

chiếm 50%.

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của trẻ mắc viêm da cơ địa là $10,0 \pm 5,5$ điểm, tương tự so với nghiên cứu của Alvarenga là 9,2 điểm,⁶ nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Monti ($7,57 \pm 5,02$)⁷ và Xu ($8,76 \pm 5,76$).⁸ Sự khác biệt về này có thể do địa điểm lấy mẫu của chúng tôi là phòng khám Da liễu của bệnh viện Nhi tuyến trung ương, nơi tập trung nhiều bệnh nhân nặng hoặc những bệnh nhân khó đã điều trị nhiều nơi.

Trong 10 tiêu chí đánh giá trong thang IDQoL, tiêu chí "ngứa/ đỏ da", "tâm trạng" và "thời gian vào giấc ngủ" có điểm trung bình cao nhất, còn các tiêu chí "mặc đồ" và "tắm rửa" có điểm trung bình thấp nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Alvarenga⁶ và Xu⁸.

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của của người chăm trẻ là $9,8 \pm 7,0$ điểm, trong đó các tiêu chí "chi tiêu", "mệt mỏi/kiệt sức" cao nhất trong thang DFI lần lượt là 1,30 điểm và 1,26 điểm, còn các tiêu chí "Chuẩn bị/ Cho trẻ ăn" và "Thời gian mua sắm" nhất với điểm trung bình 0,65 và 0,63. So với nghiên cứu của Alvarenga⁶ và Monti⁷, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng về điểm tiêu chí trong "chi tiêu" và "ảnh hưởng giấc ngủ của người khác trong gia đình".

Kết quả nghiên cứu của cũng chỉ ra điểm chất lượng cuộc sống của trẻ của người chăm sóc có sự khác biệt theo mức độ nặng của bệnh. Nghiên cứu của Monti⁷ cũng cho kết quả tương tự khi so sánh điểm trung bình IDQoL/ CDQLI và DFI với mức độ nặng của viêm da cơ địa (SCORAD).

V. KẾT LUẬN

Viêm da cơ địa có ảnh hưởng ở mức độ trung bình và nặng đến chất lượng cuộc sống của trẻ cũng như người chăm sóc trẻ. Với mức độ bệnh khác nhau, điểm chất lượng cuộc sống của trẻ và người chăm sóc cũng khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al.** Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(2):338-351. doi:10.1016/j.jaad.2013.10.010
2. **Phạm Thu Hiền.** Đặc điểm dịch tễ học eczema ở trẻ dưới 5 tuổi tại Hà Nội, Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh năm 2014. *Y tế cộng đồng.* 2018;Số 3(64):137-141.
3. **Laughter M, Maymone M, Mashayekhi S, et al.** The global burden of atopic dermatitis: lessons from the Global Burden of Disease Study 1990–2017*. *British Journal of Dermatology.* 2021;184(2):304-309. doi:10.1111/bjd.19580
4. **Harmonising Outcome Measures for Eczema (HOME).** Report from the First International Consensus Meeting (HOME 1), 24 July 2010, Munich, Germany - PubMed. Accessed April 27, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21137114/>
5. **Williams HC, Schmitt J, Thomas KS, et al.** The HOME Core outcome set for clinical trials of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2022; 149(6):1899-1911. doi:10.1016/j.jaci.2022.03.017
6. **Alvarenga TMM, Caldeira AP.** Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(5):415-420. doi:10.2223/JPED.1924
7. **Monti F, Agostini F, Gobbi F, Neri E, Schianchi S, Arcangeli F.** Quality of life measures in Italian children with atopic dermatitis and their families. *Ital J Pediatr.* 2011;37:59. doi:10.1186/1824-7288-37-59
8. **Xu X, van Galen LS, Koh MJA, et al.** Factors influencing quality of life in children with atopic dermatitis and their caregivers: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2019;9(1):15990. doi:10.1038/s41598-019-51129-5

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỖ KÍN ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Văn Dương¹, Lê Thanh Sơn¹, Lê Trọng Luật¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gậy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp**

¹Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dương

Email: duongk32yhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

nghiên cứu: 47 bệnh nhân (BN) gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân (XCC) được kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Kết quả gần dựa vào: diễn biến vết mổ, biến chứng sớm, nắn chỉnh ổ gãy trên X quang sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman. Kết quả xa dựa vào: Thời gian liền xương (Tiêu chuẩn đánh giá liền xương JL Haas và JY De La Cafinière), Đánh giá vận động khớp và tình trạng teo cơ của Terschiphort, Đánh giá cơ năng theo Olerud và Molender. **Kết quả:** Kết quả gần: Liền vết mổ kỳ đầu đạt 92,5% (42/47 BN), nhiễm khuẩn nông 7,5% (4/47 BN), không có biến chứng sớm sau phẫu

thuật. Đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo X quang sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn Larson – Bostman. Kết quả xa: Đánh giá kết quả liền xương (dựa trên X quang theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière) 31/35 BN liền xương rất tốt chiếm tỷ lệ 88,6%. 3/35 BN liền xương tốt tương đương với 8,6%. 1/35 BN trung bình chiếm 2,8%. Vận động khớp và teo cơ theo tiêu chuẩn Terschiphort (n=35): 20,0% rất tốt (7/35 BN), tốt đạt 62,9% (22/35 BN), trung bình chiếm 17,1% (6/35 BN), không có BN nào đạt kết quả kém. Đánh giá cơ năng theo tiêu chuẩn của Olerud và Molander: Rất tốt 14,3% (5/35 BN), Tốt 68,6% (24/35 BN), Trung bình 17,1% (6/35). Điểm trung bình là $88,6 \pm 3,5$ điểm. Thấp nhất là 80 điểm, cao nhất là 95 điểm. Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân: Rất tốt 4/35 BN chiếm tỷ lệ 11,4%. Tốt 25/35 BN chiếm tỷ lệ 71,5%. Trung bình 6/35 BN chiếm tỷ lệ 17,1%. **Kết luận:** Kết hợp xương bằng nẹp vít khóa điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân ở người lớn đem lại kết quả tương đối khả quan. Giúp bệnh nhân sớm trở lại vận động, sinh hoạt, tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp, can lệch.

Từ khóa: Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân, nẹp vít khóa.

SUMMARY

ASSESSMENT THE RESULTS OF TREATMENT OF CLOSE FRACTURE SURGERY OF DISTAL TIBIAL AND FIBULAR WITH LOCKING PLATES SCREW AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of closed fracture surgery of distal tibial and fibular with locking plates screw at Thanh Nhan Hospital. **Subjects and research methods:** 47 patients (patients) with distal tibial and fibular fractures (XCC) were combined with a locking plates screw at Thanh Nhan Hospital. Early results: surgical progress, early complications. Correction of fractures on postoperative radiographs according to Larson and Bostman's criteria. Distant results were based on: healing time (JL Haas and JY De La Cafinière criteria for bone healing), Terschiphort's assessment of joint mobility and muscle atrophy, Olerud and Molander's functional assessment, and evaluation. **Results:** Early results: first-time wound healing reached 92.5% (42/47 patients), 7.5% superficial infection (4/47 patients), No early complications after surgery. Evaluation of post-operative radiographic fracture correction results according to Larson-Bostman criteria. Later results: Evaluation of bone healing results (based on radiographic standards of JL Haas and JY De La Cafinière) 31/35 patients with very good bone healing, accounting for 88.6%. 3/35 patients have good bone healing, equivalent to 8.6%. 1/35 of the average patients accounted for 2.8%. Joint mobility and muscle atrophy according to Terschiphort criteria (n=35): 20.0% very good (7/35 patients). Good was 62.9% (22/35 patients). On average, 17.1% (6/35 patients), no patient achieved poor results. Assessment of functional capacity according to the standards of Olerud and Molander: very good 14.3% (5/35 patients), good 68.6% (24/35 patients), average 17.1% (6/35). The average score is 88.6 ± 3.5 points.

The lowest is 80 points, the highest is 95 points. Results of treatment of closed distal tibial and fibular fractures: Very good 4/35 patients, accounting for 11.4%. Well, 25/35 patients accounted for 71.5%. On average, 6/35 patients accounted for 17.1%.

Conclusion: Combining the bones with a locking plates screw for treatment of closed distal tibial and fibular fractures in adults has relatively positive results. Help patients return to movement and activities soon, avoiding complications of muscle atrophy, stiffness, and misalignment.

Keywords: distal tibial and fibular fractures, locking plates screw

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân là loại gãy thuộc vùng hành xương, nằm trong giới hạn 4 – 4,6cm tính từ khe khớp cổ chân [4]. Có nhiều phương pháp điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân như điều trị bảo tồn: nắn chỉnh bó bột, kéo liên tục hay phẫu thuật: khung cố định ngoài, đinh nội tủy có chốt, nẹp vít. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm, nhược điểm riêng.

Điều trị bảo tồn là một lựa chọn đối với các kiểu gãy đơn giản ít di lệch. Cố định ngoài với kỹ thuật đơn giản, chỉnh được các di lệch đặc biệt là di lệch chông, giữ được ổ gãy tương đối ổn định. Tuy nhiên kết quả nắn chỉnh trong nhiều trường hợp là không hoàn hảo. Điều trị bằng đinh nội tủy có chốt với ưu điểm ít làm tổn thương phần mềm cũng được một số phẫu thuật viên lựa chọn tuy nhiên đinh nội tủy có chốt mới chỉ giải quyết phần nào các bệnh nhân gãy đầu dưới hai xương cẳng chân không phạm khớp.

Năm 1965, nẹp Dynamic Compression với cơ chế nén ép, ổ gãy được cố định vững chắc nhờ duy trì lực ma sát giữa nẹp và xương. Tuy đã đạt được những thành tựu nhất định nhưng vẫn còn tồn tại hạn chế: Gây tổn thương màng xương, vít có thể di chuyển khỏi nẹp. Khắc phục những nhược điểm trên 3/2000 nẹp vít khóa được giới thiệu với thiết kế mũ vít có ren khóa vào nẹp thành một hệ thống cố định ổ gãy vững chắc mà không nén trực tiếp xuống xương [8].

Để góp phần vào bàn luận chung về điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn" nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 06/2021 đến tháng 12/2022. Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 47 BN gãy kín đầu dưới hai XCC được kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN từ 16 tuổi trở lên. Gãy kín đầu dưới hai XCC được điều trị KHX bằng nẹp vít khóa. Hồ sơ, bệnh án có đầy đủ thông tin phục vụ cho nghiên cứu. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN bị liệt chi dưới do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não hay chấn thương cột sống. Tổn thương thần kinh. Bệnh nội khoa nặng

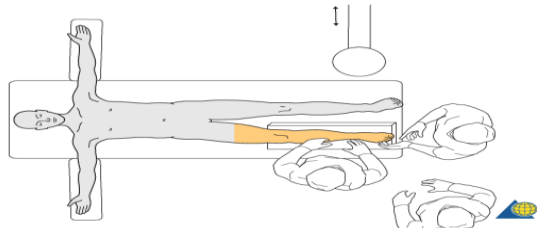
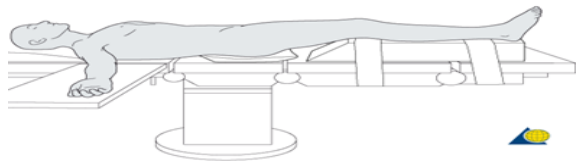
- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Thanh Nhàn. Từ 06/2021 đến 12/2022.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu. Cỡ mẫu lấy mẫu thuận tiện n = 47 BN

- + Hồi cứu: 17 BN từ 06/2021 đến 12/2021.
- + Tiến cứu: 30 BN từ 01/2022 đến 12/2022.

- Quy trình phẫu thuật:

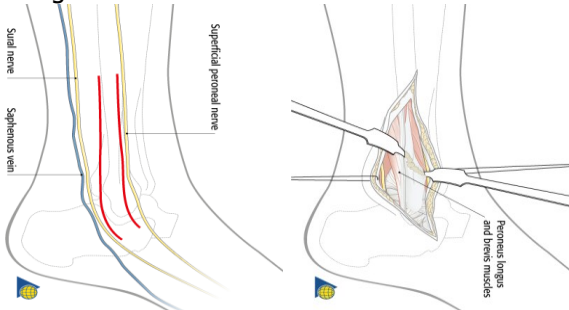
- + Tư thế bệnh nhân:



Hình 2.1. Tư thế phẫu thuật

(Nguồn: Hessmann M. (2018) [9])

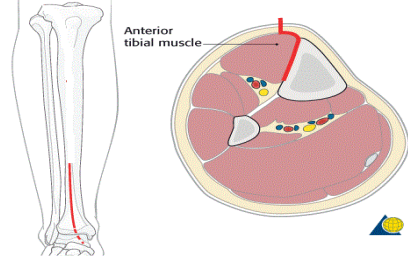
- + Kết hợp xương mác: Tiến hành kết hợp xương mác trước.



Hình 2.2. Đường rạch da và bóc tách bóc lộ xương mác

(Nguồn: Hessmann M. (2018) [9])

- + Đường mỡ vào xương chày: Đường mỡ trước ngoài vào xương chày



Hình 2.3. Đường rạch trước ngoài vào xương chày

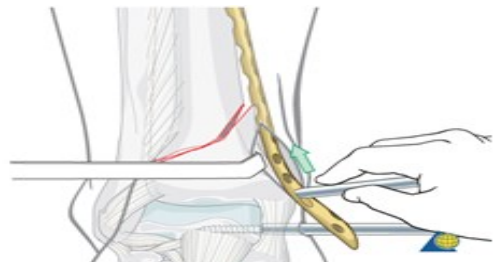
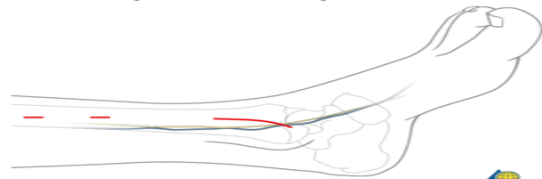
(Nguồn: White R. (2012) [9])



Hình 2.4. Đường rạch trước ngoài, bộc lộ và kết hợp xương

(Nguồn: White R. (2012) [9])

- + Đường mỡ trước trong



Hình 2.5. Đường rạch da và cách đặt nẹp mặt trong xương chày

(Nguồn: Hessmann M. (2018) [9])

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình: 44,17 ± 4,5 tuổi. Cao nhất 85 tuổi, nhỏ nhất 17 tuổi. Tỷ lệ nam 29/47 với 61,7% và nữ 18/47 tỷ lệ 38,3%.

- Nguyên nhân: Tai nạn giao thông (TNGT) 23/47 chiếm 48,9%, tai nạn sinh hoạt (TNSH) 14/47 chiếm 29,8%, tai nạn lao động (TNLD)

8/47 chiếm 17,0% và tai nạn thể thao (TNST) chiếm tỷ lệ 4,3%.

- Cơ chế: Trực tiếp 28/47 tỷ lệ 59,6%, gián tiếp 19/47 tỷ lệ 40,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và X quang

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng (n=47)

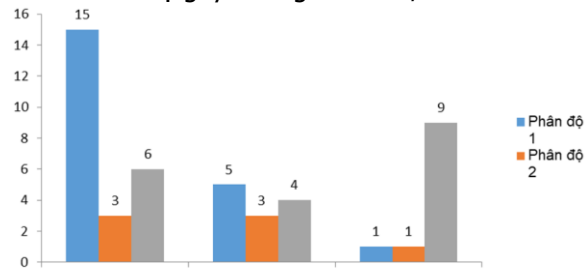
Triệu chứng lâm sàng		Tần suất	Tỷ lệ %
Triệu chứng cơ năng	Không tỳ được lên chân gãy	47/47	100
	Cẳng chân đau chói	44/47	93,6
Triệu chứng thực thể	An có điểm đau chói	44/47	93,6
	Mất vận động cổ chân	40/47	85,1
	Sưng nề đầu dưới cẳng chân	16/47	34,0
	Biến dạng đầu dưới cẳng chân	15/47	31,9
	Bàn chân đổ ngoài	10/47	21,2
	Ngắn chi	7/47	15,0

* Tổn thương phổi hợp.

Bảng 3.2. Chấn thương phối hợp (10/47 BN)

Cơ chế	Chấn thương sọ não	Chấn thương ngực kín	Chấn thương bụng kín	Tổng
Bệnh nhân	6	2	2	10/47
Tỷ lệ	12,8%	4,3%	4,3%	21,3%

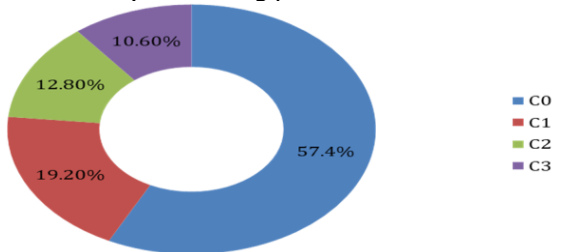
* Phân độ gãy xương theo AO/OTA



Biểu đồ 3.1. Phân độ gãy xương theo AO/OTA (n=47)

Gãy độ A - 24/47 BN chiếm 51,1%, phân độ B - 12/47 BN chiếm 25,5%, phân độ C - 11/47 BN chiếm 23,4%.

* Phân độ tổn thương phần mềm theo Tscherne:



Biểu đồ 3.2. Phân độ tổn thương phần mềm theo Tscherne (n=47)

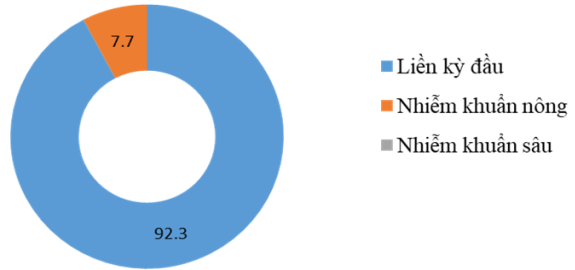
* Phân độ Tscherne độ C0 27/47 BN chiếm

57,4%. C1 có 9/47 BN chiếm 19,2%, C2 có 8/47 BN chiếm 12,8% và C3 có 5/47 BN chiếm 10,6%.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Kết quả gần

- Diễn biến tại vết mổ:



Biểu đồ 3.3. Diễn biến vết mổ (n=47)

Liên vết mổ kỳ đầu đạt 92,5% (42/47 BN), nhiễm khuẩn nông 7,5% (4/47 BN).

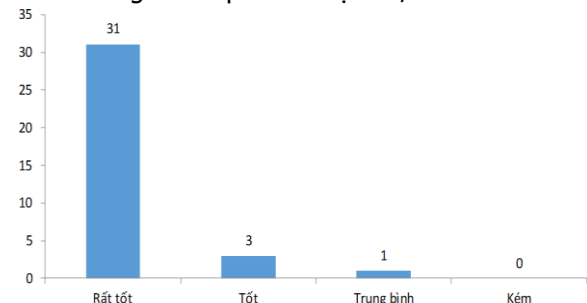
- Đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo X quang sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn Larson – Bostman

Bảng 3.3. Đánh giá nắn chỉnh theo tiêu chuẩn Larson – Bostman (n=47)

Đánh giá	N	Tỷ lệ %
Rất tốt	36	76,6
Tốt	9	19,1
Trung bình	2	4,3
Kém	0	0
Tổng	47	100

3.3.2. Đánh giá kết quả xa

Đánh giá kết quả xa được 35/47 BN.



Biểu đồ 3.4. Đánh giá kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière (n=35)

* 31 BN liền xương rất tốt chiếm tỷ lệ 88,6%.

* 3 BN liền xương tốt tương đương với 8,6%.

* 1 BN trung bình chiếm 2,8%.

- Vận động khớp và teo cơ theo tiêu chuẩn Terschiphort

Bảng 3.4. Kết quả chức năng khớp theo tiêu chuẩn Terschiphort (n=35)

Kết quả	N	Tỷ lệ %
Rất tốt	7	20,0
Tốt	22	62,9
Trung bình	6	17,1

Kém	0	0
Tổng	35	100

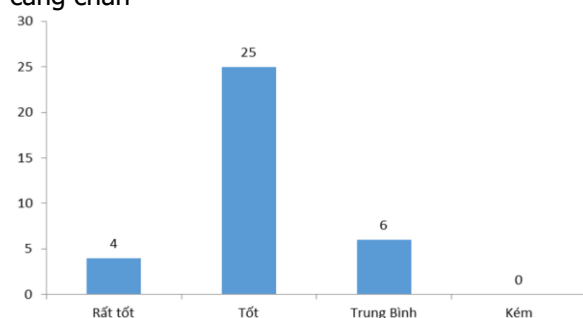
- Kết quả cơ năng theo tiêu chuẩn của Olerud và Molander.

Bảng 3.5. Đánh giá kết quả cơ năng theo tiêu chuẩn Olerud và Molander (n=35)

Kết quả	Điểm trung bình		n	Tỷ lệ %
	88,6 ± 3,5			
	Nhỏ nhất	80		
	Lớn nhất	95		
	Rất tốt		5	14,3
	Tốt		24	68,6
	Trung bình		6	17,1
	Kém		0	0
	Tổng		35	100

Rất tốt 14,3% (5/35 BN), tốt 68,6% (24/35 BN), trung bình là 17,1% (6/35). Điểm trung bình là 88,6 ± 3,5 điểm. Thấp nhất là 80 điểm, cao nhất là 95 điểm.

Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân



Biểu đồ 3.5. Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân (n=35)

- * Rất tốt 4/35 BN chiếm tỷ lệ 11,4%.
- * Tốt 25/35 BN chiếm tỷ lệ 71,5%.
- * Trung bình 6/35 BN chiếm tỷ lệ 17,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- * Tuổi trung bình: 44,17 ± 4,5 tuổi.
- * Lớn nhất là 85 tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi.

Bảng 4.1. Tuổi gãy kín đầu dưới hai XCC trong các nghiên cứu [6], [10]:

Tác giả	Tuổi TB	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất
Cory Collinge và cộng sự (2010)	50,0	17	82
Yongchuan Li và cộng sự (2014)	43,0	18	79
Imren Y. và cộng sự (2017)	42,4	17	73
Chúng tôi	44,17	17	85

4.2. Phân độ gãy theo AO/OTA dựa trên kết quả X quang

Bảng 4.2. Kết quả phân độ gãy trong các nghiên cứu [2], [11].

Tác giả	A	B	C
Jha Ranjib Kumar và cộng sự (2017)	50,0%	25,0%	25,0%
Lã Quang Thịnh (2014)	46,9%	34,4%	18,7%
Oog-jin Shon và cộng sự (2012)	50,0%	33,3%	16,7%
Chúng tôi	51,1%	25,3%	23,4%

Phân độ gãy chúng tôi tương đương với các tác giả khác. Nghiên cứu của chúng tôi cơ chế chấn thương chủ yếu là cơ chế trực tiếp với lực tác động vào đầu dưới cẳng chân. Lựa chọn nhóm BN gãy kín, ở nhóm này lực va chạm gây gãy thường không lớn như gãy hở do đó chủ yếu là gãy ngang đơn giản hay chéo vát ngoài khớp.

4.3. Kết quả gân

4.3.1. Tình trạng vết mổ. Liên vết thương kỳ đầu đạt 91,5% (43 BN), nhiễm khuẩn nông 8,5% (4 BN), không có BN nào nhiễm khuẩn sâu.

4 BN nhiễm khuẩn vết mổ:

* 1 BN sau phẫu thuật 7 ngày vết mổ còn nề nhiều kèm rỉ dịch, Glucose máu: 10,3 mmol/l. BN được cắt chỉ cách, rửa vết mổ, phối hợp chuyên khoa Nội tiết điều chỉnh đường máu, Những ngày sau diễn biến tốt, 10 ngày vết mổ liền tốt, cắt chỉ vết mổ.

* 2 BN thể trạng gầy yếu, ăn uống kém, vết mổ 4 ngày vẫn còn rỉ dịch nhiều không có dấu hiệu liền thương, albumin máu và protein máu giảm. BN được truyền albumine và tăng cường dinh dưỡng. BN diễn biến tốt, vết mổ liền tốt, tiến hành cắt chỉ vết mổ,

* 1 BN sưng nề bầm tím vùng cẳng chân sau mổ, tổ chức phần mềm phù nề, xuất hiện tình trạng thiếu dưỡng và thiếu máu hoại tử da. BN đã được chăm sóc, gác cao chân, chườm đá, cắt chỉ thưa và cắt lọc tổ chức da mép da hoại tử.

4.3.2. Đánh giá kết quả nắn chỉnh theo Larson Bostman. Rất tốt 76,6%, tốt 19,1% và trung bình là 4,3%.

Bảng 4.3. Kết quả nắn chỉnh theo Larson Bostman trong các nghiên cứu [2], [1]

Tác giả	Kết quả nắn chỉnh		
	Rất tốt và tốt	Trung bình	Kém
Lã Quang Thịnh (2014)	84,4%	15,6%	0%
Nguyễn Ngọc Hiếu (2016)	85,7%	14,3%	0%
Chúng tôi	95,7%	4,3%	0%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được tốt hơn các tác giả trên. Nắn chỉnh không tốt thường rơi vào các BN gãy phân độ 3 ổ gãy phức tạp nhiều mảnh rời. Trong trường hợp này chúng tôi sử dụng kỹ thuật nắn chỉnh ổ gãy dưới C-arm

sau đó đặt nẹp bắc cầu ổ gãy, không bộc lộ hoàn toàn ổ gãy như trước đây, việc bóc tách bộc lộ toàn bộ ổ gãy làm mất các mốc giải phẫu dẫn tới hiệu quả nắn chỉnh không cao.

4.4. Kết quả xa

4.4.1. Kết quả liền xương. Dựa trên tiêu chuẩn đánh giá liền xương của JL Haas và JY De La Cafinière thu được kết quả:

Bảng 4.4. Kết quả liền xương trong các nghiên cứu [1], [2]

Tác giả	Phương tiện KHX	Kết quả liền xương (%)			
		Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Lã Quang Thịnh (2014)	Nẹp vít khóa	71,9	12,5	15,6	0
Nguyễn Ngọc Hiếu (2016)	Nẹp vít khóa	64,3	21,4	14,3	0
Zhou K.H. (2017)	Nẹp vít thường	52,2	17,4	21,7	8,7
Chúng tôi	Nẹp vít khóa	88,6	8,6	2,8	0

Việc nắn chỉnh xương về đúng vị trí giải phẫu giúp hai đầu xương gãy có diện tiếp xúc lớn, quá trình liền xương diễn ra thuận lợi hơn, nẹp vít thường với cơ chế nén ép làm tổn thương màng xương ảnh hưởng tới quá trình liền xương trong

khi nẹp vít khóa với cơ chế như một khung cố định ngoại vi giúp ổn định ổ gãy mà không cần nén ép trực tiếp vào màng xương.

4.4.2. Kết quả vận động khớp và tình trạng teo cơ

Bảng 4.5. Kết quả chức năng khớp và tình trạng teo cơ theo tiêu chuẩn của Terschiphort[1], [2]

Tác giả	Kết quả chức năng khớp và teo cơ			
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Lã Quang Thịnh (2014)	12,5%	71,9%	15,6%	0%
Nguyễn Ngọc Hiếu (2016)	13,4%	68,9%	17,7%	0%
Chúng tôi	20,0%	62,9%	17,1%	0%

Kết quả cơ năng theo tiêu chuẩn của Olerud và Molander

Bảng 4.6. Bảng kết quả đánh giá cơ năng trong các nghiên cứu [3], [7]

Tác giả	Phương tiện KHX	Kết quả cơ năng (%)		
		Rất tốt và tốt	Trung bình	Kém
Gou J.J. (2010)	Đinh NTCC	79,2	20,8	0
Kao F.C. (2010)	Nẹp vít khóa	81,0	13,1	5,9
Ahmad M.A. (2014)	Nẹp vít khóa	80,0	20,0	0
Chúng tôi	Nẹp vít khóa	82,9	17,1	0

- Sử dụng C-arm giúp nắn chỉnh xương về vị trí giải phẫu, kiểm soát mặt khớp. BN sớm vận động.

- Sử dụng nẹp vít khóa có thể bắt nhiều vít đầu ngoại vi, đảm bảo cố định kết hợp xương vững chắc khắc phục được những nhược điểm của đinh nội tủy.

- BN được tập và hướng dẫn tập PHCN sớm ngay ngày thứ 2 sau phẫu thuật. Do đó hạn chế cứng khớp.

4.4.3. Kết quả điều trị

Bảng 4.7. So sánh kết quả điều trị với các tác giả khác [1], [5]

Tác giả	Kết quả điều trị		
	Rất tốt và tốt	Trung bình	Kém
Wang Cheng (2011)	83,4%	13,3%	3,3%
Nguyễn Ngọc Hiếu (2016)	82,3%	17,7%	0%
Chúng tôi	82,9%	17,1%	0%

*Chúng tôi tương đồng so với các tác giả khác. Kết quả điều trị rất tốt và tốt chiếm trên 80% do KHX bằng nẹp vít khóa cho phép:

+ Bảo tồn nguồn cấp máu nuôi dưỡng ổ gãy, không làm tổn thương màng xương tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình liền xương.

+ Nắn chỉnh đúng giải phẫu, đảm bảo cố định ổ gãy vững chắc, cho phép tỷ lệ sớm, kết hợp với tập PHCN, giúp BN phục hồi tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới 2 xương cẳng chân là tổn thương phức tạp về xương và phần mềm. Thường hay gặp ở độ tuổi lao động, để lại nhiều biến chứng cũng như di chứng sau chấn thương, Kết hợp xương bằng nẹp vít khóa điều trị gãy kín đầu dưới hai mang lại kết quả quan. Giúp bệnh nhân sớm trở lại vận động, sinh hoạt, tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Ngọc Hiếu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới 2 xương cẳng chân do chấn thương bằng nẹp vít khóa tại viện quân y 7A. 2016.
- Lã Quang Thịnh:** Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp vít gãy đầu xa hai xương cẳng

- chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn. 2014:11-12.
3. **Ahmad MA, Sivaraman A, Zia A, Rai A, Patel AD:** Percutaneous locking plates for fractures of the distal tibia: our experience and a review of the literature. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2012, 72(2):E81-E87.
 4. **Avilucea FR, Triantafillou K, Whiting PS, Perez EA, Mir HR:** Suprapatellar intramedullary nail technique lowers rate of malalignment of distal tibia fractures. *Journal of orthopaedic trauma* 2016, 30(10):557-560.
 5. **Cheng W, Li Y, Manyi W:** Comparison study of two surgical options for distal tibia fracture—minimally invasive plate osteosynthesis vs. open reduction and internal fixation. *International orthopaedics* 2011, 35(5):737-742.
 6. **Collinge C, Protzman R:** Outcomes of minimally invasive plate osteosynthesis for metaphyseal distal tibia fractures. *Journal of orthopaedic trauma* 2010, 24(1):24-29.
 7. **Guo J, Tang N, Yang H, Tang T:** A prospective, randomised trial comparing closed intramedullary nailing with percutaneous plating in the treatment of distal metaphyseal fractures of the tibia. *The Journal of bone and joint surgery British volume* 2010, 92(7):984-988.
 8. **Hak DJ, Banegas R, Ipaktchi K, Mauffrey C:** Evolution of plate design and material composition. *Injury* 2018, 49:S8-S11.
 9. **Hessmann M, Nork S, Sommer C, Twaddle B:** Basic treatment techniques for distal tibia. *Ao foundation* 2018.
 10. **Imren Y, Desteli EE, Erdil M, Ceylan HH, Tuncay I, Sen C:** Mid-Term results of minimally invasive plate osteosynthesis and circular external fixation in the treatment of complex distal tibia fractures. *Journal of the American Podiatric Medical Association* 2017, 107(1):3-10.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH SƠ CỨU BAN ĐẦU CHO TRẺ EM BỎNG DO NHIỆT CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Thị Thùy Dung¹, Phạm Lê An¹,
Nguyễn Thị Phương Lan¹, Diane Ernst²

TÓM TẮT

Bỏng nhiệt là một trong các tai nạn thường gặp ở trẻ em. Sơ cứu bỏng đúng cách đóng vai trò rất quan trọng trong việc giảm các biến chứng và tỷ lệ thương tật cho trẻ. Hiện tại, các nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh về kiến thức và thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của người chăm sóc còn hạn chế, do đó, việc quan tâm đến bỏng nhiệt ở trẻ em là một vấn đề cấp thiết và mang tính cộng đồng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ người chăm sóc và sơ cứu ban đầu (NCSVSCBD) cho trẻ bỏng nhiệt có kiến thức, thực hành sơ cứu đúng và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả đã được thực hiện trên 130 NCSVSCBD trẻ em bị bỏng nhiệt tại hai bệnh viện Nhi đồng ở Thành phố Hồ Chí Minh, từ 11/2020 – 8/2021. Các biến nhân khẩu học phân tích bằng các phương pháp thống kê mô tả. Kiểm định Chi bình phương, Logistic đơn biến, đa biến được thực hiện cho các thống kê phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhi bỏng độ III, IV chiếm 20%. NCSVSCBD có kiến thức và thực hành đúng về sơ cứu bỏng nhiệt chiếm tỷ lệ lần lượt 61,5% và 48,5%. Có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế, kinh nghiệm sơ cứu bỏng trước đó và cơ sở y tế tiếp nhận đầu tiên với kiến thức sơ cứu bỏng ($p < 0,05$). Ngoài ra, mối liên quan giữa kiến thức sơ cứu

bỏng, trẻ đang sống cùng ai và quyết định sơ cứu bỏng của NCSVSCBD với thực hành sơ cứu bỏng cũng được tìm thấy ($p < 0,05$). **Kết luận:** Người chăm sóc trẻ có kiến thức và thực hành sơ cứu bỏng nhiệt đúng chiếm tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên, cần duy trì giáo dục sức khỏe về kiến thức và thực hành sơ cứu bỏng cho cộng đồng, đặc biệt là vùng nông thôn về thời gian làm mát vết bỏng nhằm giảm mức độ ảnh hưởng của bỏng gây ra cho trẻ.

Từ khóa: Bỏng do nhiệt, kiến thức sơ cứu bỏng, sơ cứu ban đầu

SUMMARY

CAREGIVER KNOWLEDGE AND PRACTICE OF FIRST AID FOR THERMAL BURNS IN CHILDREN AND RELATED FACTORS

Thermal burns are one of the most common accidents in children. Proper first aid for burns plays an important role in reducing complications and injury rates for children. Currently, studies in Ho Chi Minh City on the knowledge and practice of first aid for children with heat-related burns by caregivers are limited, so the interest in thermal burns in children is an important issue. urgent and community issues. **Objective:** To determine the current level of knowledge and practice regarding burn first aid among caregivers of burn-injured children and its related factors. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted from November 2020 to August 2021 on 130 caregivers of children with thermal burns at two Children's hospitals in Ho Chi Minh City. Descriptive statistics were undertaken to summarise the demographic and outcome measures. Bivariate statistical testing (i.e. T-test or Chi-square) and a logistic regression model were applied for analytical

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Regis, Mỹ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thùy Dung

Email: tranthithuydung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023