

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacobs SM, Arias EJ, Derdeyn CP, Couch SM, Custer PL.** Carotid cavernous sinus fistulas without superior ophthalmic vein enlargement. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2015;31(3):191-196. doi:10.1097/IOP.0000000000000241
2. **Kirsch M, Henkes H, Liebig T, et al.** Endovascular management of dural carotid-cavernous sinus fistulas in 141 patients. *Neuroradiology.* 2006;48(7): 486-490. doi:10.1007/s00234-006-0089-9
3. **Awad IA, Little JR, Akarawi WP, Ahl J.** Intracranial dural arteriovenous malformations: factors predisposing to an aggressive neurological course. *J Neurosurg.* 1990;72(6):839-850. doi:10.3171/jns.1990.72.6.0839
4. **Lucas CP, Zabramski JM, Spetzler RF, Jacobowitz R.** Treatment for intracranial dural arteriovenous malformations: a meta-analysis from the English language literature. *Neurosurgery.* 1997;40(6):1119-1130; discussion 1130- 1132. doi:10.1097/00006123-199706000-00002
5. **Chung SJ, Kim JS, Kim JC, et al.** Intracranial dural arteriovenous fistulas: analysis of 60 patients. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2002;13(2):79-88. doi:10.1159/000047755
6. **Barber SM, Rangel-Castilla L, Zhang YJ, Klucznik R, Diaz O.** Mid and long-term outcomes of carotid-cavernous fistula endovascular management with Onyx and n-BCA: experience of a single tertiary center. *J Neurointerventional Surg.* 2015;7(10):762-769. doi:10.1136/neurintsurg-2014-011266
7. **Meyers PM, Halbach VV, Dowd CF, et al.** Dural carotid cavernous fistula: definitive endovascular management and long-term follow-up. *Am J Ophthalmol.* 2002;134(1):85-92. doi:10.1016/s0002-9394(02)01515-5
8. **Kim DJ, Kim DI, Suh SH, et al.** Results of transvenous embolization of cavernous dural arteriovenous fistula: a single-center experience with emphasis on complications and management. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2006;27 (10):2078-2082.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thuỳ Ninh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Đoàn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và mô tả cắt ngang trên 119 bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ theo thông tư 51 Bộ y tế về "Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ" từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân phản vệ có xu hướng ngày càng gia tăng chủ yếu với nguyên nhân do thuốc (53.8%), thức ăn (38.7%), nọc côn trùng (2.5%). Trong đó nguyên nhân do thuốc hay gặp là thuốc chống viêm không Steroid (26.6%), sau đó là kháng sinh 23.5%; thức ăn hay gặp nhất là các loại hải sản như tôm, cua... (40%). Biểu hiện lâm sàng phản vệ đa dạng ở nhiều cơ quan trong cơ thể, chủ yếu ở da, niêm mạc (92.4%), hô hấp 67.2%), tiêu hoá (29.4%). Mức độ phản vệ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp từ mức độ I đến mức độ IV, trong đó mức độ II gặp nhiều nhất với tỷ lệ 69.7%. Mức độ phản vệ giữa các nguyên nhân gây phản vệ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0.001$ ). Có 76 bệnh nhân được sử dụng Adrenalin (61.3%). 89% số bệnh nhân sử dụng Adrenalin được dùng theo đường tiêm bắp, 15.1% bệnh nhân phải chuyển sang đường

truyền tĩnh mạch. Ngoài ra, 92.4% bệnh nhân được dùng Corticoid và 90.8% dùng kháng histamin, 1 bệnh nhân phải hồi sức tim phổi. Tỷ lệ điều trị khỏi là 97.5% bệnh nhân, không có bệnh nhân tử vong, có 2.5% bệnh nhân chuyển viện. **Từ khóa:** phản vệ, bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULT OF ANAPHYLAXIS AT TAM ANH HA NOI HOSPITAL

**Objectives:** Study of clinical characteristics and evaluation of treatment results at Tam Anh Ha Noi hospital. **Methods and Methodology:** This is retrospective and cross-sectional descriptive study on 119 patients diagnosed with anaphylaxis according to 51/2017/TT-BYT about "Guidelines for prevention diagnosis and treatment anaphylaxis" at Tam Anh Ha Noi hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** The rate of anaphylactic patients tends to increase, mainly due to drugs (53.8%), food (38.7%), and insect venom (2.5%). Among the most common drug causes are non-steroidal anti-inflammatory drugs (26.6%), followed by antibiotics 23.5%; The most common foods are seafood such as shrimp, crab... (40%). Anaphylactic clinical manifestations are diverse in many organs in the body, mainly in the skin and mucous membranes (92.4%), respiratory 67.2%), and digestion (29.4%). The level of anaphylaxis in the study group of patients ranged from level I to level IV, of which level II was the most common with a rate of 69.7%. The degree of anaphylaxis between the causes of anaphylaxis has a statistically significant

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuỳ Ninh

Email: dr.ninhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024

difference ( $p=0.001$ ). There were 76 patients using Adrenalin (61.3%). 89% of patients using Adrenalin were administered intramuscularly, 15.1% of patients had to switch to intravenous infusion. In addition, 92.4% of patients received corticosteroids and 90.8% received antihistamines, 1 patient required cardiopulmonary resuscitation. The cure rate is 97.5% of patients, no patients died, and 2.5% of patients were transferred to the hospital. **Conclusions:** The rate of anaphylactic patients tends to increase due to many causes. Anaphylactic clinical manifestations are diverse in many organs in the body. The cures rate is high. **Keywords:** anaphylaxis, Tam Anh Ha Noi hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nó có thể xảy ra trong vòng vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên.

Những năm gần đây, vấn đề phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn và người ta cũng nhận thấy tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng. Nghiên cứu tình trạng phản vệ trong 10 năm ở Mỹ cho thấy tỷ lệ mắc tăng khá cao từ 2,1/1000 người/ năm trong năm 2004 đến 3,3/1000 người/ năm trong năm 2013<sup>(1)</sup>. Có nhiều nguyên nhân gây ra phản vệ nhưng hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng.

Ở nước ta, cùng với sự phát triển của các ngành công nghiệp hóa mỹ phẩm, dược phẩm và tình trạng ô nhiễm môi trường là sự gia tăng tình trạng dị ứng trong đó có phản vệ xảy ra ngày càng nhiều và có nhiều trường hợp tử vong đáng tiếc. Nguyên nhân của tình trạng này một phần là do sự lạm dụng thuốc, hóa mỹ phẩm của người dân, sự hiểu biết chưa đầy đủ về phản vệ của nhân viên y tế. Năm 2017, Bộ y tế đã ban hành thông số 51 "Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ" đã giúp phát hiện và điều trị hiệu quả qua đó làm giảm tỷ lệ tử vong do phản vệ gây ra. Tuy nhiên hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về phản vệ đặc biệt là sau khi thông tư 51 ra đời. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ ở Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội" với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 119 bệnh nhân phản vệ được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. Tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi là các bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ

theo Thông tư 51 Bộ y tế về "Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ".

Tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu bao gồm: Các trường hợp sốc do nguyên nhân khác (sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn). Tai biến mạch máu não, COPD, hen phế quản, mày đay, phù mạch.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu và mô tả cắt ngang.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập thông tin theo hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định "Khi bình phương( $\chi^2$ )", T – test, Fisher – Exact test.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu trong y học:** Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học trước khi triển khai.

Các thông tin cá nhân thu thập được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật, chỉ nhóm nghiên cứu được tiếp cận với các thông tin và số liệu của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

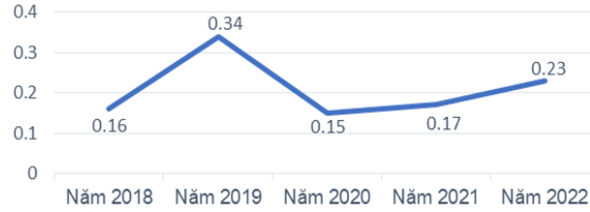
**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Chỉ số	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{x}\pm SD$
<b>Giới tính</b>			
Nam	44	37	
Nữ	75	63	
<b>Tuổi</b>			
Nam	44		32.56±19.26
Nữ	75		35.68±14.09
Tổng	119		34.53±16.19
<b>Tiền sử dị ứng</b>			
Không	47	39.5	
Thuốc	32	26.9	
Thức ăn	29	24.4	
Khác	9	7.6	
Nọc côn trùng	2	1.7	

**Nhận xét:** Nghiên cứu có 75 bệnh nhân nữ và 44 bệnh nhân nam. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nam và nữ trong nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$  theo kiểm định  $\chi^2$ . Trong nhóm nghiên cứu có 39.5% bệnh nhân không có tiền sử dị ứng, 26.9% bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc, 24.4% bệnh nhân có tiền sử dị ứng thức ăn.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng phản vệ ở bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội**

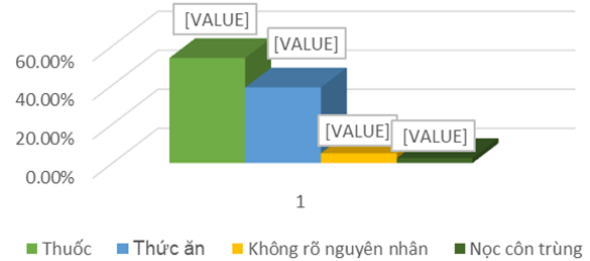
**3.2.1. Tỷ lệ phản vệ trong 5 năm tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội**



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ phản vệ trong 5 năm (n=119)**

**Nhận xét:** Trong số bệnh nhân nhập viện năm 2018, tỷ lệ bệnh nhân phản vệ là 0,16% (11 bệnh nhân). Xu hướng tỷ lệ bệnh nhân phản vệ ngày càng gia tăng trong 3 năm từ năm 2020 (0.15%) đến năm 2022 (0.23%).

**3.2.2. Nguyên nhân gây phản vệ**



**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các nhóm nguyên nhân gây phản vệ**

**Nhận xét:** Nguyên nhân gây phản vệ hay gặp nhất là thuốc (53,8%). Nguyên nhân ít gặp nhất là nọc côn trùng (2.5%). Phản vệ do thức ăn chiếm 38.7%.

**3.2.3. Tỷ lệ người bệnh dùng lại dị nguyên đã biết và thời gian khởi phát triệu chứng.**

**Bảng 3.2: Thời gian khởi phát triệu chứng**

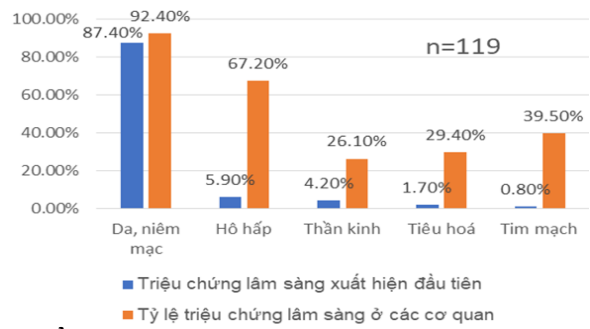
n	Giá trị trung bình (Phút)	Giá trị nhỏ nhất (phút)	Giá trị lớn nhất (phút)	Khoảng phân tán (phút)
113	56.53	1	300	299

Có 23 bệnh nhân dùng lại dị nguyên đã biết dị ứng trước đây trong tổng số 113 bệnh nhân.

Thời gian xuất hiện phản vệ sau khi tiếp xúc với dị nguyên trung bình là  $56.53 \pm 64.82$  phút, nhanh nhất là 1 phút sau khi tiêm tĩnh mạch là muộn nhất là 5 giờ.

Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đầu tiên sau khi tiếp xúc với dị nguyên < 5 phút là 10.9%, phần lớn xuất hiện trong khoảng 5-30 phút (46.2%), phản vệ xảy ra trên 60 phút chiếm tỷ lệ 19.3%.

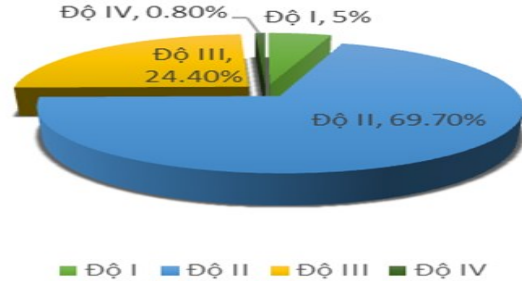
**3.2.4. Triệu chứng lâm sàng phản vệ**



**Biểu đồ 3.3: Triệu chứng lâm sàng phản vệ**

Triệu chứng xuất hiện sớm nhất thường ở da, niêm mạc (87.4%), theo sau là các triệu chứng hô hấp (5.9%), thần kinh (4.2%) và ít gặp triệu chứng ban đầu là tim mạch. Triệu chứng ở da, niêm mạc hay gặp nhất (92.4%), triệu chứng ít gặp nhất là thần kinh (26.1%).

**3.2.5. Mức độ phản vệ**



**Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ mức độ phản vệ**

Mức độ phản vệ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu gặp mức độ II (69,7%), ít nhất là mức độ IV có 1 bệnh nhân (0,8%).

**3.3. Tình hình điều trị**

**3.3.1. Thuốc sử dụng**

a. *Adrenalin.* Adrenalin là thuốc thiết yếu trong điều trị phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61.3% bệnh nhân được sử dụng Adrenalin.

Trong số bệnh nhân sử dụng Adrenalin có 89% bệnh nhân dùng Adrenalin đường tiêm bắp, 6.8% bệnh nhân dùng đường tiêm tĩnh mạch, 2.7% bệnh nhân dùng Adrenalin tiêm dưới da và 1.4% dùng Adrenalin đường khí dung.

b. *Thuốc khác*

**Bảng 3.3: Tỷ lệ các thuốc được sử dụng**

Tên thuốc	Tỷ lệ
Corticoid	92.4%
Kháng Histamin H1	90.8%
Truyền dịch	78.2%
Thở oxy	29.4%
Kích thích Beta 2 giao cảm	7.6%
Kháng histamin H2	4.2%
Hồi sức tim phổi	2.5%
Các thuốc khác	2.5%

Bảng 3.3 cho thấy Corticoid là thuốc được sử dụng nhiều nhất ở bệnh nhân phản vệ (92.4%), sau đó là kháng Histamin H1 (90.8%), kháng histamin H2 4.2% và có 2.5% bệnh nhân cần phải hồi sức tim phổi và dùng thêm các thuốc vận mạch.

**3.3.2. Kết quả điều trị**

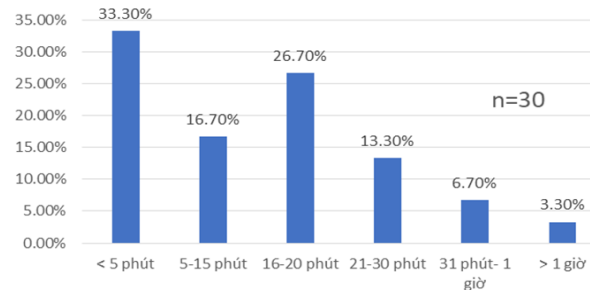
a. Thời gian thay đổi triệu chứng của các cơ quan

**Bảng 3.4: Thời gian thay đổi triệu chứng của các cơ quan**

Triệu chứng	Thời gian					Tổng
	Sau 5 phút	Sau 30 phút	Sau 1 giờ	Sau 2 giờ		
Da, niêm mạc	n	14	44	30	22	110
	%	12.7	40	27.3	20	100
Hô hấp	n	68	10	2	0	80
	%	85	12.5	2.5	0	100
Tim mạch	n	35	9	2	1	47
	%	74.5	19.1	4.3	2.1	100
Tiêu hoá	n	13	14	6	2	35
	%	37.1	40	17.1	5.8	100
Thần kinh	n	15	11	5		31
	%	48.4	35.5	16.1		100

Bảng 3.4 cho thấy đa số triệu chứng ở da và niêm mạc thay đổi sau 30 phút, nhanh nhất là sau 20 phút. Triệu chứng hô hấp và tim mạch thay đổi nhanh thường sau 30 phút.

b. Thời gian thoát sốc



**Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ bệnh nhân thoát sốc theo thời gian**

Trong số 30 bệnh nhân sốc phản vệ, số bệnh nhân thoát sốc < 5 phút cao nhất chiếm 33.3%, đáp ứng ngay với mũi tiêm Adrenalin đầu tiên. 100% bệnh nhân thoát sốc.

Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 97.5% bệnh nhân khỏi bệnh, 2.5% bệnh nhân chuyển viện và không có ca nào tử vong.

**IV. BÀN LUẬN**

Những năm gần đây, số người mắc bệnh dị ứng tăng lên đáng kể trong đó số trường hợp mắc phản vệ ngày càng nhiều. Có rất nhiều nguyên nhân gây phản vệ nhưng hay gặp nhất là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Trong nghiên

cứu 119 bệnh nhân phản vệ điều trị tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội trong năm năm của chúng tôi, nguyên nhân gây phản vệ nhiều nhất là thuốc (53.8%). Trong các nhóm thuốc gây dị ứng hay gặp nhất là thuốc chống viêm không steroid (26.6%), sau đó là thuốc kháng sinh 23.5%, thuốc cản quang 10.9), ít gặp phản vệ do chế phẩm máu, có 5 ca phản vệ do vaccine và 4 ca phản vệ do vaccine ngừa Covid. Biểu hiện lâm sàng của phản vệ rất đa dạng ở nhiều cơ quan khác nhau trong cơ thể. Những bệnh nhân khác nhau có biểu hiện lâm sàng khác nhau, có bệnh nhân triệu chứng chỉ xuất hiện ở da, niêm mạc nhưng có bệnh nhân triệu chứng ở mức độ nguy kịch (IV), thậm chí tử vong Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân có từ hai triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất (54.%), số bệnh nhân chỉ có một triệu chứng lâm sàng ở da, niêm mạc chiếm tỷ lệ thấp nhất 5%. Biểu hiện ở da và niêm mạc là cơ quan xuất hiện triệu chứng sớm nhất và cũng là cơ quan có tỷ lệ triệu chứng hay gặp nhất chiếm 92.4% với các biểu hiện mày đay, ban đỏ, phù mạch, ngứa... Tiếp theo là triệu chứng hô hấp như nghẹt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở chiếm 67.2%, các triệu chứng tim mạch: hồi hộp đánh trống ngực, đau ngực... chiếm 39.5%. Trong 119 bệnh nhân nghiên cứu, có 70/119 (58.8%) trường hợp có huyết áp khi được chẩn đoán phản vệ bình thường chưa thay đổi do được phát hiện sớm ngay từ những triệu chứng đầu tiên, huyết áp tụt là 23.5% (28 trường hợp), huyết áp tăng 21 trường hợp (17.6%). Các triệu chứng tiêu hoá như đau bụng, nôn, đi ngoài phân lỏng hay các triệu chứng thần kinh hoa mắt, chóng mặt, ngất, rối loạn ý thức chiếm tỷ lệ thấp hơn. Mức độ phản vệ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp cả 4 mức độ.

Adrenalin là thuốc được lựa chọn đầu tiên trong điều trị phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61.3% bệnh nhân được điều trị bằng Adrenalin trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Việc lựa chọn đường dùng Adrenalin cũng rất quan trọng. Nghiên cứu so sánh thời gian nồng độ cao nhất của adrenalin có trong huyết tương sau khi dùng adrenalin tiêm bắp và dưới da thì người ta thấy rằng dùng adrenalin tiêm bắp thời gian đạt nồng độ cao nhất ngắn hơn (8 phút) so với tiêm dưới da (34 phút) và kỹ thuật tiêm cũng đơn giản và nhanh hơn. Việc theo dõi các thay đổi về triệu chứng lâm sàng rất quan trọng trong xử trí phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng về da và niêm mạc như phù mạch, ban đỏ, ngứa, mày đay có sự thay

đổi sau 30 phút nhanh nhất là sau 20 phút và thay đổi muộn nhất. Các triệu chứng về hô hấp như khó thở, co thắt phế quản, thở rít, khó thở khò khè hay các triệu chứng về tim mạch như tụt huyết áp thường thay đổi nhanh sau khi được xử trí với Adrenalin, thở oxy và các biện pháp điều trị khác, thông thường sẽ cải thiện sau 5 phút, giảm nhanh sau 15 phút. Thời gian thoát sốc phản vệ sẽ quyết định kết quả điều trị của bệnh nhân, thời gian thoát sốc càng nhanh thì tiên lượng càng tốt. Trong 30 bệnh nhân sốc phản vệ, số người bệnh thoát sốc < 5 phút chiếm 33.3% bệnh nhân, đáp ứng ngay với liều Adrenalin đầu tiên. Một trường hợp thoát sốc sau gần 4 giờ điều trị, trường hợp này phải điều trị hồi sức tim phổi và sau đó chuyển sang bệnh viện Bạch Mai điều trị tiếp. Tỷ lệ thoát sốc trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thái Hoàng hay nghiên cứu của Mai Văn Lục, có thể do tỷ lệ bệnh nhân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với hai nghiên cứu trên. Tỷ lệ điều trị khỏi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 97.5%, xin chuyển viện là 2.5%, không có ca nào tử vong.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phản vệ ngày càng tăng lên, việc phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ kịp thời và chính xác là rất cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc cập nhật kịp thời hướng dẫn mới của Bộ y tế trong việc chẩn đoán và xử trí phản vệ đã được áp dụng tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ năm 2018 có hiệu quả tốt trong công tác khám, chữa bệnh cho bệnh nhân. Tuy nhiên, vẫn cần tăng cường phổ biến hướng dẫn và tổ chức tập huấn cho nhân viên y tế nhiều hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chaaban M.R., Warren Z., Baillargeon J.G., et al. (2019). Epidemiology and trends of anaphylaxis in the United States, 2004-2016. *Int Forum Allergy Rhinol*, 9(6), 607-614.
2. Ring J., Behrendt H., and de Weck A. (2010). History and classification of anaphylaxis. *Chem Immunol Allergy*, 95, 1-11.
3. Nguyễn Thị Thuỳ Ninh (2014). Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ ở Bệnh viện Bạch Mai.
4. Nguyễn Thái Hoàng N.V.Đ. (2020). Nghiên cứu tình trạng phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai.
5. Mai Văn Lục (2005). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc phản vệ tại bệnh viện Bạch Mai.
6. Thông tư số 51/2017/TT/BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ y tế về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 55 bệnh nhân (BN) với 8 bệnh nhân tiến cứu và 47 bệnh nhân hồi cứu được phẫu thuật mở kết hợp xương bên trong đầu dưới xương chày bằng nẹp vít khóa trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến hết tháng 1 năm 2023 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Đánh giá kết quả liền xương theo JL Haas và JY De la Caffinière và kết quả phục hồi chức năng theo tiêu chuẩn Olerud và Molander. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,1 ± 14,9 tuổi với 25 BN nữ (chiếm 45%), 30 BN nam

Nguyễn Minh Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Thùy<sup>2</sup>

(chiếm 55%). Nguyên nhân nhiều nhất là do tai nạn giao thông (chiếm 67,2%), tiếp theo là tai nạn sinh hoạt (25,5%), thấp nhất là tai nạn lao động (7,3%). Phân độ gãy xương theo AO/ASIF, loại gãy thuộc nhóm A1 gặp nhiều nhất với tổng số 18 trường hợp (chiếm 32,7%), theo sau là nhóm C1 có 16 trường hợp (chiếm 29,1%). Nhóm A3 và C2 là nhóm ít gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 10,9% và 3,7%. Sau mổ đa số trường hợp (94,6%) có kết quả nắn chỉnh ổ gãy tốt và rất tốt theo JL Haas và JY De la Caffinière. Kết quả theo dõi sau 6 tháng phẫu thuật, 19,2% BN cho kết quả PHCN rất tốt, 34,6% cho kết quả tốt. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả PHCN trung bình là 46,2%. Không có bệnh nhân nào có kết quả kém. **Kết luận:** Kết hợp xương bằng nẹp vít khóa điều trị gãy đầu dưới xương chày 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 xương chày, nẹp vít khóa, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

### SUMMARY

### EVALUATING THE RESULTS IN TREATMENT DISTAL TIBIA FRACTURES BY OPEN

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Anh

Email: doctorminhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024