner (Nguồn: BN Nguyễn Trung K, 16 tuổi)

Bảng 2.1. Thang điểm đánh giá theo Mayo cải tiến

Đặc tính	Trước mổ	Sau mổ
Đau ổ gãy	0 -5- 10 -15 -20 điểm	0 -5- 10 -15 -20 điểm
Chức năng cổ bàn tay	0 -5- 10 -15 -20 điểm	0 -5- 10 -15 -20 điểm
Vững chắc xương, khớp	0 -5- 10 -15 -20 điểm	0 -5- 10 -15 -20 điểm
Biên độ sấp ngửa cổ tay	0 -5- 10 -15 -20 điểm	0 -5- 10 -15 -20 điểm
Phục hồi giải phẫu học	0 -5- 10 -15 -20 điểm	0 -5- 10 -15 -20 điểm

Tổng điểm: Tốt: 90 - 100 điểm.

Khá: 80 -89 điểm.

Đạt: 70 - 79 điểm.

Xấu: 0 - 69 điểm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

- Tuổi trung bình: 38,91 ±14,79. Tỷ lệ BN nam/nữ là 60%/40%. cao tuổi nhất 85 tuổi. Thấp nhất 16 tuổi.

Bảng 3.1. Nguyên nhân chấn thương (n = 35)

Nguyên nhân	n	%
Tai nạn giao thông	21	60,0
Tai nạn sinh hoạt	9	25,7
Tai nạn lao động	4	11,4
Nguyên nhân khác	1	2,9
Tổng	35	100

Bảng 3.2. Các dấu hiệu lâm sàng (n = 35)

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Sưng đau ổ gãy	32/35	91,4
Biến dạng cẳng tay	23/35	65,7
Hạn chế sấp ngửa	35/35	100,0
Khớp quay trụ dưới mất vững	28/35	80,0
Mỏm trầm trụ ra sau	26/35	74,3

Hạn chế vận động cổ bàn tay là 100%, Sưng đau ổ gãy có 32/35 BN chiếm 91,4%, khớp quay trụ dưới mất vững 80,0%. Có 26/35 BN chiếm 74,3% có mỏm trầm trụ ra sau.

Bảng 3.3. Phân loại theo Bado (n = 35)

Kiểu gãy	n	%
Type I	12	34,3
Type II	14	40,0
Type III	7	20,0
Type IV	2	5,7
Tổng	35	100,0

Gãy Galeazzi type II nhiều nhất chiếm 14 bệnh nhân chiếm 40,0%, type I có 12 bệnh nhân chiếm 34,3%. Nhóm Bado type IV có 2 bệnh nhân chiếm 5,7%.

Phân loại gãy theo AO: nhóm A (gãy xương quay ngang, chéo vát không có mảnh rời) có 27 BN. Nhóm B có 6 BN. Nhóm C có 2 BN.

Bảng 3.4. Thời gian nằm viện (n = 35)

Thời gian (tuần)	n	%
< 1 tuần	8	22,9
1 – 2 tuần	25	71,4
> 2 tuần	2	5,7
Tổng	35	100

BN có thời gian nằm viện từ 1 đến 2 tuần 25 BN chiếm 74,4%. Dưới 1 tuần là 8 BN chiếm 22,9%. 2 BN nằm viện 2 đến 3 tuần.

Bảng 3.5. Nẹp khóa sử dụng trong kết hợp xương quay (n = 35)

Nẹp khóa xương quay	n	%
Nẹp khóa 6 lỗ	10	28,6
Nẹp khóa 7 lỗ	20	57,1
Nẹp khóa 8 lỗ	3	8,6
Nẹp khóa đầu dưới xương quay	2	5,7
Tổng	35	100

Nẹp khóa 7 lỗ 20 BN chiếm 57,1%. Nẹp khóa 6 lỗ là 10 bệnh nhân chiếm 28,6%. 2 BN sử dụng nẹp khóa đầu dưới xương quay.

3.2. Kết quả gân

*** Diễn biến tại vết mổ và biến chứng gân**

- Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật: tất cả đều liền vết mổ. không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ.

- Không có BN tổn thương mạch máu và thần kinh ở vùng cẳng tay.

*** Kết quả kết hợp xương quay:** 28 BN xương quay thẳng trục, không bị gãy xương quay chiếm 80,0%. 7 BN chiếm 20,0% sau kết hợp xương quay còn di lệch ít (xương quay ngắn 2 – 3mm hay lệch trục 3⁰) nhưng ở mức độ chấp nhận được.

*** Kết quả nắn chỉnh khớp quay trụ dưới:** 30 BN chiếm 83,3% khớp quay trụ dưới trở về vị trí giải phẫu và 5 BN chiếm 16,7% khớp quay trụ dưới còn bán trật di lệch ít.

3.3. Kết quả xa

31/35 BN liên hệ và tái khám đánh giá kết quả, 4 BN không liên hệ theo dõi được.

Liên xương và biến chứng xa: 30 BN liên xương, 1 BN khớp giả kèm theo gãy nẹp sau phẫu thuật tỷ lệ 3,2%. 5/31 BN đầu dưới xương trụ nhô ra sau. Không có BN viêm xương.

Bảng 3.6. Bảng đánh giá biên độ sấp ngửa cổ tay của bệnh nhân theo Brunelli (n = 31)

Kết quả sấp ngửa cổ tay	n	%
Tốt	16/31	51,6
Trung bình	14/31	45,2
Hạn chế	1/31	3,2
Tổng	31	100,0

Sấp ngửa của cổ tay và cẳng tay tốt 16 BN chiếm 51,6%. Trung bình 14 BN chiếm 45,2%. Hạn chế vận động sấp ngửa của cổ tay 1 BN.

Bảng 3.7. BN tự đánh giá kết quả sau phẫu thuật (n = 31)

Kết quả	n	%
Tốt	22	71,0
Khá	9	29,0
Trung bình	0	0,0
Xấu	0	0,0
Tổng	31	100,0

BN tự đánh giá đạt kết quả tốt chiếm 71,0%. Còn lại 9/31 bệnh nhân chiếm 29,0% khá.

Bảng 3.8. Thang điểm đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật theo Mayo cải tiến (n = 31)

Kết quả	n	%
Tốt	22	71,0
Khá	8	25,8
Đạt	1	3,2
Xấu	0	0,0
Tổng	31	100,0

22/31 BN kết quả tốt tỷ lệ 71,0%, khá 8/31 tỷ lệ là 25,8%, đạt 1/31 tỷ lệ là 3,2%.



Hình 3.1. X quang BN trước - sau phẫu thuật: Gãy Galeazzi cẳng tay T. Bado type III. Khớp quay trụ dưới trở về vị trí giải phẫu (Nguồn: BN – Nguyễn Tân H)



Hình 3.2. Đánh giá chức năng sấp-ngửa cổ tay của BN sau 3 tháng (Nguồn: BN – Phạm Văn M)



Hình 3.3. Đánh giá chức năng gấp – duỗi cổ tay BN sau 3 tháng (Nguồn: BN – Phạm Văn M)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình 38,91 ± 14,79 tương đương các tác giả khác. Gãy Galeazzi gặp nhiều ở tuổi lao động. Nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất, nếu không được điều trị đúng sẽ ảnh hưởng nhiều đến công việc và cuộc

sống của BN.

- Tỷ lệ nam/nữ là 60%/40%. So sánh với Trương Công Đạt có nam chiếm 68,9% và nữ chiếm 31,1% kết quả chúng tôi gần tương đương [2].

4.2. Hình ảnh X quang

Bảng 4.1. Phân loại của Bado trong các nghiên cứu

Phân loại	Type I	Type II	Type III	Type IV
Mikic 1975	40%	60%		
Vũ Trọng Tùng 2004	35,6%	44,4%	11,1%	8,9%
Hattoma 2002	33%	53%	8%	6%
Chúng tôi 2019	34,3%	40,0%	20,0%	5,7%

Bado Type I, Type II là hay gặp nhất 74,3% tương đương với kết quả của các tác giả khác. Cơ chế gãy Galeazzi chủ yếu là gián tiếp xương quay gãy đơn giản, đầu ngoại vi di lệch quay hoặc trụ và ra sau, mòm trâm quay di lệch ra sau. Gặp nhiều nhất type II xương quay di lệch ra sau và lệch trụ [6], [8], [7].

4.3. Kết quả gân

- 28 BN xương quay thẳng trục, không bị ngắn xương chiếm 80,0%. Có 7 BN chiếm 20,0% sau kết hợp xương quay còn di lệch ít (xương quay ngắn 2 – 3mm hay lệch trục 3^o) ở mức độ chấp nhận được. Kết quả này của chúng tôi cao hơn Trương Công Đạt (xương quay thẳng trục đủ chiều dài 43,1%). Do nghiên cứu của tôi xương quay gãy đơn giản và các phẫu thuật viên chú trọng đến nắn chỉnh ổ gãy xương quay, việc sử dụng nẹp vít khóa trong nghiên cứu giúp kết hợp xương vững chắc, ít di lệch và ổn định ổ gãy, phẫu thuật viên ý thức được rằng khi xương quay đủ chiều dài thì phục hồi khớp quay trụ dưới sẽ tốt hơn [2].

- Khớp quay trụ dưới sau phẫu thuật: 30 BN chiếm tỷ lệ 83,3% khớp quay trụ dưới trở về vị trí giải phẫu. 5 BN chiếm 16,7% khớp quay trụ dưới bán trật hoặc khớp quay trụ dưới di lệch ở mức độ chấp nhận được, Xem xét 5 trường hợp trên chúng tôi tìm ra một vài nguyên nhân là do khi kết hợp xương quay đã đủ chiều dài nhưng khớp quay trụ dưới tổn thương ban đầu trật và di lệch nhiều, sau nắn chỉnh chưa kiểm tra sự vững của khớp mà vẫn đặt nẹp bột, trong nghiên cứu có 12/35 BN chiếm 34,3% gãy mòm trâm trụ dẫn đến sự mất vững khớp quay trụ dưới và phức hợp sụn sơi tam giác mà chúng tôi không cố định mòm trâm trụ gãy. 2/5 BN khớp quay trụ dưới còn bán trật được khắc phục bằng nắn chỉnh lại lần 2 và bó bột tròn với thời gian 1 tháng sau phẫu thuật, 3 BN không được xử lý.

4.4. Kết quả xa

- Tái khám và kiểm tra được 31/35 BN thu được kết quả sau:

- Thời gian liền xương: 1 BN khớp giả kèm gãy nẹp khóa sau mổ 6 tháng đây là BN có tiền sử gãy Galeazzi đã được phẫu thuật kết hợp xương quay bằng nẹp thường, sau 3 tháng đến với chúng tôi với tình trạng đau và hạn chế vận động cẳng tay nhiều. kiểm tra khớp quay trụ dưới trật, xương quay và nẹp gãy tại ổ gãy cũ. BN được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa và tăng cường bằng nẹp bột. Sau 6 tháng bệnh nhân vẫn còn đau hạn chế vận động kiểm tra thấy khớp giả và gãy nẹp, BN đã tự lên tuyến trên phẫu thuật. Khi kết hợp xương trên nền một ổ gãy cũ thì khả năng xương liền là khó khăn, trong trường hợp này ổ gãy xơ chai chúng tôi cũng chưa ghép xương xốp tự thân cho BN. Còn lại 30/31 BN liền xương đạt 96,8%. Xương quay được bao xung quanh bởi hệ thống cơ phong phú, nguồn nuôi dưỡng nhiều, kết hợp xương quay bằng nẹp vít khóa làm cho ổ gãy vững chắc, hạn chế bóc tách cốt mạc giữ được hệ thống mạch máu nuôi xương, sau phẫu thuật bệnh nhân được đặt nẹp bột tăng cường 4 – 6 tuần, độ tuổi trong nghiên cứu chủ yếu còn trẻ và trong độ tuổi lao động. Tất cả nguyên nhân trên giúp cho tỷ lệ liền xương quay đạt kết quả cao [3], [4], [5].

4.5. Đánh giá chức năng sấp ngửa cẳng, cổ tay. Sấp ngửa của cổ tay và cẳng tay tốt 16/31 BN chiếm 51,6%. Trung bình 14/31 BN chiếm tỷ lệ 45,2%. Hạn chế vận động sấp ngửa của cổ tay 1/31 BN chiếm 3,2%, Thành công của phẫu thuật là trả lại tầm vận động như trước khi chấn thương, BN có hạn chế vận động sấp ngửa cổ tay ở mức độ trung bình còn cao 48,4%. Trong khi kết quả nắn chỉnh xương quay và khớp quay trụ dưới không di lệch là 80,0% và 83,3% (đối với 35 BN) điều này không tương đương với nhau, nói lên rằng việc theo dõi BN và phục hồi chức năng tại nhà chưa thực sự được quan tâm. Khi bị tổn thương khớp quay trụ dưới chúng ta đặt nẹp bột 4 – 6 tuần, điều đó cũng làm cứng khớp cổ tay. Bệnh nhân chủ quan không khám lại hoặc không vận động phục hồi chức năng sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng cổ tay.

4.6. Kết quả điều trị

- Theo dõi 31/35 BN kết quả tốt 71,0% so sánh với Vũ Trọng Tùng và Trương Công Đạt thì kết quả của chúng tôi là cao hơn.

- Khả và tốt của chúng tôi là 96,8% đây là kết quả rất cao, hầu hết bệnh nhân trở về hoạt động cuộc sống bình thường, 1 BN chiếm 3,2%

phải mổ lại lần 3 làm cho chức năng cẳng tay hạn chế đi nhiều ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của BN.

V. KẾT LUẬN

Gãy Galeazzi là tổn thương ít gặp trong chấn thương, ngoài gãy xương quay còn liên quan đến khớp quay trụ dưới, phức hợp sụn sợi tam giác, ảnh hưởng đến chức năng cẳng và cổ tay. Điều trị KHX quay bằng nẹp vít khóa kèm nắn chỉnh, cố định khớp quay trụ dưới đúng chỉ định tạo sự vững chắc của xương quay và khớp quay trụ dưới, giúp BN tập vận động và phục hồi chức năng sớm. Tránh các nguy cơ biến chứng:teo cơ, cứng khớp, hạn chế vận động cổ tay, đau do thoái hóa khớp.

VI. KIẾN NGHỊ

- Gãy Galeazzi nên mổ theo sơ đồ của Browner.
- Phẫu thuật kết hợp xương quay cần chú ý nắn chỉnh khớp quay trụ dưới nếu vững thì đặt nẹp bột, không vững cần xuyên kim Kirschner cố định.
- Hướng dẫn tập vận động và phục hồi chức

năng tại bệnh viện và tại nhà, hẹn tái khám theo định kì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Công ty HANOI.IEC biên soạn và dịch. (2015). Bảng thông số kĩ thuật nẹp vít khóa hãng INTERCUS. In.
2. Trương Công Đạt. (2002), Điều trị phẫu thuật gãy trật Galeazzi. Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP HCM: Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
3. Bộ môn giải phẫu học. (2013). Giải phẫu học, vol. 1. Hồ Chí Minh: Ngô Quang Quyền;
4. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn. (2013). Chấn thương chỉnh hình: Nhà xuất bản y học.
5. Nguyễn Đức Phúc, Phùng Ngọc Hoa, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải. (2010) Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình. Hà Nội: NXB Y học Hà Nội.
6. Vũ Trọng Tùng. (2004). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy kín Galeazzi. Đại học Y Hà Nội.
7. Mikic ZDJTJohs. (1995). Treatment of acute injuries of the triangular fibrocartilage complex associated with distal radioulnar joint instability. 20(2):319-323.
8. Mikic ZJTJob, volume jsA. (1975). Galeazzi fracture-dislocations, 57(8):1071-1080.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY HÔ HẤP SƠ SINH NẶNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Phạm Thị Thúy Tuệ¹, Phạm Vân Anh¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy hô hấp là một hội chứng rất thường gặp ở thời kì sơ sinh, nhất là những ngày đầu sau sinh. Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh nhanh chóng tiến triển tới ngừng thở và sau đó là ngừng tim, gây tỉ lệ tử vong cao. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp sơ sinh và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang gồm 162 trường hợp, trong số này, hồi cứu hồ sơ bệnh án 112 trường hợp từ 01/04/2022 đến 11/08/2022 và tiến cứu 50 trường hợp từ 12/08/2022 đến 31/10/2022. **Kết quả:** Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh chủ yếu gặp ở sơ sinh nam (59,9%), tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1; suy hô hấp xảy ra sau sinh <24 giờ (84,0%). Cân nặng trung bình là 2542,8 ± 848,3 gram. Lâm sàng thở nhanh (81,5%); suy hô hấp mức

độ nặng chiếm 25,3% (41/162); hạ glucose máu 29,6% (48/162); tổn thương trên Xquang ngực thẳng 79% (128/162). Nguyên nhân suy hô hấp hay gặp là chậm hấp thu dịch phế nang (36,4%), bệnh màng trong (28,4%), và viêm phổi sơ sinh (17,3%). Một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng: Trẻ nam có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ nữ; Trẻ có tuổi thai <34 tuần có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có tuổi thai ≥34 tuần. Trẻ có CNLS <1500 gr có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có CNLS ≥1500 gram. Trẻ hạ thân nhiệt có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ không hạ thân nhiệt. **Kết luận:** Phần lớn trẻ xuất hiện suy hô hấp thường xảy ra ở trẻ non tháng, nhẹ cân, trong ngày đầu sau sinh. **Từ khóa:** sơ sinh, suy hô hấp.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATING TO SEVERE NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS AT QUANG NGAI HOSPITAL FOR CHILDREN AND WOMEN

Background: Respiratory failure is a highly frequent syndrome in the neonatal period, especially in the first days after birth. Newborn respiratory distress rapidly progresses to apnea and then goes

¹Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinhhtuyen889@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023