

cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước¹⁰. Hình mờ tăng đậm độ trong lòng xoang được giải thích do tỷ trọng sợi nấm dày đặc và các cặn chuyển hoá chứa kim loại tạo thành những nốt cản quang trên CLVT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh dày xương thành xoang trong u nấm xoang chiếm tỷ lệ rất cao (95,7%) cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Jiang R-S³ và cộng sự (67,2%). Dày xương thành xoang là sự phản ứng của cấu trúc xương vách mũi xoang với tình trạng viêm kéo dài. Do đó, hình ảnh dày xương hay gặp ở viêm mũi xoang mạn tính, thay đổi tùy thuộc vào thời gian mắc bệnh, thời gian càng dài tỷ lệ dày xương càng nhiều. Trong u nấm xoang, hiện tượng dày xương nhiều hơn so với các loại viêm xoang mạn tính khác, có thể do nấm kích thích quá trình viêm mạnh hơn so với tác nhân vi khuẩn và thời gian tạo thành u nấm xoang cũng kéo dài nhiều năm trước khi phát bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm lâm sàng hay gặp nhất của u nấm xoang là chảy mũi, ngạt mũi và đau nửa mặt. Dấu hiệu nội soi hay gặp của u nấm xoang là chảy mủ sàn-khe mũi và niêm mạc phù nề. Về hình ảnh CLVT, đặc điểm thường gặp nhất là đám mờ xoang hoàn toàn, có vôi hóa ở trung tâm dạng nốt, đường kèm đặc xương thành xoang, vị trí chủ yếu ở một bên và xoang hàm hay gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dufour X, Kauffmann-Lacroix C, Ferrie JC, Goujon JM, Rodier MH, Klossek JM.** Paranasal sinus fungus ball: epidemiology, clinical features

and diagnosis: a retrospective analysis of 173 cases from a single medical center in France, 1989-2002. *Med Mycol.* 2006 Feb;44(1): 61-7.

2. **Nomura K, Asaka D, Nakayama T, Okushi T, Matsuwaki Y, Yoshimura T, et al.** Sinus fungus ball in the Japanese population: clinical and imaging characteristics of 104 cases. *Int J Otolaryngol.* 2013;2013: 731640.
3. **Jiang RS, Huang WC, Liang KL.** Characteristics of sinus fungus ball: a unique form of rhinosinusitis. *Clin Med Insights Ear Nose Throat.* 2018 Aug;11:1179550618792254.
4. **Yoon YH, Xu J, Park SK, Heo JH, Kim YM, Rha KS.** A retrospective analysis of 538 sinonasal fungus ball cases treated at a single tertiary medical center in Korea (1996-2015). *Int Forum Allergy Rhinol.* 2017 Nov;7(11):1070-5.
5. **Chen JC, Ho CY.** The significance of computed tomographic findings in the diagnosis of fungus ball in the paranasal sinuses. *Am J Rhinol Allergy.* 2012 Mar-Apr;26(2):117-9.
6. **Ho CF, Lee TJ, Wu PW, Huang CC, Chang PH, Huang YL, et al.** Diagnosis of a maxillary sinus fungus ball without intralesional hyperdensity on computed tomography. *Laryngoscope.* 2019 May;129(5): 1041-5.
7. **Seo YJ, Kim J, Kim K, Lee JG, Kim CH, Yoon JH.** Radiologic characteristics of sinonasal fungus ball: an analysis of 119 cases. *Acta Radiol.* 2011 Sep;52(7):790-5.
8. **Dhong HJ, Jung JY, Park JH.** Diagnostic accuracy in sinus fungus balls: CT scan and operative findings. *Am J Rhinol.* 2000 Jul-Aug;14(4): 227-31.
9. **deShazo RD, O'Brien M, Chapin K, Soto-Aguilar M, Swain R, Lyons M, et al.** Criteria for the diagnosis of sinus mycetoma. *J Allergy Clin Immunol.* 1997Apr;99(4):475-85.
10. **Trần Nam Khang.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Viêm Xoang Do Nấm Bằng Phương Pháp Phẫu Thuật Nội Soi Tại Bệnh Viện TMH TP. Hồ Chí Minh. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; 2018.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG, CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN GÂY KÍN XƯƠNG GÓT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Văn Lượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của đề tài này là nhận xét lâm sàng, XQ, cắt lớp vi tính của BN gây xương gót được phẫu thuật. Nghiên cứu mô tả tiến cứu 56 BN gây xương gót được

phẫu thuật kết xương trong thời gian từ 11/2016 đến 12/2022, tại Bệnh viện TƯQĐ 108. Kết quả: Độ lớn góc Böhler trước mổ trung bình $-1,8^{\circ}$ ($-40^{\circ} \div 22^{\circ}$). Góc Böhler $< 20^{\circ}$, góc Gissane $> 130^{\circ}$ ở 50/56 BN. Hình ảnh đường mờ kép có ở 33/56 BN. Hình ảnh gãy xương phạm khớp gót hộp gặp ở 6/56 BN. Phân loại theo Sander trên phim cắt lớp vi tính, gãy loại IIA, IIB, IIC có lần lượt là 3 BN, 4 BN, 10 BN; gãy loại IIIAB, IIIAC, IIIBC có lần lượt là 1 BN, 4BN, 6 BN, gãy loại IV có 8 BN. 32,14% gãy phạm khớp gót hộp. Kết luận: Nên chụp CT-Scanner ở BN gãy xương gót.

Từ khóa: Gãy xương gót; Xquang; Cắt lớp vi

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: luongnv108@gmail.com.

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

tính; Bệnh viện TƯQĐ 108.

SUMMARY

CLINICAL SIGNS, X-RAYS AND CT SCANNER OF CALCANEAL FRACTURE PATIENTS UNDERWENT OSTEOSYNTHESIS IN THE CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108

This project aims to assess the clinical signs and X-ray, CT Scanner in calcaneal fracture patients who underwent surgical treatment. A prospective descriptive study of 56 calcaneal fractures patients who underwent osteosynthesis between November 2016 and December 2022 at Central Military Hospital 108. The mean preoperative Böhler angle was $-1,8^{\circ}$ ($-40^{\circ} \div 22^{\circ}$); Böhler's angle $<20^{\circ}$, and Gissane angle $>130^{\circ}$ in 50 out of 56 patients. Double density was present in 33 out of 56 patients. Fractures involvement of calcaneocuboid in 6 out of patients. According to Sander's classification on CT film, fracture type IIA, IIB, and IIC were seen in 3 patients, 4 patients, and 10 patients, respectively. Type IIIAB, IIIAC, and IIIBC fractures were seen in 1 patient, 4 patients, and 6 patients, respectively. Type IV fractures have 8 patients. 32.14% of calcaneal fractures involve the calcaneocuboid joint. Conclusion: CT Scanner should be performed in patients with calcaneal fractures.

Keywords: Calcaneus fracture, X-ray, CT scanner, Central Military Hospital 108.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương gót chiếm 1% đến 2% tổng số gãy xương, là gãy xương hay gặp nhất vùng cổ chân, bàn chân, trong đó 75% là gãy phạm khớp. Trước đây, gãy xương gót phạm khớp có di lệch, chủ yếu được điều trị bảo tồn và được phẫu thuật đóng cứng khớp sên gót khi có di chứng đau, hư khớp sên gót. Một số phẫu thuật viên chủ trương sớm đóng cứng khớp sên gót ở những trường hợp gãy xương gót phạm khớp, di lệch nhiều để BN nhanh chóng trở lại công việc. Những hiểu biết mới dựa trên hình ảnh chụp CT xương gót trong khoảng 30 năm gần đây đã cho phép có chỉ định phẫu thuật kết xương phù hợp cũng như kỹ thuật mổ phù hợp hơn, đem lại kết quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân gãy xương gót. Dựa trên hình ảnh chụp CT xương gót, nhiều cách phân loại gãy xương gót đã được xây dựng, trong đó phân loại của Sander R. năm 1993, được nhiều phẫu thuật viên ưa dụng. Nhiều nghiên cứu cho thấy, kết quả phẫu thuật kết xương gót ở BN có di lệch mặt khớp sên gót sau băng nẹp khóa tốt hơn so với điều trị bảo tồn [1,2,3,4,5].

Tại Việt nam, phẫu thuật kết xương gót đã được triển khai ở nhiều bệnh viện, tuy nhiên việc chụp CT Scanner thường quy cho gãy xương gót vẫn chưa được thực hiện. Hiện đã có một số nghiên cứu về phẫu thuật điều trị gãy xương gót

nhưng chưa có báo cáo sâu nào về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gãy kín xương gót. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, XQ, CT Scanner ở bệnh nhân gãy kín xương gót được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 56 bệnh nhân (BN) gãy kín xương gót đã được chụp CT, Scanner xương gót và được phẫu thuật kết xương nẹp khóa tại Viện Chấn thương Chính hình, Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 11/2016 đến tháng 12/2022, tuổi từ 21 đến 65 tuổi, gồm 35 nam và 21 nữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng, cận lâm sàng, không nhóm chứng.

* **Lựa chọn BN:** gãy kín xương gót, có hình ảnh gãy phạm khớp sên gót sau (posterior subtalar joint), di lệch trên phim Xquang thường quy và phim chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner); di lệch mặt khớp ≥ 2 mm, loại II, III, IV theo phân loại của Sanders R.

* **Chỉ tiêu đánh giá:** Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Đặc điểm tuổi, giới; nguyên nhân gãy xương (Ngã cao, TNGT; nguyên nhân khác), chi thể gãy xương (trái, phải, hai bên).

Đặc điểm lâm sàng: Sưng nề, đau chói cổ định tại xương gót, khả năng tỳ nén trên gót, gập/duỗi cổ chân, sấp/ngửa bàn chân, vết bầm tím, phỏng nước, lẹo xương sườn, mảnh gãy lồi củ gót đè ép da và phần mềm sau gót, đe dọa hoại tử da ở mặt sau gót, trực dọc xương gót, chứng chèn ép khoang.

* **Các tổn thương liên quan và bệnh mạn tính:** Đặc điểm gãy xương gót trên XQ thường:

Hình ảnh di lệch của mặt khớp sên gót sau trên phim XQ thẳng:

+ Chênh lệch bề mặt khớp và/hoặc khoảng rộng trên mặt khớp sau lớn hơn độ rộng của khe khớp.

+ Độ lớn góc Böhler, góc Gissane biến đổi trên phim XQ nghiêng.

+ Hình ảnh đường mờ kép trên X-quang xương gót tư thế nghiêng.

Phân loại gãy phạm khớp theo Essex-Lopresti: gãy lún hoặc gãy hình kiểu lưỡi.

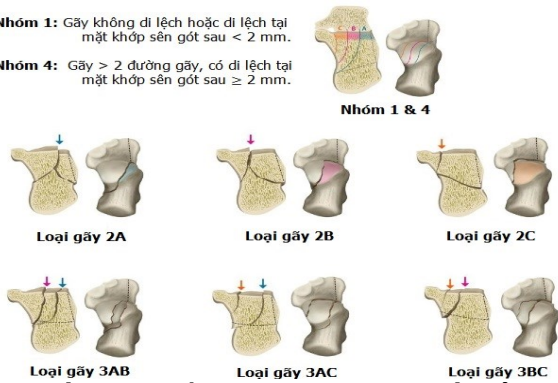
Đánh giá sự di lệch của mảnh gãy lồi củ gót trên phim XQ nghiêng qua độ lớn góc Böhler: Góc Böhler $> 10^{\circ}$: không di lệch hoặc di lệch không đáng kể. Góc Böhler $< 10^{\circ}$: di lệch lớn.

Xác định trục xương gót trên phim XQ xương gót thẳng xem có cong vẹo vào trong ($> 10^{\circ}$) hoặc ra ngoài ($> 20^{\circ}$).

Đặc điểm gãy xương gót trên phim chụp CT Scanner: Hình ảnh gãy xương gót trên phim chụp CT Scanner theo phân loại theo Sanders.

Nhóm 1: Gãy không di lệch hoặc di lệch tại mặt khớp sên gót sau < 2 mm.

Nhóm 4: Gãy > 2 đường gãy, có di lệch tại mặt khớp sên gót sau ≥ 2 mm.



Hình 1. Phân loại gãy xương gót của Sanders [7]

Đánh giá gãy phạm khớp gót hộp dựa trên X-quang quy ước và CT-Scanner: Không phạm khớp, phạm khớp > 25%, phạm khớp ≤ 25%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của 56 BN là: 45,3 tuổi (18 - 68 tuổi), nam/nữ =51/56, chủ yếu gặp BN từ 30 - 60 tuổi (44/56 BN). Ngã cao: 44 BN (78,57%), TNGT: 10 BN (17,86%); Nguyên nhân khác: 2 BN (3,58%). Ngã cao là nguyên nhân hay gặp nhất so với các nguyên nhân khác. Gãy bên phải: 30 BN, bên trái: 26 BN, trong đó, 4 BN gãy xương gót hai bên (bên điều trị bảo tồn không tính trong thống kê).

3.2. Đặc điểm lâm sàng. Sưng, đau chói cố định tại xương gót, không thể tỳ nền trên gót, gập/duỗi cổ chân bị hạn chế nhiều, không sấp/ngửa bàn chân gặp ở 100% BN. 50/56 BN có vết bầm tím, 29/56 BN có phỏng nước ở mặt sau và trong gót. Lạo xương xương: 46/56 BN. Mảnh gãy lồi củ gót đè ép da và phần mềm sau gót: 6/56 BN. Không BN nào có tổn thương đe dọa hoại tử da ở mặt sau gót. Trục dọc xương gót vẹo ở 42/56 BN.

3.3. Đặc điểm XQ, CT Scanner gãy xương gót

Đặc điểm XQ gãy xương gót phạm khớp. Hình ảnh gãy phạm khớp sên sau quan sát trực tiếp được trên XQ thường ở 50/56 BN, trong đó gãy lún ở 33/56 BN, gãy hình mỏ chim ở 17/56 BN. 6/56 BN có gãy lún phạm khớp sên sau chỉ được phát hiện trên CT Scanner. Độ lớn góc Böhler trước mổ trung bình -1,8⁰ (-40⁰ ÷ 22⁰). Góc Böhler < 20⁰ ở 50/56 BN, góc Gissane >130⁰ ở 50/56 BN. Hình ảnh đường mờ kép có ở 33/56 BN. Hình ảnh gãy xương phạm khớp gót

hộp gặp ở 6/56 BN. Trục dọc xương gót vẹo ở 42/56 BN.

Phân loại gãy xương gót theo Sanders
Bảng 3.1. Phân loại theo Sanders (n = 56)

Phân loại		Số BN		(%)	
Nhóm	Loại				
Nhóm II	A	3	37	5,05	66,07
	B	24		42,86	
	C	10		17,85	
Nhóm III	AB	1	11	1,78	19,64
	AC	4		7,14	
	BC	6		10,72	
Nhóm IV		8		14,28	
(+)		56		100%	

Tổn thương phạm khớp gót hộp

Bảng 3.2. Phân loại tổn thương phạm khớp gót hộp (n = 56)

			Tổn thương phạm khớp gót hộp		
Phân loại theo Sanders	Nhóm	Loại	Không	≤25%	>25%
			II	A	3
		B	19	3	2
		C	5	2	3
III		AB	1	0	0
		AC	2	0	2
		BC	3	2	1
Nhóm IV			5	2	1
Cộng			38 (67,85%)	9 18 (32,14%)	9

3.4. Các tổn thương liên quan và bệnh mạn tính. Tổn thương kết hợp: CTCS thắt lưng: 6 BN (10,71%). Gãy khung chậu: 2 BN (3,5%), gãy LMC xương đùi cùng bên: 1 BN (1,75%). Gãy xương sên cùng bên và đối bên: 2 BN (3,5%); gãy xương gót 2 bên: 7 BN (12,5%). Lún mâm chày cùng bên: 2 BN (3,5%).

Bệnh mạn tính: Vây nề: 1 BN (1,75%), tiểu đường 9 BN (16,07%), tăng huyết áp:10 BN (17,85%), bệnh mạch chi dưới mạn tính 1 BN (1,75%), nghiện thuốc lá: 3 BN (5,35%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 56 BN, với 56 ổ gãy xương gót. Tuổi trung bình là 45,3 tuổi (18-68), nam chiếm 91,7%. Có 44/56 BN có tuổi 30 - 60 tuổi. Nguyên nhân gãy xương gót chủ yếu là do ngã cao với 44 BN (78,57%). Phân bố gãy xương bên trái và bên phải là như nhau. Gãy xương gót hai bên chiếm 7,14%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Sanders R. [7], Santosha [8], Jain S. [5]. Sanders R. [7] gặp gãy xương gót phần lớn ở công nhân nam giới, tuổi lao động. Santosha [8] kết xương

gót ở 24 BN (30 ổ gãy), 20 nam và 4 nữ, tuổi trung bình 37,5 tuổi (17 - 59), 21 BN gãy xương do ngã cao. Jain S. [4], kết xương gót ở 24 BN (26 ổ gãy), 21 nam và 3 nữ, tuổi trung bình 31,6 tuổi (24 - 49), 21 BN gãy xương do ngã cao.

4.2. Đặc điểm lâm sàng gãy xương gót.

Sưng nề, đau chói cố định tại xương gót, không thể tỳ nén trên gót, không sấp/ngửa bàn chân gặp ở tất cả các BN gãy xương gót. Lạo xương xương chỉ gặp ở 46/56 BN, những trường hợp gãy lún thường không có triệu chứng này. Có 29/56 BN (51,78%) có phỏng nước. Vì vậy, gãy xương gót cần được kê cao chân, dùng thuốc giảm nề, chườm lạnh sớm. Có 6/56 BN có da vùng củ gót bị đè ép do mảnh gãy ở lồi củ gót bị kéo lên trên, đe dọa hoại tử da nếu không được mổ sớm. 50/56 BN có vết bầm tím, xương gót vẹo ở 42/56 BN.

Trong nghiên cứu này 13 tổn thương kèm theo gồm: CTCS thất lưng: 6 BN (10,71%); gãy khung chậu: 2 BN (3,5%); gãy LMC xương đùi cùng bên: 1 BN (1,75%), gãy xương sên cùng bên và đối bên: 2 BN (3,5%); gãy xương gót 2 bên: 7 BN (12,5%), lún mâm chày cùng bên: 2 BN (3,5%). Vì vậy, khi khám bệnh nhân gãy xương gót cần chú ý tránh bỏ sót các tổn thương gãy xương kèm theo. BN có bệnh mạn tính cũng chiếm tỉ lệ cao, vì vậy cần chú ý điều trị kết hợp tổn thương mạn tính, đồng thời lựa chọn thời điểm phẫu thuật phù hợp. Những trường hợp gãy kiểu lưới thì cần phải mổ càng sớm càng tốt, còn lại nên mổ khi phần mềm tại chỗ cho phép. Đa số các tác giả cho rằng, chỉ nên mổ khi phần mềm vùng gót đỡ sưng nề và quan sát thấy có nếp nhăn trên da vùng cổ chân (dấu hiệu wrinkle sign).

4.3. Đặc điểm XQ, CT Scanner. Hình ảnh đường gãy phạm khớp sên sau di lệch quan sát trực tiếp được trên XQ thường ở 50/56 BN (89,28%), 6/56 BN có gãy lún xương gót phạm khớp sên sau chỉ được phát hiện trên phim CT Scanner. Độ lớn góc Böhler trung bình $-1,8^{\circ}$ ($-40^{\circ} \div 22^{\circ}$). Góc Böhler $< 20^{\circ}$ có giá trị chẩn đoán gãy xương gót. Chúng tôi chỉ gặp 6/56 BN có góc Böhler bình thường, đây là những trường hợp xương gót chỉ gãy lún nửa ngoài diện khớp sau. Đường mờ kép giúp chẩn đoán gãy xương phạm khớp sên sau [5], [7]. Chúng tôi gặp 33/56 BN (58,92%) có đường mờ kép. Góc Gissane $>130^{\circ}$ ở 39/56 BN, có giá trị chẩn đoán gãy xương gót. Hình ảnh gãy xương gót phạm khớp gót hộp trên phim XQ thường chỉ gặp ở 6/56 BN, tuy nhiên trên phim CTScanner có 18/56 BN (32,14%). Vì vậy, BN gãy xương gót nên được chụp CT Scanner. Để xem rõ đầy đủ tổn thương, mặt cắt

ngang và mặt cắt đứng dọc phải song song với trục dài của xương gót, mặt cắt đứng ngang nếu cắt được vuông góc với mặt khớp sau của xương gót là tốt nhất. Trên mặt cắt đứng ngang có thể thấy số lượng, kích thước và vị trí của các mảnh gãy khớp. Đồng thời cũng cho thấy sự tăng độ rộng, giảm chiều cao của xương gót, vị trí của các gân cơ máu. Trên mặt cắt nằm ngang có thể thấy sự phình vỡ thành ngoài xương gót, sự di lệch của mảnh gãy củ gót và đường gãy có phạm khớp gót hộp hay không. Mặt cắt đứng dọc cho thấy sự gãy lún của diện khớp sau, gãy lồi củ trước, gãy lồi củ gót, gãy thân xương gót. Dựa trên phim chụp CT-Scanner, Sanders đã đưa ra phân loại gãy xương gót. Phân loại này được sử dụng phổ biến, giúp lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng kết quả. Bảng 3.1 cho thấy nhóm II, II-B chiếm tỷ lệ cao. Biz C. [2]. gặp 37/87 ổ gãy nhóm II, 31/87 ổ gãy nhóm III, 19/87 ổ gãy nhóm IV. Agren P.H. [1] gặp nhóm II cao nhất, nhóm IV thấp nhất

Tỷ lệ gãy xương phạm khớp gót hộp theo Ebraheim N. A. [3] là 60%, theo Miric A. [6] là 67/116 BN, trong đó chủ yếu là nhóm II, II. Vikas M.R., Zwipp H. cho rằng gãy xương gót phạm khớp hộp $\geq 25\%$ thì nên phẫu thuật nắn chỉnh, cố định bên trong. Chúng tôi gặp 16/56 BN (28,57%) có gãy xương phạm khớp gót hộp, trong đó 8 BN phạm khớp $> 25\%$, thấp hơn các tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 45,3 tuổi, nam chiếm 91,7%. Nguyên nhân gãy xương gót chủ yếu là do ngã cao (78,57%). Tổn thương kèm theo chiếm 23,21%. Sưng, đau chói cố định, không tỳ nén trên gót, không sấp/ngửa bàn chân gặp ở 100% BN gãy xương gót. 29/56 BN có phỏng nước, 6/56 BN có da vùng củ gót bị đè ép. 50/56 BN có vết bầm tím. Độ lớn góc Böhler, hình ảnh đường mờ kép, góc Gissane $>130^{\circ}$ có giá trị chẩn đoán gãy xương gót. 5/56 BN gãy phạm khớp sên sau chỉ phát hiện khi chụp CT Scanner. Gãy loại IIA, IIB, IIC có lần lượt là 3 BN, 4 BN, 10 BN. Gãy loại IIIAB, IIIAC, IIIBC có lần lượt là 1 BN, 4BN, 6 BN. Gãy loại IV có 8 BN. Nên chụp CT-Scanner ở BN gãy xương gót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agren P.H., Wretenberg P., Noor A.S.S. (2013) Operative Versus Nonoperative Treatment of Displaced Intra-Articular Calcaneal Fractures. J Bone Joint Surg Am., 95(15): 1351-1357.
2. Biz C., Barison E., Ruggieri P. et al. (2016) Radiographic and functional outcomes after displaced intra-articular calcaneal fractures: a

- comparative cohort study among the traditional open technique (ORIF) and percutaneous surgical procedures (PS). *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 11(92): 1-11.
3. **Ebraheim N.A., Elkins N., Ebraheim M.** (2017) Fractures of the Calcaneus. Department of Orthopedic Surgery, University of Toledo Medical Center.
 4. **Jain S., Jain A.K., Kumar I.** (2013) Outcome of open reduction and internal fixation of intra-articular calcaneal fracture fixed with locking calcaneal plate. *Chinese Journal of Traumatology*, 16(6): 355-360.
 5. **Makill J.D., Bohay D.R., Anderson J.G.** (2005) Calcaneus Fractures: A Review Article. *Foot Ankle Clin N Am*, 10: 463– 489.
 6. **Miric A., Patterson B.M.** (1998) Pathoanatomy of Intra-Articular Fractures of the Calcaneus. *J Bone Joint Surg. Am.*, 80(2): 207-212.
 7. **Sanders R.** (2000) Current Concepts Review: Displaced Intra-Articular Fractures of the Calcaneus. *The Journal of Bone and Joint Surgery Am.*, 82(2): 225-250.
 8. **Santosh, Gulrez S., Singh A.M. et al.** (2016) Open Reduction and Internal Fixation of Displaced Calcaneum, Intra-Articular Fractures by Locking Calcaneal Plate. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12): 18-21.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vũ Văn Hiệp¹, Hoàng Đức Vĩnh², Nguyễn Thị Thu Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên trong thời gian từ 01/07/2022 đến hết 31/12/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những sản phụ được chỉ định mổ lấy thai có sử dụng kháng sinh dự phòng Cefoxitin 1g tiêm tĩnh mạch chậm tại Trung tâm sản khoa, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Có 184 sản phụ được chỉ định mổ lấy thai, độ tuổi trung bình là 28,36 ± 5,0. Tỷ lệ thành công sau phẫu thuật là 98,4% (181/184) với 1,6% trường hợp bị NKVM phải đổi phác đồ (3/184) trong đó cả 3 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ đều là nhiễm khuẩn nông. Các yếu tố liên quan với nhiễm khuẩn vết mổ ($p < 0,05$), bao gồm: Độ tuổi (>35 tuổi) và thời gian nằm viện (≥ 7 ngày). **Kết luận:** Tỷ lệ thành công sau MLT ở các sản phụ có sử dụng KSDP tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên ở mức tương đối tốt chiếm 98,4 %, tuy nhiên cần chú ý các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, mổ lấy thai, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

SUMMARY

RESULT OF USING ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS OF SURGICAL WOUND INFECTIONS IN CESAREAN SECTION PATIENTS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Hiệp

Email: drhiepvu.pb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

Objective: To evaluate the results of using prophylactic antibiotics in patients undergoing cesarean section at Thai Nguyen Central Hospital from July 1, 2022 to June 30, 2023. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study on pregnant women who were indicated for cesarean section with prophylactic antibiotic Cefoxitin 1g slow intravenous injection at the Obstetrics Department, Thai Nguyen Central Hospital. **Result:** There were 184 pregnant women who were indicated for cesarean section, with an average age of 28.36 ± 5.0. The success rate after surgery was 98.4% (181/184) with 1.6% of cases with NKVM having to change the regimen (3/184), of which all three cases of NKVM were superficial infections. Factors related to surgical site infection ($p < 0.05$) included: Age (> 35 years old), number of births (> 1 time) and length of hospital stay (≥ 7 days). **Conclusion:** The success rate after MLT in pregnant women using KSDP at Thai Nguyen Central Hospital was relatively good at 98.4%, however, attention should be paid to the risk factors for surgical site infection after surgery.

Keywords: Surgical site infection, cesarean section, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thế kỷ 21 với những bước tiến hiện đại của khoa học nói chung và y học nói riêng, tỷ lệ sinh mổ ở các quốc gia ngày càng tăng, trong đó có Việt Nam. Khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới cho phép tỷ lệ sinh mổ ở các nước đang phát triển nên ở mức dưới 20%[1]; nhưng báo cáo tỷ lệ sinh mổ tại bệnh viện phụ sản Trung ương vào năm 1997 đến năm 2004 và năm 2017 lần lượt tăng từ 25,2% lên 36,9%, đến 54,4%, hay báo cáo của bệnh viện Hùng Vương 2010 đến 2015 có tỷ lệ mổ sinh từ 39% lên 42%[2][3]. Sinh mổ là phẫu thuật phổ biến nhất trong tất cả các loại