

hợp bán tắc ruột sau mổ được điều trị nội khoa ổn định không phải mổ lại. Không có trường hợp chảy máu sau mổ hay rò miệng nối, và không có trường hợp nào tử vong liên quan tới phẫu thuật. Trần Anh Cường nghiên cứu 116 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật cho thấy tỷ lệ biến chứng chung trong mổ trực tràng là 19,9%, trong đó thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ (9,5%), 4 trường hợp chảy máu sau mổ, 1 trường hợp rò miệng nối sau mổ được điều trị nội khoa ổn định không phải mổ lại⁶. Nhìn chung phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh được tính an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp.

Thời gian trung tiện trung bình là 3,5 ngày, 97% có trung tiện trong vòng 4 ngày đầu sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 10,7 ngày, thấp nhất là 8 ngày và muộn nhất là 20 ngày, bệnh nhân này bán tắc ruột phải theo dõi sau mổ. Trần Tuấn Thành nghiên cứu các trường hợp ung thư trực tràng giữa được mổ mở cắt trước thấp có thời gian nằm viện trung bình là 10,9 ngày, trong đó thường gặp nhất trong khoảng 9-10 ngày chiếm 57,8%, 77,8% các bệnh nhân trung tiện trong vòng 3 ngày đầu sau mổ¹. Nguyễn Minh An nghiên cứu 34 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cho kết quả thời gian nằm viện trung bình là 8,5 ngày, chủ yếu trong khoảng 7-10 ngày sau mổ⁷. Nhìn chung phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng khả quan với khả năng hồi phục nhanh và thời

gian nằm viện ngắn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng cho kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, khả năng hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tuấn Thành.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong Ung thư trực tràng đoạn giữa. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2014.
2. **Phạm Văn Bình, Hồ Sỹ Thuyết.** Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017;454(1):184-188.
3. **Goldstein MJ, Mitchell EP.** Carcinoembryonic antigen in the staging and follow-up of patients with colorectal cancer. Cancer Invest. 2005; 23(4):338-351.
4. **La Văn Trường, Nguyễn Tô Hoài.** Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II-III. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017;455(2):118-123.
5. **Wu SW, Ma CC, Yang Y.** Role of protective stoma in low anterior resection for rectal cancer: A meta-analysis. World J Gastroenterol. 2014;20(47):18031-18037.
6. **Trần Anh Cường.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Di Căn Hạch và Kết Quả Phẫu Thuật Ung Thư Trực Tràng Tại Bệnh Viện K. Luận Án Tiến Sĩ Y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội.; 2017
7. **Nguyễn Minh An.** Đánh giá kết quả sớm sau điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108. Tạp chí Y học thực hành. 2008;594-595(1).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Xuân Hoàng¹, Nguyễn Mạnh Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang gãy kín đầu dưới xương quay và kết quả phẫu thuật gậy kín đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 45 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của

bệnh nhân trong nghiên cứu là $43,3 \pm 15,04$. Phân loại gãy xương theo AO cho thấy loại A chiếm 4,4%, loại B chiếm 37,8% và loại C chiếm tới 57,8%. Chỉ số X-quang sau mổ trung bình như sau: UA $21,78 \text{ độ} \pm 2,04$; UV $-0,49\text{mm} \pm 0,73$; VA $12,76 \text{ độ} \pm 2,90$. Các chỉ số X-quang sau mổ phục hồi ở mức độ tốt và rất tốt. Về đánh giá chức năng sau phẫu thuật theo Green và O'Brien có 86,7% bệnh nhân đánh giá tốt và rất tốt, 13,3% bệnh nhân đánh giá ở mức khá và không có bệnh nhân đánh giá kém.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương quay, nẹp vít khóa, phẫu thuật.

SUMMARY

OUTCOMES OF LOCKING PLATE OSTEOSYNTHESIS FOR DISTAL RADIUS FRACTURE

Objectives: To describe the clinical

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Xuân Hoàng

Email: vuxuanhoang93@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023

characteristics, radiography of distal radius fractures and evaluate the results of surgical method in treating by using locking plate at Viet Duc Hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective and prospective cross-sectional descriptive study on 45 patients between January 2021 and June 2023. **Result:** Mean age of study patients is $43,3 \pm 15,04$. Fracture classification according to AO showed that type A accounted for 4,4%, type B accounted for 37,8% and type C accounted for 57,8%. The average postoperative radiographic index was as follows: UA $21,78$ degrees $\pm 2,04$; UV $-0,49$ mm $\pm 0,73$; VA $12,76$ degrees $\pm 2,90$. The postoperative radiographic index recovered at good and very good results. Regards to function assessment after surgery according to Green and O'Brien, 86,7% of patients rated good and very good, 13,3% of patients rated moderate and none rated bad. **Keywords:** Distal radius fracture, locking plate, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy xương rất thường gặp trong chấn thương chỉnh hình, chiếm 17,5% trong tổng số tất cả gãy xương ở người lớn, là một trong sáu loại gãy xương thường gặp trong cấp cứu. Có nhiều phương pháp điều trị trong gãy kín đầu dưới xương quay đã được mô tả, việc lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc vào yếu tố tại vị trí gãy, yếu tố toàn thân, nhu cầu lao động của người bệnh, khả năng tài chính, cũng như trang thiết bị y tế và kinh nghiệm của bác sĩ hiện có tại cơ sở. Gần đây, với sự gia tăng của các chấn thương nặng lượng cao, gãy đầu dưới xương quay thường phức tạp, phạm khớp với nhiều mảnh rời, các phương pháp nắn chỉnh kín không đạt kết quả thì lựa chọn phương pháp mổ mở kết hợp xương. Trong đó sử dụng nẹp vít khóa với nhiều ưu điểm như hạn chế lỏng nẹp vít, chống lún mặt khớp tốt, chống di lệch thứ phát sau mổ, cố định ổ gãy vững, giúp bệnh nhân tập vận động sớm. Nhằm tổng kết, đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật kết hợp nẹp vít khóa từ năm 2021-2023 tại khoa Phẫu thuật chi trên và Y học thể thao - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh x-quang và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Từ đó rút ra được những kinh nghiệm cũng như nâng cao chất lượng điều trị tại y tế cơ sở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay, được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Khoa Phẫu thuật chi trên và y học thể thao, Bệnh viện

Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu với các tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay, có chỉ định phẫu thuật và được kết hợp xương bằng nẹp vít khóa, có thông tin hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân được chẩn đoán là gãy kín đầu dưới xương quay nhưng được điều trị bảo tồn hay phẫu thuật bằng các phương pháp khác; bệnh nhân gãy hở; gãy xương bệnh lý; gãy xương trên bàn tay giảm hoặc mất 1 phần chức năng; bệnh nhân không có thông tin hồ sơ đầy đủ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023 tại khoa phẫu thuật chi trên và Y học thể thao - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Chỉ định kết hợp xương đầu dưới xương quay bằng mổ mở. Khi điều trị bảo tồn hoặc nắn chỉnh kín không đạt hoặc di lệch xương tiến triển ở các mức độ sau:

- + Di lệch gập góc trước - sau > 5 độ.
- + Di lệch diện khớp > 2mm
- + Ngắn xương quay > 5mm

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang hồi cứu, tiền cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân có gãy đầu dưới xương quay thỏa mãn tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ, được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại Khoa phẫu thuật chi trên và y học thể thao Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Quy trình nghiên cứu. Thu thập số liệu nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu: Thu thập số liệu của bệnh nhân tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2021 đến 06/2022, gồm bệnh án, phim X quang trước và sau phẫu thuật.

Nghiên cứu tiền cứu: Từ 06/2022 đến 06/2023: khám bệnh nhân trước mổ, theo dõi điều trị, chụp phim trước và sau phẫu thuật. Cách thức tiến hành nghiên cứu tiền cứu: Khám lâm sàng trước mổ, chụp Xquang thường quy thẳng nghiêng, phân loại gãy theo AO, đo các chỉ số độ chênh quay trụ, góc nghiêng trụ, góc nghiêng lòng, chiều cao mặt khớp bằng thước đo góc, làm bệnh án nghiên cứu theo mẫu bệnh án đã tạo. Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ, kê tay trên bàn nhỏ. Gây tê đám rối thần kinh cánh tay, garo gốc chi. Đường mổ:

Rach da đường mặt trước cổ tay phía bờ ngoài gân gấp cổ tay quay, bóc tách bọc lộ đầu dưới xương quay. Làm sạch máu tụ tại 2 đầu xương gãy, chỉnh hình ổ gãy về vị trí giải phẫu. Cố định tạm thời ổ gãy bằng đinh K-wires. Kiểm tra trên C-Arm. Cố định vững ổ gãy bằng nẹp vít khóa. Kiểm tra lại vị trí nẹp vít và ổ gãy. Cầm máu vết mổ và đặt dẫn lưu. Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu.

Điều trị sau phẫu thuật: Bệnh nhân theo dõi hậu phẫu tại viện. Dùng kháng sinh 5-7 ngày sau mổ. Dẫn lưu rút sau 24h.

Chương trình vật lý trị liệu sau phẫu thuật: 24h đầu sau mổ: tập vận động nhẹ nhàng bàn ngón tay, kê cao tay kết hợp mang túi vải treo tay cơ năng. 1-3 tuần sau mổ: bỏ túi treo tay, tập vận động nhẹ nhàng cổ tay, sấp ngửa cẳng tay, tập vận động chủ động vai, khuỷu, bàn ngón tay. Từ sau 3 tuần: tập luyện cổ tay với sức đề kháng tăng dần các động tác gấp duỗi cổ tay, nghiêng trụ, nghiêng quay, sấp ngửa cẳng tay, các bài tập tăng cường sức mạnh nhóm cơ cầm nắm bàn tay.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Chụp Xquang kiểm tra: Sau mổ. Đánh giá kết quả lâm sàng theo bệnh án mẫu thiết kế cho nghiên cứu, bao gồm : Đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu: Dựa vào các chỉ số Xquang, đo bằng thước đo góc: UV, VA, UA. Đánh giá khả năng phục hồi giải phẫu theo Hass JL và JLde la Caffinière. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo Hệ thống thang điểm đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng thông qua đề cương của Đại học Y Hà Nội. Toàn bộ thông tin của người bệnh đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và X-quang. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $43,3 \pm 15,04$. Trong đó độ tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 68. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 18 – 40 tuổi với tỷ lệ 48,9% và thấp nhất là nhóm tuổi > 60 với tỷ lệ 16,6%. Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 77,8% gặp nhiều hơn nữ chiếm 22,2%. Tỷ lệ nam/ nữ là 3,5/1.

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 44,4%, tai nạn sinh hoạt

chiếm 40%, tai nạn lao động chiếm 15,6%.

Phân loại gãy xương theo AO, gãy loại C chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,8%; gãy loại B chiếm 37,8%. Chỉ có 2 bệnh nhân gãy loại A chiếm 4,4%.

Bảng 3.1: Phục hồi các chỉ số X-quang sau mổ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	Trước mổ		Sau mổ	
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn
UA	13,4	4,901	21,78	2,044
UV	1,11	0,804	-0,49	0,727
VA	3,49	21,805	12,76	2,901

Các chỉ số X-quang sau mổ phục hồi tốt: Góc nghiêng lòng trung bình 12,76 độ; góc nghiêng trụ trung bình 21,78 độ; chênh quay trụ trung bình -0,49mm.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu trên 45 bệnh nhân với thời gian theo dõi tối thiểu sau mổ là 6 tháng.

Tỷ lệ liền vết mổ thì đầu là 100%. Không gặp trường hợp nào bắt vít vào khớp cổ tay.

Bảng 3.2: Kết quả phục hồi giải phẫu sau mổ theo bảng đánh giá của JL Hass và JY de la Caffinière

Mức độ phục hồi	Góc nghiêng lòng		Chênh quay trụ		Góc nghiêng trụ	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
	Rất tốt	40	88,9	43	95,6	31
Tốt	5	11,1	2	4,4	14	31,1
Khá	0	0	0	0	0	0
Xấu	0	0	0	0	0	0
Tổng	45	100	45	100	45	100

Sau mổ, các chỉ số X-quang phục hồi ở mức độ tốt và rất tốt. Không có bệnh nhân ở mức khá hoặc xấu.

Bảng 3.3: Đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney tại thời điểm 6 tháng sau mổ

Kết quả	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	30	66,7
Tốt	9	20,0
Khá	6	13,3
Xấu	0	0
Tổng	45	100

Đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien tại thời điểm 6 tháng sau mổ, cho kết quả có 86,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt; 13,3% bệnh nhân đạt kết quả khá. Không có bệnh nhân bị kết quả xấu.

Tỷ lệ bệnh nhân liền xương sau mổ là 100%, không có trường hợp nào khớp giả hay gãy lại

sau kết hợp xương.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $43,3 \pm 15,04$. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 68. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 18 – 40 tuổi với tỷ lệ 48,9%. Nhóm tuổi từ 41 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ 35,5% và thấp nhất là nhóm tuổi > 60 với tỷ lệ 16,6%. Điều này cho thấy các bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay cần được can thiệp phẫu thuật có tỷ lệ cao nằm trong độ tuổi lao động, hoạt động thể lực cao. Kết quả này cũng tương đồng với Đỗ Đức Kiểm năm 2018 khi nghiên cứu thấy rằng có đến 40,9% các bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được chỉ định phẫu thuật nằm trong độ tuổi 18 - 40 tuổi, 45,5% nằm trong độ tuổi 41 – 60 tuổi và chỉ có 13,6% bệnh nhân >60 tuổi được can thiệp phẫu thuật.

Nguyên nhân gãy xương hay gặp nhất là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 44,4%, tai nạn sinh hoạt chiếm 40%. Trong đó gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ = 3,5/1, kết quả này cũng phù hợp vì ngày nay tỷ lệ tai nạn giao thông ở nước ta vẫn ở mức cao mà đối tượng hay gặp là thanh thiếu niên, nam giới đang trong độ tuổi lao động và tham gia giao thông nhiều, những tai nạn này thường là những chấn thương nặng lượng cao nên gãy đầu dưới xương quay thường phức tạp hơn và kèm theo nhiều chấn thương nặng khác. Kết quả chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thái (2005): tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ lớn nhất, là 66,62%; tiếp đến là tai nạn sinh hoạt chiếm 23,64% và tai nạn lao động là 9,48%. Tuy nhiên có đôi chút khác biệt với nghiên cứu của Hoàng Minh Thắng năm 2013 khi thấy rằng tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,6%, tai nạn giao thông chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 15,6%.

Về phân loại gãy xương, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại gãy xương theo AO, đây là phân loại được sử dụng rộng rãi hiện nay, giúp đánh giá được mức độ gãy phức tạp của xương và tổn thương mặt khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, loại gãy C2 chiếm tỷ lệ cao nhất tới 37,8%, tiếp đó là đến gãy loại B2 chiếm 24,4%, thấp nhất là gãy C3 với 4,4%. Kết quả cũng tương đồng với tác giả Đỗ Đức Kiểm năm 2018 khi thấy rằng gãy loại C1 chiếm đa số với 31,8%, sau đó là gãy loại C2 chiếm 25%, thấp nhất là gãy C3 chiếm 4,55%. Trong nghiên cứu có thể thấy các gãy loại A rất ít, chiếm 4,4%, đây là 2 bệnh nhân cao tuổi, đã được nắn kín bó bột bảo tồn trước đó, đến khám sau 10 ngày di

lệch thứ phát. Các biện pháp nắn chỉnh kín sau đó không đạt kết quả, bệnh nhân được chỉ định mổ mở kết hợp xương sử dụng nẹp vít khóa.

Đánh giá sự phục hồi giải phẫu trên phim xquang sau mổ cho thấy các chỉ số đều có sự phục hồi rất lớn, trong đó góc nghiêng lòng trung bình từ 3,49 độ nâng lên 12,76 độ, độ chênh quay trụ trung bình từ +1,11mm xuống còn -0,49mm, góc nghiêng trụ trung bình từ 13,4 độ được nâng lên 21,78 độ. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với Đỗ Đức Kiểm năm 2018 và Hoàng Minh Thắng năm 2013 khi thấy rằng các chỉ số Xquang sau mổ đều có sự phục hồi lớn. Trong phẫu thuật 100% các bệnh nhân của chúng tôi sử dụng C-arm trong mổ, điều này giúp ích rất nhiều cho các phẫu thuật viên trong việc phục hồi lại hình thể xương và mặt khớp. Hơn nữa giúp giảm thiểu tối đa các biến chứng như vít phạm khớp, hoặc đặt nẹp không đúng vị trí.

Đánh giá sự phục hồi giải phẫu trên phim chụp xquang tại thời điểm sau mổ theo thang điểm của JL Hass và JY de la Caffinière chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân được xếp loại ở mức tốt và rất tốt là rất cao, trong đó không ghi nhận các trường hợp xếp loại khá và xấu. Kết quả này tương đồng với Đỗ Đức Kiểm năm 2018 khi cũng không ghi nhận các trường hợp xếp loại khá và xấu trong nghiên cứu. Wong K.K và cộng sự năm 2005 nghiên cứu trên 30 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay không vững được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít khóa và theo dõi trong ít nhất 1 năm. Kết quả 22 bệnh nhân đạt xuất sắc và 8 bệnh nhân đạt kết quả tốt, không ghi nhận các trường hợp xấu.

Đánh giá chức năng sau điều trị gãy đầu dưới xương quay theo Green và O'Brien cải tiến bởi Cooney ghi nhận tại thời điểm 6 tháng sau mổ cho thấy có 82,2% bệnh nhân không đau, 17,8% bệnh nhân có đau nhẹ hoặc thỉnh thoảng đau, không ảnh hưởng đến sinh hoạt. Về biên độ cử động, có 66,7% bệnh nhân có biên độ vận động cổ tay như bên lành, 80% bệnh nhân có thể trở lại công việc cũ mà không bị trở ngại; 20% quay trở lại công việc có đôi chút giới hạn; không có bệnh nhân nào phải thay đổi công việc; Tất cả các bệnh nhân đều nhận xét lực nắm so với bên lành phục hồi trên 75%. Đánh giá kết quả chung cho thấy 86,7% bệnh nhân xếp loại ở mức tốt và rất tốt; 13,3% bệnh nhân đạt kết quả ở mức khá. Có 6 bệnh nhân được đánh giá phục hồi chức năng ở mức khá đều là những bệnh nhân >55 tuổi, có 5 bệnh nhân gãy loại C2 và 1 bệnh nhân gãy loại B2 điều trị bảo tồn thất bại,

trong quá trình mổ có đôi chút khó khăn trong phục hồi hình thể xương; hơn nữa đây là những bệnh nhân tập phục hồi chức năng tại nhà nên kết quả còn hạn chế. Wong K. K và cộng sự năm 2005, nghiên cứu trên 30 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được kết hợp xương bằng nẹp khóa, có 24 bệnh nhân đạt kết quả xuất sắc và 5 bệnh nhân đạt kết quả tốt, có 1 bệnh nhân cho kết quả khá.

Nẹp khóa là phương tiện kết xương duy trì được sự cố định ổ gãy vững chắc, vừa đảm bảo cho xương được cung cấp máu đầy đủ, tránh được di lệch thứ phát và cho phép người bệnh tập vận động sớm. Khi kết xương bằng nẹp khóa, không cần phải ép nẹp vào sát bề mặt xương để tăng lực ma sát như khi kết hợp xương bằng nẹp vít kinh điển nên tránh gây tổn thương lớp màng xương, tránh được nguy cơ tiêu xương dưới nẹp. Ngoài ra, các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng biến chứng tụt vít, bong nẹp của nẹp vít kinh điển gặp nhiều hơn nẹp khoá rất nhiều. Michael Osti và cộng sự năm 2012 nghiên cứu trên 60 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được mổ kết hợp xương bằng nẹp khóa và không khóa (n=30:30) cho thấy rằng những bệnh nhân được mổ kết hợp xương bằng nẹp khóa cho kết quả tốt hơn đáng kể về phục hồi góc nghiêng lòng cũng như góc nghiêng trụ sau mổ. Tác giả cũng chỉ ra rằng nẹp khóa mang lại nhiều lợi ích và sự thoải mái trong kỹ thuật phẫu thuật, cải thiện nâng đỡ mặt khớp (đặc biệt là ở xương bị loãng xương) và giảm nhu cầu ghép xương bổ sung.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $43,3 \pm 15,04$. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 18 – 40 tuổi với tỷ lệ 48,9%. Nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 3,5/1. Kết quả phục hồi giải phẫu xương đều đạt ở mức tốt và rất tốt các chỉ số Xquang đều có sự phục hồi lớn sau mổ. Chức năng cổ tay sau mổ 6 tháng đạt mức tốt và rất tốt 86,7%. Từ đó cho thấy, phương pháp điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa là một phương pháp điều trị tốt, đem lại sự phục hồi về giải phẫu và chức năng khả quan cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Đức Kiểm** (2018) Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Hà Nội.
2. **Đại học Y Hà Nội**. Điều Trị Gãy Đầu Dưới Xương Quay, Bài Giảng Bệnh Học Ngoại Khoa. NXB Y học.; 2020
3. **Haas JL, Caffiniere de la J Y** (1995). Fixation of distal radial fractures: intramedullary pinning versus external fixation. Fractures of the distal radius London: Martin Dunitz;27:229-239
4. **Hoàng Minh Thăng và cộng sự** (2013) Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay theo kỹ thuật Kapandji. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Osti M, Mittler C, Zinnecker R, Westreicher C, Allhoff C, Benedetto KP**. Locking versus nonlocking palmar plate fixation of distal radius fractures. Orthopedics. 2012 Nov;35(11):e1613-7. doi: 10.3928/01477447-20121023-18. PMID: 23127452.
6. **Wong KK, Chan KW, Kwok TK, Mak KH** (2005) Volar fixation of dorsally displaced distal radial fracture using locking compression plate. J Orthop Surg (Hong Kong). 13(2), 153-157.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VI SINH VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 NĂM 2022-2023

Phạm Kim Loan^{1,3}, Nguyễn Hoàng Phong², Phạm Thị Minh Hồng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, vi sinh và điều trị viêm phổi bệnh viện ở trẻ từ 1 tháng đến 15

tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/10/2022 đến 30/9/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca. **Kết quả:** Trong thời gian từ 01/10/2022 đến 30/9/2023, có 30 bệnh nhân viêm phổi bệnh viện (VPBV) được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $6,3 \pm 2,5$ tháng, tỷ lệ nam:nữ là 1,2:1. Trẻ dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ 71,3%, suy dinh dưỡng 45,1%. Triệu chứng ho tăng hoặc mới xuất hiện, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ và ran phổi gặp ở tất cả bệnh nhân. Sốt chiếm 95,7%. Thời điểm chẩn đoán VPBV trung bình $8,3 \pm 3,1$ (6-15) ngày sau nhập viện. Tất cả đều là VPBV muộn có suy hô hấp trong đó độ 1 (26,7%), độ 2 (36,7%), độ 3 (36,6%). Tỷ lệ cấy dịch hút khí quản qua mũi (NTA) (+) là 36,7%. Các tác nhân gây

¹Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Tp. Thủ Đức

²Bệnh viện Nhi đồng 2, Tp. Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kim Loan

Email: loanlapvo@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023