

KẾT QUẢ LIÊN XƯƠNG VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG NẠP VÍT KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

Đặng Hoàng Anh¹, Nguyễn Ảnh Sang²,
Nguyễn Văn Bình², Trần Quốc Doanh², Phạm Thị Hiếu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả liền xương và phục hồi chức năng sau phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 63 bệnh nhân (BN) gãy kín thân hai xương cẳng tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2016 đến tháng 07/2019. **Kết quả và kết luận:** Kết quả liền xương đạt được là 100%. Kết quả chức năng sau mổ theo tiêu chuẩn của Anderson tương đối khả quan, với 90,48% tốt, 9,52% khá. Kết quả chức năng sau mổ hệ thống đánh giá của Grace và Eversmann tương đối khả quan, với 74,6% tốt, 17,46% khá, 7,94% trung bình. **Từ khóa:** Gãy thân xương cẳng tay, hệ thống đánh giá của Grace và Eversmann, nẹp khóa nẹp ép.

SUMMARY

OUTCOME OF BONE HEALING AND REHABILITATION AFTER TREATMENT BY OPEN REDUCTION AND PLATE FIXATION FOR RADIUS AND ULNA SHAFT FRACTURES

Objectives: Evaluation of the results of bone healing and rehabilitation in treatment by plate fixation for radius and ulna shaft fractures in adults. **Subjects and methods:** A descriptive retrospective study on 63 patients with closed radius and ulna shaft fractures treated by open reduction and plate fixation at Military Hospital 175 from January 2016 to July 2019. **Results and Conclusion:** The bone healing result was 100%. Postoperative functional outcome according to Anderson's criteria was relatively positive, with 90.48% excellent, 9.52% good. The functional outcome after surgery by Grace and Eversmann's evaluation system was relatively positive, with 74.6% excellent, 17.46% good, 7.94% average.

Keywords: Radius and ulna shaft fractures, Grace and Eversmann's evaluation system, Locking compression plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân hai xương cẳng tay là loại gãy thường gặp ở cả người lớn và trẻ em, do nhiều

nguyên nhân khác nhau như: Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, tai nạn thể thao. Nếu điều trị gãy thân hai xương cẳng tay không kịp thời và đúng cách sẽ dẫn đến nhiều biến chứng và hạn chế chức năng của cẳng tay về sau. Ở Việt Nam, đã có nhiều phương pháp và dụng cụ kết hợp xương bên trong nhưng loại được sử dụng nhiều nhất và cho kết quả khả quan trong điều trị phẫu thuật gãy kín thân hai xương cẳng tay vẫn là nẹp vít. Tuy nhiên việc điều trị phẫu thuật gãy kín thân hai xương cẳng tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa trong nước vẫn chưa có báo cáo cụ thể. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu "Đánh giá kết quả liền xương và phục hồi chức năng sau phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay ở người lớn tại Bệnh viện Quân y 175".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu các BN trưởng thành được chẩn đoán gãy kín thân hai xương cẳng tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01 năm 2016 đến hết tháng 07 năm 2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả BN trưởng thành (từ 18 tuổi trở lên) có đủ các điều kiện sau:

- Đủ hồ sơ bệnh án, gồm các xét nghiệm cần thiết trước phẫu thuật, phim X-Quang trước và sau phẫu thuật.

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay loại B và C (theo phân loại AO) được điều trị bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy xương bệnh lý, BN gãy xương cánh tay cùng bên.

- Có dị tật ở chi gãy: Bại liệt, bại não, hạn chế vận động khớp cổ tay, khớp khuỷu.

- Không đến tái khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh, và không nhóm chứng.

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 175

³Trường Cao đẳng Hậu Cần 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ảnh Sang

Email: dr.anhsang@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính cho một nghiên cứu tỉ lệ

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p \times (1-p)}{\Delta^2}$$

p: tỉ lệ bệnh nhân đạt yêu cầu theo tiêu chuẩn đánh giá của Anderson, lấy theo nghiên cứu trước đó của Arjan G J Bot (2011) [3], ta có **p** = 97%.

Δ: Khoảng sai lệch tuyệt đối mong muốn, lấy bằng 5%.

Thay các số vào các vị trí tương ứng, ta có n = 44,7. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 45 BN.

Qua thu thập mẫu, được 63 BN trưởng thành đủ tiêu chuẩn chọn bệnh.

2.2.3. Phân tích và xử lý số liệu:

- Nhập, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0

- Phương pháp thống kê: Sử dụng các thuật toán thống kê y học: Phép kiểm Chi bình phương so sánh hai tỉ lệ; Phép kiểm t-test so sánh hai trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=63)

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Giới tính | Nam: 48 (76,19%) Nữ: 15 (23,81%) |
| Tỉ lệ nữ/nam | 1 / 3,2 |
| Tuổi trung bình | 34,19 ± 12,63 tuổi |
| Nguyên nhân gãy xương | - TNGT: 45 BN (32 nam, 13 nữ) - TNSH: 5 BN (4 nam, 1 nữ) - TNLD: 7 BN (6 nam, 1 nữ) - TNTT: 6 BN (6 nam) |
| Tần suất tay bị thương | Tay phải: 23 (36,51%) Tay trái: 40 (63,49%) |

Nhận xét: Trong số 63 BN có 15 BN nữ (23,81%) và 48 BN nam (76,19%). Tỉ lệ BN nữ/nam là 1/3,2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tuổi thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 65 tuổi. Tuổi trung bình của BN nữ là 42,73 ± 15,5 tuổi và của BN nam là 31,52 ± 10,41 tuổi. Tuổi trung bình chung cho cả hai giới là 34,19 ± 12,63 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 18 - 60 tuổi, chiếm tỉ lệ 96,83%. TNGT: 45 BN (32 nam, 13 nữ) chiếm tỉ lệ cao nhất với 71,43%. Có 40 BN bị gãy xương cẳng tay bên trái (63,49%) và 23 BN bị gãy xương cẳng tay bên phải (36,51%). Tần suất bị gãy xương cẳng tay bên trái cao hơn bên phải. Không có BN bị gãy xương ở cả hai tay.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kết quả sau phẫu thuật (n=63)

| | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kết quả sau phẫu thuật trên phim XQ | Ổ gãy xương quay | Hết di lệch: 60 (95,24%) Di lệch ít: 3 (4,76%) Di lệch lớn: 0 |
| | Ổ gãy xương trụ | Hết di lệch: 59 (93,65%) Di lệch ít: 4 (6,35%) Di lệch lớn: 0 |
| Kết quả liền xương trên phim XQ sau phẫu thuật 12 tháng | Ổ gãy xương quay | Hết di lệch: 60 (95,24%) Di lệch ít: 3 (4,76%) Di lệch nhiều: 0 Không liền xương: 0 |
| | Ổ gãy xương trụ | Hết di lệch: 59 (93,65%) Di lệch ít: 4 (6,35%) Di lệch nhiều: 0 Không liền xương: 0 |
| Kết quả phục hồi biên độ gấp duỗi khuỷu | Bình thường: 49 (77,78%) Hạn chế dưới 10 độ: 14 (22,22%) Hạn chế 10 - 20 độ: 0 Hạn chế 20 - 30 độ: 0 | |
| | Kết quả phục hồi biên độ sắp ngửa cẳng tay | Bình thường: 39 (61,9%) Hạn chế dưới 25%: 19 (30,16%) Hạn chế 25 - 50%: 5 (7,94%) Hạn chế trên 50%: 0 |
| Kết quả phục hồi biên độ chức năng khớp cổ tay | | Bình thường: 42 (66,67%) Hạn chế dưới 10 độ: 15 (23,81%) Hạn chế 10 - 20 độ: 6 (9,52%) Hạn chế 20 - 30 độ: 0 |
| | Đánh giá chức năng theo Anderson | Tốt: 57 (90,48%) Khá: 6 (9,52%) Trung bình: 0 Kém: 0 |
| Đánh giá chức năng theo Grace và Eversmann | | Tốt: 47 (74,6%) Khá: 11 (17,46%) Trung bình: 5 (7,94%) Kém: 0 |

Nhận xét: - 61 BN (chiếm 96,83%) trong thời gian nằm viện không bị nhiễm khuẩn vết mổ, liền vết mổ kì đầu. Có 2 BN bị nhiễm khuẩn vết mổ nông (chiếm 3,17%) với biểu hiện có sốt nhẹ, vết mổ tấy đỏ, có dịch đã được xử trí cắt chỉ thưa, thay băng nặn ép dịch ứ đọng, dùng kháng sinh cho đến khi ổn định ra viện. Cả 2 BN này đều liền vết mổ kì hai. Không có BN bị nhiễm khuẩn vết mổ sâu.

- 57 BN ổ gãy hết di lệch cả hai xương, chiếm 90,48%; 3 BN ổ gãy di lệch ít ở xương trụ, xương quay hết di lệch, chiếm 4,76%; 2 BN ổ gãy di lệch ít ở xương quay, xương trụ hết di lệch, chiếm 3,17%; 1 BN di lệch ít ở cả ổ gãy xương quay và xương trụ, chiếm 1,59%; Không có trường hợp nào ổ gãy xương bị di lệch lớn.

- Theo dõi kết quả xa, có 60 BN sẹo vết mổ đẹp, mềm mại ở cả hai vị trí mổ (chiếm

93,75%), bên cạnh đó có 2 BN bị sẹo lồi quá phát và 2 BN bị sẹo giãn (chiếm 6,34%). Không có trường hợp nào bị viêm rò ở sẹo mổ.

- Sau phẫu thuật 12 tháng, 57 BN liền xương hết di lệch cả hai xương, chiếm 90,48%; 3 BN liền xương di lệch ít ở xương trụ, xương quay hết di lệch, chiếm 4,76%. 2 BN liền xương di lệch ít ở xương quay, xương trụ hết di lệch, chiếm 3,17%; 1 BN liền xương di lệch ít cả xương quay và xương trụ, chiếm 1,59%. Không có trường hợp nào liền xương di lệch nhiều, cũng như không có trường hợp nào không liền xương.

- 49 BN có biên độ gấp duỗi khuỷu bình thường, chiếm tỉ lệ 77,78%; 14 BN biên độ gấp duỗi khuỷu còn hạn chế dưới 10 độ, chiếm 22,22%. Không có BN nào gấp duỗi khuỷu hạn chế trên 10 độ.

- 39 BN có biên độ sấp ngửa cẳng tay bình thường, chiếm tỉ lệ 61,9%; 19 BN biên độ sấp ngửa cẳng tay còn hạn chế dưới 25%, chiếm 30,16%; 5 BN biên độ sấp ngửa cẳng tay còn hạn chế 25 - 50%, chiếm 7,94%. Không có BN nào sấp ngửa cẳng tay còn hạn chế trên 50%.

- 42 BN có biên độ chức năng khớp cổ tay bình thường, chiếm tỉ lệ 66,67%; 15 BN biên độ chức năng khớp cổ tay còn hạn chế dưới 10 độ, chiếm 23,81%; 6 BN biên độ chức năng khớp cổ tay còn hạn chế 10 - 20 độ, chiếm 9,52%. Không có BN nào gấp duỗi khuỷu hạn chế trên 20 độ.

- Đánh giá chức năng theo Anderson : 57 BN có kết quả liền xương và phục hồi chức năng tốt, chiếm tỉ lệ 90,48%; 6 BN có kết quả liền xương và phục hồi chức năng khá, chiếm tỉ lệ 9,52%. Không có BN ở mức độ trung bình và kém

- Đánh giá chức năng theo Grace và Eversmann : 47 BN có kết quả liền xương, đạt được ít nhất 90% cung xoay cẳng tay, chiếm tỉ lệ 74,6%; 11 BN có kết quả liền xương, đạt được ít nhất 80% cung xoay cẳng tay, chiếm tỉ lệ 17,46%; 5 BN có kết quả liền xương, đạt được ít nhất 60% cung xoay cẳng tay, chiếm tỉ lệ 7,94%. Không có BN ở mức độ kém: Không liền xương hoặc không đạt được ít nhất 60% cung xoay cẳng tay.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả liền xương

4.1.1. Kết quả nắn chỉnh kết xương sau phẫu thuật. Sau khi phẫu thuật, chúng tôi kiểm tra đánh giá lại kết quả nắn chỉnh ổ gãy, kết xương nẹp vít bằng phim Xquang chụp xương cẳng tay hai bình diện thẳng nghiêng sau khi cuộc mổ kết thúc. Đây là khâu đánh giá cuối cùng của cuộc phẫu thuật, đánh giá này rất quan

trọng vì nếu phát hiện sai sót trong lúc BN chưa xuất viện chúng ta có thể khắc phục kịp thời, ít ảnh hưởng tâm lý, kết quả điều trị của người bệnh. Trong nghiên cứu, không có trường hợp nào ổ gãy xương bị di lệch lớn. Có 57 BN ổ gãy được nắn chỉnh hết di lệch cả hai xương, chiếm 90,48%. Còn 6 BN có ổ gãy di lệch ít, gồm 3 BN ổ gãy di lệch ít ở xương trụ, xương quay hết di lệch, chiếm 4,76%, 2 BN ổ gãy di lệch ít ở xương quay, xương trụ hết di lệch, chiếm 3,17% và 1 BN di lệch ít ở cả ổ gãy xương quay và xương trụ, chiếm 1,59%. Các trường hợp này chủ yếu là do mảnh di lệch sang bên không quá một vỏ xương, không có trường hợp di lệch gập góc không quá 5 độ và không có di lệch xoay.

4.1.2. Kết quả liền xương. Điều trị gãy xương thì liền xương là yếu tố quan trọng hàng đầu để đánh giá kết quả điều trị. Liền xương trong điều trị gãy xương cẳng tay ngoài yếu tố phục hồi nguyên vẹn hình thể giải phẫu và sức mạnh của xương còn góp phần giúp khuỷu và cẳng tay phục hồi chức năng vốn có.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào liền xương di lệch nhiều, cũng như không có trường hợp nào không liền xương. 63 BN đến tái khám lại thì có đến 57 BN liền xương hết di lệch cả hai xương, chiếm 90,48%, 2 BN liền xương di lệch ít ở xương trụ, xương quay hết di lệch, chiếm 4,76%, 2 BN liền xương di lệch ít ở xương quay, xương trụ hết di lệch, chiếm 3,17%, 1 BN liền xương di lệch ít cả xương quay và xương trụ, chiếm 1,59%.

Tỉ lệ liền xương của chúng tôi là 100%, không có trường hợp nào chậm liền xương, không liền xương. Điều này có thể là do các BN trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn trẻ, đa phần trong độ tuổi lao động, chất lượng xương còn tốt, nên sự liền xương diễn ra tốt hơn.

4.2. Kết quả phục hồi chức năng. Kết quả kiểm tra phục hồi chức năng vận động trong nghiên cứu của chúng tôi:

Biên độ gấp duỗi khớp khuỷu: Kết quả tốt có 63 BN, chiếm 100%, không có trường hợp nào đạt kết quả khá, trung bình và kém.

Biên độ chức năng khớp cổ tay: Kết quả tốt có 57 BN, chiếm 90,48%, có 6 trường hợp kết quả đạt khá, chiếm 9,52%, không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình và kém.

Chức năng sấp ngửa cẳng tay: Kết quả tốt và khá có 63/63 BN, chiếm 100%, trong đó tốt là 92,06%

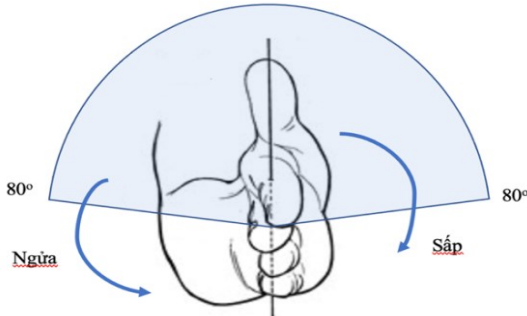
Kết quả về chức năng theo phân loại của Grace và Eversmann trong nghiên cứu của chúng tôi là 74,6% tốt, 17,46% khá, 7,94% trung bình.

Tỉ lệ chức năng từ khá trở lên trong 63 BN là 92,06%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác. Tác giả Azboy (2013) nghiên cứu trên cho thấy tỉ lệ phục hồi chức năng là 20/22 BN kết xương nẹp vít khoá đạt mức khá trở lên, trong đó tốt là 73% [2]. Kim (2015) và cộng sự đánh giá trên 31 BN gãy xương cẳng tay được kết xương nẹp vít cho kết quả chức năng từ khá trở lên là 29/31 BN, chiếm tỉ lệ 93,55% [5]. Nghiên cứu của Huỳnh Văn Lem (2016) báo cáo kết quả là 62,5% tốt, 25% khá [1].

Cách phân loại của Grace và Eversmann đánh giá dựa vào hai yếu tố: Sự liền xương và cung sấp/ngửa của cẳng tay. Trong một báo cáo năm 1992, E. Schemitsch và R. Richards cho rằng yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến cung sấp/ngửa cẳng tay chính là độ cong của xương quay [7].

Hai tác giả đề xuất cách tính độ cong xương quay bằng cách kẻ một đoạn thẳng từ lồi củ quay đến diện khớp xương trụ ở đầu dưới xương quay (gọi là đoạn thẳng Y). Tiếp đến kẻ đường thẳng a vuông góc với Y sao cho độ dài của a là lớn nhất. Gọi X là khoảng cách từ giao điểm của a với b đến lồi củ quay. Khi đó vị trí độ cong xương quay cực đại được tính bằng công thức: $X/Y \times 100$ (đơn vị tính: %). Các tác giả cho rằng vị trí của độ cong xương quay cực đại bình thường vào khoảng $59,9 \pm 0,7\%$ [7]. Đồng thời, họ nhận định bên tay bị gãy có vị trí độ cong xương quay cực đại thấp hơn hoặc trên so với bên tay liền khoảng $4,3 \pm 0,7\%$ thì sẽ có cung sấp/ngửa cẳng tay ít nhất là 80% so với tay bình thường [1].

Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đánh giá chức năng sấp/ngửa của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm mời tái khám sau mổ ít nhất 12 tháng dựa trên cung sấp/ngửa cẳng tay với vòng cung giả định bình thường là sấp 80° và ngửa 80° như Schemitsch và Richards.



Hình 1. Minh họa cung sấp/ngửa cẳng tay

Theo tiêu chuẩn của Anderson, cho thấy 100% BN trong nghiên cứu có kết quả phục hồi

chức năng tốt và khá, với kết quả tốt là 90,48%. Trong 59 BN gãy xương loại B, có kết quả tốt là 88,89%, khá là 4,76% và 4 BN gãy xương loại C, có kết quả tốt là 1,59%, khá là 4,76%. Không có trường hợp nào ở mức độ trung bình và kém. Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Muralidhar BM (2017) với 100% BN có kết quả phục hồi chức năng tốt và khá, trong đó tốt là 81%, khá là 19%[6]. Theo Chapman 1989, có 90,8% BN phục hồi chức năng tốt và khá, 9,2% BN phục hồi chức năng không đạt yêu cầu [4].

Nguyên nhân chính của sự thành công này, đặc biệt là 3 BN gãy xương loại C mà sự phục hồi sau mổ đạt được biên độ gấp duỗi khuỷu hạn chế dưới 10 độ, biên độ sấp/ngửa cẳng tay hạn chế 25 - 50%, biên độ vận động khớp cổ tay hạn chế 10-20 độ, đó là việc thực hiện phẫu thuật kết xương đúng chỉ định, đúng kỹ thuật. Một yếu tố quan trọng nữa là giáo dục tuyên truyền, hướng dẫn cho BN tập vật lý trị liệu sau khi xuất viện phục hồi chức năng sau mổ một cách thường xuyên liên tục, tăng dần đúng phương pháp, không những chống được biến chứng teo cơ cứng khớp, hạn chế vận động mà còn giúp cho ổ gãy nhanh liền xương.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị ở 63 BN bị gãy kín thân hai xương cẳng tay ở người lớn bằng kết hợp xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Quân y 175. Kết quả liền xương đạt được là 100%. Kết quả chức năng sau mổ theo tiêu chuẩn của Anderson tương đối khả quan, với 90,48% tốt, 9,52% khá. Kết quả chức năng sau mổ hệ thống đánh giá của Grace và Eversmann tương đối khả quan, với 74,6% tốt, 17,46% khá, 7,94% trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Văn Lem** (2016), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín hai xương cẳng tay ở người lớn bằng nẹp vít nén ép động tại bệnh viện đa khoa khu vực Hóc Môn, Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
2. **Azboy I.** (2013), "Effectiveness of locking versus dynamic compression plates for diaphyseal forearm fractures", Orthopedics, vol. 36 (7), pp. e917-22.
3. **Bot A.G.** (2011), "Long-term outcomes of fractures of both bones of the forearm", The Journal of bone and joint surgery. American volume, vol. 93 (6), pp. 527-532.
4. **Chapman M.W.** (1989), "Compression-plate fixation of acute fractures of the diaphyses of the radius and ulna", J Bone Joint Surg Am, vol. 71 (2), pp. 159-169.
5. **Kim S.B.** (2015), "Shaft Fractures of Both Forearm Bones: The Outcomes of Surgical

Treatment with Plating Only and Combined Plating and Intramedullary Nailing", Clin Orthop Surg, vol. 7 (3), pp. 282-290.

6. **Muralidhar B.M.** (2017), "Surgical management of fracture both bone forearm in adult using limited contact dynamic compression plate",

International Journal of Orthopaedics Sciences, vol. 3 (2), pp. 852-856.

7. **Schemitsch E.H.** (1992), "The effect of malunion on functional outcome after plate fixation of fractures of both bones of the forearm in adults", J Bone Joint Surg Am, vol. 74 (7), pp. 1068-1078.

ĐẶC ĐIỂM GIẤC NGỦ CỦA TRẺ ĐANG ĐIỀU TRỊ BẠCH CẦU CẤP ĐỒNG LYMPHO GIAI ĐOẠN DUY TRÌ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Bội¹, Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Bùi Ngọc Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm giấc ngủ ở trẻ mắc bạch cầu cấp dòng lympho đang điều trị giai đoạn duy trì. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu khảo sát 71 trẻ mắc bạch cầu cấp dòng lympho đang điều trị giai đoạn duy trì từ 2 – 10 tuổi, tại Trung tâm Ung thư - Bệnh viện Nhi Trung ương, sử dụng bảng hỏi Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) cho trẻ từ 5-10 tuổi và bảng hỏi rút gọn Short Form - Children's Sleep Habit Questionnaire (SF-CSHQ) cho trẻ từ 2-4 tuổi. **Kết quả:** 95,8% trẻ bạch cầu cấp giai đoạn duy trì có vấn đề về giấc ngủ. Các vấn đề giấc ngủ phổ biến được cha mẹ báo cáo là chống đối trước khi vào giấc ngủ, khởi phát giấc ngủ chậm, lo lắng về giấc ngủ, buồn ngủ ban ngày. Gần 1/2 số trẻ có thói quen trước giờ đi ngủ buổi tối phổ biến là xem Ipad/điện thoại (49,3%) với thời gian xem màn hình trung bình $2,4 \pm 0,78$ giờ. Trẻ cũng có thời lượng ngủ ít hơn và thời gian đi ngủ muộn hơn so với khuyến cáo cho giấc ngủ nhu cầu theo lứa tuổi. **Kết luận:** Trẻ mắc bạch cầu cấp dòng lympho đang điều trị giai đoạn duy trì có tỷ lệ gặp các vấn đề về giấc ngủ rất cao. Do đó, việc đánh giá và kiểm soát các vấn đề về giấc ngủ là cần thiết khi điều trị giai đoạn duy trì cho trẻ mắc bạch cầu cấp dòng lympho. **Từ khóa:** bạch cầu cấp, lympho, vấn đề, giấc ngủ, CSHQ, SF-CSHQ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CHILDREN'S SLEEP IN THE MAINTENANCE PHASE OF ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: To describe the sleep characteristics of children undergoing maintenance treatment for acute lymphoblastic leukemia. **Methods:** A survey research on 71 children between the ages of 2 and 10 undergoing maintenance treatment for acute lymphoblastic leukemia, at the Cancer Center of National Children's Hospital, using the Sleep Habits

Questionnaire (CSHQ) for children aged 5 to 10, and the Short Form Children's Sleep Habits Questionnaire (SF-CSHQ) for children aged 2 to 4. **Results:** 95.8% of children undergoing maintenance treatment for acute lymphoblastic leukemia had sleep problems. Common problems reported by parents included bedtime resistance, sleep onset delay, insufficient sleep duration, sleep anxiety, and excessive daytime sleepiness. Additionally, almost half of the children (49.3%) had a bedtime routine of watching iPads or phones, with an average screen time of 2.4 ± 0.78 hours. The children also had shorter sleep duration and bedtimes that were later than recommended for their age-related sleep needs. **Conclusion:** The children with acute lymphoblastic leukemia in the maintenance phase face a high prevalence of sleep problems. Therefore, it is crucial to assess and manage sleep issues when treating children with acute lymphoblastic leukemia during the maintenance phase.

Keywords: acute leukemia, lymphoblastic, sleep, problems, CSHQ, SF-CSHQ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bạch cầu cấp dòng lympho (Acute lymphoblastic leukemia – ALL) là bệnh lý ung thư hay gặp nhất ở trẻ em, đặc trưng bởi sự tăng sinh ác tính các tế bào máu chưa biệt hóa hoặc biệt hóa một phần dòng lympho tại tủy xương. Quá trình điều trị kéo dài từ 2 đến 3 năm trong đó giai đoạn duy trì là một giai đoạn tương đối ổn định, hầu hết bệnh nhân tiếp tục các hoạt động hàng ngày bình thường của họ. Tuy nhiên, ở giai đoạn này trẻ vẫn cần sử dụng hóa trị liệu đường tĩnh mạch và đường uống thường xuyên, vẫn cần đến bệnh viện điều trị theo hẹn hàng tháng. Điều này đã gây ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe của trẻ, trong đó có giấc ngủ. Tỷ lệ gặp các vấn đề giấc ngủ đã được báo cáo ở trẻ điều trị ALL giai đoạn duy trì là 40 – 87%,¹⁻³ nhiều hơn gấp 2 lần so với trẻ bình thường.⁴ Các vấn đề giấc ngủ gặp ở nhóm trẻ này chủ yếu là khó vào giấc ngủ, thời gian đi ngủ thường trễ hơn, thức dậy nhiều lần trong đêm và ngủ nhiều hơn vào ban ngày. Các vấn đề về giấc ngủ ở trẻ mắc ALL nếu không được phát hiện và điều trị, có thể

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Mai

Email: thanhmai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023