

tôi, biểu hiện thiếu máu lúc vào viện chủ yếu ở mức độ nhẹ (36,4%). Lượng huyết sắc tố trung bình của bệnh nhi là  $112,9 \pm 18,4$  g/L. Đa số bệnh nhi thuộc nhóm tiểu cầu tăng trên 450 G/L (59,1%). Theo nghiên cứu của tác giả Stankiewicz thì số lượng tiểu cầu tăng trên 450 G/L lúc chẩn đoán là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát bệnh<sup>4</sup>. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi cho thấy 54,5% bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng, chủ yếu là tăng bạch cầu trung tính (63,6%) trong khi số lượng bạch cầu lympho bình thường chiếm tỷ lệ cao (77,3%).

Theo tác giả Vincent DeVita (2005), LDH và  $\beta 2$ -microglobulin là những chỉ số có giá trị trong tiên lượng tình trạng bệnh<sup>9</sup>. Trong u lympho Hodgkin, hai chỉ số này tăng nhưng tăng không cao bằng u lympho không Hodgkin do bệnh thường tiến triển chậm hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ LDH tăng trong 50% trường hợp,  $\beta 2$ -microglobulin tăng trong 59,1% và không thấy xuất hiện hội chứng ly giải khối u.

## V. KẾT LUẬN

U lympho Hodgkin là bệnh lý ác tính tiến triển chậm, hiếm gặp ở trẻ em. Biểu hiện chính của bệnh là hạch to, chủ yếu ở trên cơ hoành, bao gồm hạch ở khu vực đầu - cổ, trung thất, nách. Bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn khi có biểu hiện lâm sàng của hạch to gây chèn ép các cơ quan, đặc biệt ở trẻ em là nhóm đối tượng thường không tự phát hiện được các biểu hiện bất thường. U lympho Hodgkin kinh điển chiếm tỷ lệ cao với 91,9%, trong đó hai thể bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là thể xơ nốt và thể hỗn hợp tế bào.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức** (2006). Nghiên cứu dịch tễ học bệnh ung thư tại một số vùng địa lý Việt Nam, Đề tài cấp Nhà nước mã số KC 10-06: Nghiên cứu dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị, phòng chống một số bệnh ung thư ở Việt Nam (vú, gan, dạ dày, ruột, máu), Bộ Khoa học và công nghệ, 79.
2. **PDQ Pediatric Treatment Editorial Board.** Childhood Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries. National Cancer Institute (US); 2002. Accessed August 15, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65726/>
3. **Quintanilla-Martinez L.** The 2016 updated WHO classification of lymphoid neoplasias. Hematological Oncology. 2017;35(S1):37-45. doi:10.1002/hon.2399
4. **Stankiewicz J, Kołtan A, Demidowicz E, et al.** Therapy results in pediatric Hodgkin lymphoma — does less mean better? Experience from a single children's oncology center. Ann Hematol. 2023;102(8):2109-2117. doi:10.1007/s00277-023-05268-5
5. **Alebbouyeh M, Moussavi F, Haddad-Deylami H, Vossough P.** Successful ambulatory treatment of Hodgkin's disease in Iranian children based on German-Austrian DAL-HD 85-90: single institutional results. Annals of Oncology. 2005;16(12):1936-1940. doi:10.1093/annonc/mdi401
6. **Ngô Quang Cừ.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh Hodgkin ở trẻ em. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội. 2007.
7. **Arya LS, Dinand V, Thavaraj V, et al.** Hodgkin's disease in Indian children: outcome with chemotherapy alone. Pediatr Blood Cancer. 2006;46(1):26-34. doi:10.1002/pbc.20157
8. **Bazze F, Rihani R, Howard S, Sultan I.** Comparing adult and pediatric Hodgkin lymphoma in the Surveillance, Epidemiology and End Results Program, 1988-2005: an analysis of 21 734 cases. Leuk Lymphoma. 2010;51(12):2198-2207. doi:10.3109/10428194.2010.525724
9. **Vincent DeVita.** Hodgkin's disease, Principle et practise of Medical Oncology. 2005.

## ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG BỆNH THIẾU MÁU ĐẦU THỊ THẦN KINH KHÔNG DO VIÊM TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Thị Thuý Hằng<sup>1</sup>, Phạm Trọng Văn<sup>2</sup>, Mai Quốc Tùng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thuý Hằng

Email: phunghangbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024

**Đặt vấn đề:** Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm động mạch (NAION) là bệnh lý gây tổn thương phủ đĩa thị, giảm hoặc mất thị lực hậu quả của sự giảm tưới máu đầu thị thần kinh. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân thu thập từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân có thị lực trung bình là 22 chiếm 55,0%; 100% nhãn áp của nhóm nghiên cứu trong giới hạn bình thường; tổn thương toàn bộ thị trường chiếm 40%; giảm tưới máu hoàng nh

quang thì hắc mạc là đa số chiếm 77,5%; tỷ lệ tuổi máu đầu thị thần kinh ở 4 vị trí trên, dưới, phải, trái có sự khác nhau. **Kết luận:** Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm có đặc điểm cận lâm sàng đa dạng, tương đối nặng nề, diễn biến cấp tính.

**Từ khóa:** đặc điểm cận lâm sàng, thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm.

## SUMMARY

### SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-ARTERITIC ANTERIOR ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY AT BACH MAI HOSPITAL

**Background:** Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy (NAION) is a disease that causes optic disc edema, reduced or loss of vision as a result of reduced optic nerve perfusion. **Objectives:** Describe some subclinical characteristics of Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study on 40 patients collected from August 2022 to August 2023 at Bach Mai Hospital. **Results:** In the study group, the number of patients with an average visual acuity of 22 accounted for 55.0%; 100% of the study group's eye pressure was within normal limits; Total visual field defect accounts for 40%; Fluorescent hypoperfusion is the majority, accounting for 77.5%; The perfusion rate of the optic nerve at the 4 locations, upper, lower, right, and left, is different. **Conclusion:** Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy has diverse subclinical characteristics, is relatively severe, and has an acute course.

**Keywords:** subclinical characteristics, Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm động mạch (NAION) là bệnh lý gây tổn thương phù đĩa thị, giảm hoặc mất thị lực hậu quả của sự giảm tưới máu đầu thị thần kinh. Bệnh thường gặp ở người trên 50 tuổi, và chiếm khoảng 95% các trường hợp thiếu máu đầu thị thần kinh.<sup>1,2</sup> Trong đó có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh cũng được áp dụng để chẩn đoán bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh như chụp đáy mắt huỳnh quang tìm dấu hiệu chậm tưới máu đầu thị thần kinh thì hắc mạc, đo thị trường với tổn thương đặc hiệu là khuyết thị trường cao độ, hay chụp đáy mắt phát hiện tổn thương phù đĩa thị. Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật hiện nay đã ứng dụng kỹ thuật dựng hình ảnh chụp mạch máu võng mạc, đầu thị thần kinh qua phân tích bất tương quan tách quang phổ biên độ (OCTA), đây là kỹ thuật không xâm lấn cho biết tương đối chính xác tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh, nhanh chóng xác định được mức độ thiếu máu đầu dây thần kinh thị giác.<sup>3</sup>

Hiện nay vẫn chưa có một phương pháp điều trị bệnh nào thật sự có hiệu quả và tiên lượng hồi phục thị lực rất hạn chế, việc chẩn đoán

bệnh sớm trên lâm sàng, điều trị kịp thời tránh tổn thương sâu của thị thần kinh, phục hồi thị lực cho người bệnh đồng thời tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây bệnh, để khuyến cáo cho người dân có kế hoạch phòng bệnh là hết sức cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm tại Bệnh viện Bạch Mai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu đầu thị thần kinh
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ và hợp tác tốt quá trình khám.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có mắt đục giác mạc: sẹo, thoái hóa giác mạc, đục thủy tinh thể nhiều hoặc đục, xuất huyết dịch kính nhiều cản trở đến khám đáy mắt.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mắt, chấn thương mắt, hoặc các bệnh lý võng mạc khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023, thu thập được 40 bệnh nhân. Từ mục tiêu nghiên cứu xây dựng bệnh án nghiên cứu phù hợp, tiến hành phỏng vấn, khám và chỉ định cận lâm sàng phù hợp để phân tích, so sánh thêm.

- Phương tiện thăm khám: Bảng đo thị lực Snellen, Nhãn áp kế Maclakov với quả cân 10g, Thuốc giãn đồng tử Mydrin – P 0.5%, Máy sinh hiển vi đèn khe, Kính Volk Superfield, Máy đo thị trường Humphry, Máy chụp đáy mắt Visucam (không huỳnh quang, huỳnh quang), Máy chụp OCTA Carl Zeiss (Cirrus HD - OCT 5000 AngioPlex).

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất, so sánh các tỷ lệ, kiểm định bằng các test thống kê phù hợp.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả không can thiệp, mục đích giúp đánh giá đầy đủ và điều trị hiệu quả hơn cho bệnh nhân và chỉ tiến hành khi có sự đồng ý của bệnh nhân và người nhà. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội và cơ sở nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

#### Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối

**tượng nghiên cứu (n=40)**

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	22	55,0%
	Nữ	18	45,0%
Thời gian phát hiện bệnh	Dưới 1 tuần	9	22,5
	Trên 1 tuần	16	40,0
	≥ 2 tuần	15	37,5
Tuổi (X ± sd)		61,4 ± 8,50	

**Nhận xét:** Trong số 40 bệnh nhân, có 22 bệnh nhân là nam chiếm 55,0 % và có 18 bệnh nhân là nữ chiếm 45,0 %. Thời gian phát hiện bệnh được tính từ khi bệnh nhân có triệu chứng đến khi bệnh nhân được thăm khám và điều trị ở nhóm đến sớm dưới 1 tuần là 22,5%, trong vòng từ 1 đến 2 tuần là 40,0% và tỉ lệ đến muộn sau 2 tuần khá cao 37,5%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61,4 ± 8,50.

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng****3.2.1. Đặc điểm thị lực và nhãn áp****Bảng 3.2: Đặc điểm thị lực và nhãn áp**

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ %
Thị lực	Tốt (>20/40)	1	2,5%
	Trung bình (20/200 - 20/40)	22	55,0%
	Kém (< 20/200)	17	42,5%
Nhãn áp	Nhãn áp thấp	0	0%
	Nhãn áp bình thường	40	100%
	Nhãn áp cao	0	0%
Tổng số		40	100%

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân có thị lực trung bình là 22 chiếm 55,0%, bệnh nhân có thị lực tốt trong nghiên cứu là 1 chỉ chiếm 2,5%. 100% nhãn áp của nhóm nghiên cứu trong giới hạn bình thường.

**3.2.2. Đặc điểm tổn thương thị trường****Bảng 3.3: Đặc điểm tổn thương thị trường**

Tổn thương thị trường	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Khuyết ½ thị trường phía trên	5	12,5%
Khuyết ½ thị trường phía dưới	15	37,5%
Am điểm	1	2,5%
Tổn thương toàn bộ thị trường	16	40,0%
Không tổn thương đặc hiệu	3	7,5%
Tổng số	40	100%

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương toàn bộ thị trường là 40,0%, nhóm bệnh nhân có khuyết ½ thị trường phía dưới là 37,5% trong khi tổn thương khuyết ½ thị trường phía trên có 12,5% và không có tổn thương thị trường đặc hiệu là 7,5%

**3.2.3. Đặc điểm tổn thương đầu thị thần kinh trên hình ảnh huỳnh quang****Bảng 3.4: Đặc điểm tổn thương đầu thị thần kinh trên hình ảnh huỳnh quang**

Tổn thương đầu thị thần kinh hình ảnh huỳnh quang	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Giảm huỳnh quang đầu thị thần kinh thì hắc mạc	31	77,5%
Không rõ	6	15,0%
Không thấy tổn thương	3	7,5%
Tổng số	40	100%

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu số bệnh nhân có hình ảnh giảm tưới máu huỳnh quang thì hắc mạc là đa số với 31 BN (chiếm 77,5%), không thấy tổn thương chỉ chiếm 7,5%.

**3.2.4. Đặc điểm hình thái tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh trên OCTA****Bảng 3.5: Phân bố hình thái tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh trên OCTA**

Đặc điểm	Trên		Dưới		Mũi		Thái dương	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 38%	28	70,0	16	40,0	14	35,0	14	35,0
38 – 40%	6	15,0	8	20,0	5	12,5	8	20,0
>40%	6	15,0	16	40,0	21	52,5	18	45,0
Tổng	40	100	40	100	40	100	40	100

**Nhận xét:** Tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh ở 4 vị trí trên, dưới, trái, phải có sự khác nhau. Tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh phía trên < 38% chiếm tới 70,0%, tỷ lệ tưới máu phía mũi và thái dương < 38% chiếm 35,0%. Tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh phía mũi > 40% là nhiều nhất chiếm 52,5%, tỷ lệ tưới máu phía trên > 40% ít nhất chiếm 15,0%.

**IV. BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 55,0% và 45,0% so với nghiên cứu của tác giả Omer Y thì nam giới có tỷ lệ là 61,8% cao hơn tuy nhiên không có sự khác biệt lớn. Tuổi trung bình là 61,4 ± 8,5 tương đương Omer Y về độ tuổi trung bình là 61,8 ± 12.<sup>4</sup> Thời gian phát hiện bệnh được tính từ khi bệnh nhân có triệu chứng cơ năng nhìn mờ, đau nhức mắt hay mất thị trường đến khi bệnh nhân được thăm khám và điều trị ở nhóm đến sớm dưới 1 tuần là 22,5%, trong vòng từ 1 đến 2 tuần là 40,0% và tỷ lệ đến muộn sau 2 tuần khá cao 37,5%. Nhiều khi người bệnh cũng không tự nhận ra các thay đổi về thị lực cho đến khi tiến triển nặng mới đi khám. Sự ghi nhận này cũng tương đồng với nghiên cứu của Omer Y với khoảng thời gian là 20 ngày.<sup>4</sup>

Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân có thị lực kém chiếm 42,5%, bệnh nhân có thị lực tốt trong nghiên cứu là 1 chỉ chiếm 2,5%. Khác với

kết quả nghiên cứu của Aipeng Li (2015) khi số bệnh nhân có thị lực kém ( $<20/400$ ) chỉ 19% và có tới 33% có thị lực tốt ( $\geq 20/40$ ).<sup>5</sup> 100% nhãn áp của nhóm nghiên cứu trong giới hạn bình thường. Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương toàn bộ thị trường là 40%, nhóm bệnh nhân có khuyết  $\frac{1}{2}$  thị trường phía dưới là 37,5% trong khi tổn thương khuyết  $\frac{1}{2}$  thị trường phía trên có 12,5%. Nghiên cứu của Aipeng Li (2015) cho thấy khuyết thị trường trên và dưới, hạn chế thị trường và phía mũi chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 16,9%, 11,5%, 20,1% và 16,2%) trong khi đó tổn thương thị trường toàn bộ chỉ chiếm 5,2%.<sup>5</sup> Qua đó thấy các tổn thương về thị lực, thị trường trong nghiên cứu của chúng tôi là nặng nề hơn.

Bảng 3.4 cho thấy trên hình ảnh huỳnh quang, số bệnh nhân có hình ảnh giảm tưới máu huỳnh quang thì hắc mạc là đa số với 31 BN, chiếm tới 77,5%, chỉ 7,5% là không thấy tổn thương. Nghiên cứu của Kim (2016) chỉ ra có 56,5% số bệnh nhân NAION có tổn thương trên chụp đáy mắt huỳnh quang,<sup>6</sup> thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu chúng tôi. Bảng 3.5 chỉ ra tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh ở 4 vị trí trên, dưới, phải, trái có sự khác nhau. Tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh phía trên  $< 38\%$  chiếm tới 70%, tỷ lệ tưới máu phía dưới  $< 38\%$  chiếm 40%, tỷ lệ tưới máu phía mũi và phía thái dương  $< 38\%$  chiếm 35%. Tỷ lệ tưới máu đầu thị thần kinh phía mũi  $> 40\%$  là nhiều nhất chiếm 52,5%, tỷ lệ tưới máu phía trên  $> 40\%$  ít nhất chiếm 15%. Nghiên cứu của Ali và cộng sự (2019) chỉ ra tỷ trọng tưới máu đầu thị thần kinh ở 4 vị trí cũng có sự khác nhau, trong đó thấp nhất là đầu thị

thần kinh phía thái dương (30,9%) và cao nhất là đầu thị thần kinh phía dưới ( $41,5 \pm 7,6\%$ ).<sup>7</sup>

## V. KẾT LUẬN

Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm có đặc điểm cận lâm sàng đa dạng, tương đối nặng nề, diễn biến cấp tính. Trong đối tượng nghiên cứu có 42,5% bệnh nhân có thị lực kém; 40,0% bệnh nhân tổn thương thị trường toàn bộ và 77,5% có hình ảnh giảm tưới máu huỳnh quang thì hắc mạc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân.** Nhãn Khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012;3: 305-309
2. **Guyser DR, Miller NR, Auer CL, Fine SL.** The risk of cerebrovascular and cardiovascular disease in patients with anterior ischemic optic neuropathy. Arch Ophthalmol Chic Ill 1960. 1985; 103(8): 1136-1142. doi: 10.1001/archophth. 1985. 01050080048018
3. **Chow DR, Oliveira PRC de Oliveira MD et al.** OCT Angiography. Thieme; 2017;16:112-126.
4. **Bialer OY, Stiebel-Kalish H.** Clinical characteristics of progressive nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Int J Ophthalmol. 2021;14(4):517-522. doi:10.18240/ijo.2021.04.06
5. **Li A, Li L, Li M, Shi X.** A new characterization for nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Int J Clin Exp Med. 2015;8(10):18681-18688.
6. **Kim MK, Kim US.** Analysis of Fundus Photography and Fluorescein Angiography in Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy and Optic Neuritis. Korean J Ophthalmol KJO. 2016; 30(4): 289-294. doi: 10.3341/ kjo.2016. 30.4.289
7. **Ali AEMES, Abd Al-Halim NEDAAH, Hussein MMS.** Optical Coherence Tomography Angiography of Acute Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. Egypt J Hosp Med. 2019; 75(6): 3079-3082. doi: 10.21608/ ejhm. 2019.34239

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GÂY THÂN HẠI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG ĐÌNH NỘI TỦY CÓ CHỐT ĐA HƯỚNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Thùy<sup>2</sup>, Vũ Quang Việt<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật gây thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy

có chốt đa hướng tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định gây thân hai xương cẳng chân, điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương đinh nội tủy có chốt đa hướng tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 4/2019 đến hết tháng 5/2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $39,8 \pm 14,8$  tuổi, nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông, chiếm tỷ lệ 78,85%, gây phức tạp theo phân độ AO loại B và C chiếm tới 50% các trường hợp. Kết quả chung sau mổ tốt: kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman rất tốt và tốt chiếm

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

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024