

quan với nhau.

Bảng 5 chỉ ra phân bố số lượng thai phụ theo số lượng bạch cầu của thai phụ khi nhập viện. Phần lớn thai phụ ối vỡ non nhập viện ở thời điểm điểm BC < 15.000/mm<sup>3</sup> (82,5%), tương đương tỷ lệ thai phụ nhập viện < 6 giờ ối vỡ chiếm tỷ lệ cao nhất (60,8%). Khi xem xét mối liên quan giữa thời gian nhập viện kể từ khi ối vỡ với số lượng BC trong máu, thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,008.

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn thai phụ ối vỡ non có tiền sử mổ đẻ cũ, tiền sử nạo phá thai, mắc đái tháo đường thai nghén và viêm nhiễm sinh dục. Hầu hết, thai phụ sau ối vỡ non đều nhập viện và điều trị kịp thời. Vì vậy, công tác của khám, quản lý thai nghén có vai trò vô cùng quan trọng trong dự phòng và điều trị một số biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garg A, Jaiswal A.** Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes: A Review Article. Cureus. Mar 2023;15(3): e36615. doi:10.7759/cureus.36615

2. **Mercer BM, Crouse DT, Goldenberg RL, et al.** The antibiotic treatment of PPROM study: systemic maternal and fetal markers and perinatal outcomes. American journal of obstetrics and gynecology. Feb 2012;206(2): 145.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2011.08.028
3. **Vũ Đăng Khoa VHT, Nguyễn Hữu Dư.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non ở thai 28 đến 34 tuần tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. 2019;
4. **Nguyễn Thị Vĩnh Thành NTKP.** Tỷ lệ thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B tại Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2009; 82-86.
5. **Vân TTT.** Nghiên cứu tình hình ối vỡ sớm, các yếu tố liên quan và kết quả điều trị ối vỡ sớm tại Bệnh viện Quân Y 121. Tập san nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y dược Cần Thơ 2020;
6. **Thuy LT.** Nhận xét xử trí và kết quả điều trị ra nước ối ở thai non tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Đại học Y Hà Nội; 2010.
7. **Lê TT, Trần DT, Nguyễn TKA.** Nghiên cứu kết quả điều trị ối vỡ sớm ở thai phụ mang thai đủ tháng. Tạp chí Phụ sản. 05/18 2023;20(4):29-37. doi:10.46755/vjog.2022.4.1409
8. **Huang S, Qi HB, Li L.** [Residue amniotic fluid volume after preterm premature rupture of membranes and maternal-fetal outcome.]. Zhonghua fu chan ke za zhi. Oct 2009; 44(10): 726-30.

# KẾT QUẢ KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>, Đào Xuân Thành<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân gãy đầu dưới 2 xương cẳng chân được mổ kết hợp xương nẹp khóa bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến 01/2023. **Kết quả:** Nhóm tuổi 30-50 chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,2%. 73,9% bệnh nhân là nam giới. Tỷ lệ gãy kín là 76,1%, gãy hở độ 1 là 23,9%. Gãy độ A2 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,5%, gãy độ A1 chiếm 34,8%, độ A3 là 21,7% (phân độ AO). Thời gian nằm viện trung bình là 6 ± 4,7 ngày. Tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ

là 10,9%. Đa số các trường hợp được nắn chỉnh tốt và rất tốt với tỷ lệ 82,6%. Nắn chỉnh ở mức trung bình chiếm 17,4%. Liên xương kết quả rất tốt và tốt chiếm 89,1%, liền xương kết quả trung bình chiếm 10,9%. Về kết quả phục hồi chức năng theo AOFAS, loại tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 82,6%, loại trung bình chiếm tỷ lệ nhỏ 17,4%, và không có kết quả đánh giá loại kém. **Kết luận:** Kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn là một lựa chọn hiệu quả trong điều trị gãy đầu xa hai xương cẳng chân. Phương pháp có thể áp dụng với các trường hợp gãy phức tạp cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** nẹp vít ít xâm lấn, kết hợp xương, gãy đầu xa hai xương cẳng chân.

## SUMMARY

### RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE SCREW FIXATION TREATMENT OF DISTAL TIBIA FRACTURES AT HAI DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the results of Minimally Invasive Plate Osteosynthesis to treat distal third tibial fractures at Hai Duong General Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 46 patients with distal third tibial fractures treated with Minimally Invasive Plate Osteosynthesis at Hai

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thắng

Email: bacsythanghd1983@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

Duong General Hospital from January 2019 to January 2023. **Results:** The age group 30-50 accounted for the highest proportion with 55.2%. 73.9% of patients are men. The rate of closed fractures is 76.1%, and grade 1 open fractures is 23.9%. Grade A2 fractures account for the highest rate of 43.5%, grade A1 fractures account for 34.8% and grade A3 fractures account for 21.7% (AO grade). The average hospital stay was  $6 \pm 4.7$  days. The postoperative infection rate is 10.9%. The majority of cases are corrected well or very well at a rate of 82.6%. Correction at an average level accounts for 17.4%. Bone healing results were excellent and good, accounting for 89.1%, and bone healing results were average, accounting for 10.9%. Regarding the rehabilitation results according to AOFAS, the good and very good categories account for a high percentage of 82.6%, the average category accounts for a small percentage of 17.4%, and there are no poor evaluation results. **Conclusion:** Minimally Invasive Plate Osteosynthesis is an effective option in treating distal third tibial fractures. The method can be applied to complex fracture cases with good results. **Keywords:** Minimally Invasive Plate Osteosynthesis, distal third tibial fractures, Hai Duong General Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân là loại thương tổn thường gặp. Theo số liệu thống kê, gãy hai xương cẳng chân chiếm 18% các loại gãy xương, trong đó gãy đầu dưới hai xương cẳng chân chiếm tỷ lệ 7- 10% các thương tổn hai xương cẳng chân. Nguyên nhân thường gặp do tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động nhưng gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông

Điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh kín, bó bột thu được nhiều thành công với khung kéo nắn của Bohler, tạo ra sự chùng các khối cơ ở cẳng chân, nắn chỉnh để đạt được về mặt giải phẫu, sau đó bó bột. Tuy nhiên khi ổ gãy phức tạp, đường gãy chéo xoắn dễ di lệch thứ phát trong bột, nhất là sau khi hết phù nề.

Có nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật, trong đó mỗi phương pháp có ưu nhược điểm riêng. So với việc kết hợp xương bên trong có mở ổ gãy hoặc dùng khung cố định ngoài thì nắn chỉnh kín kết hợp xương bên trong dưới màn tăng sáng có nhiều ưu điểm hơn hẳn. Trong đó nắn kín và kết hợp xương bằng nẹp khóa xâm lấn tối thiểu là một lựa chọn. Phẫu thuật viên chỉ rạch da tối thiểu nắn chỉnh lại ổ gãy và luôn dụng cụ kết hợp xương. Do vậy, hạn chế thương tổn thêm da và tổ chức phần mềm dưới da cũng như xương và màng xương, khối máu tụ quanh ổ gãy và những mảnh xương vụn được giữ gần như nguyên vẹn, giúp cho sự liền xương nhanh, giảm cần thiết về ghép xương thì đầu, hạn chế nhiễm khuẩn, nề và rối loạn dinh dưỡng sau mổ,

giảm nguy cơ phải chuyển cơ che xương.

Để làm sáng tỏ những ưu nhược điểm của phương pháp kết hợp xương nẹp khóa ít xâm lấn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm tất cả bệnh nhân gãy đầu dưới thân xương chày được mổ kết hợp xương nẹp khóa bằng kỹ thuật ít xâm lấn, theo dõi, khám lại tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến 01/2023.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân gãy đơn thuần đầu dưới hai xương cẳng chân, gãy đơn thuần đầu dưới thân xương chày. Gãy kín ngoài khớp loại A theo phân loại AO và gãy hở độ I theo Gustilo. Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng đầy đủ.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Những trường hợp gãy hai xương cẳng chân do bệnh lý

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ Thời gian: từ 01/2019 đến 01/2023

+ Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

### 2.3. Các tiêu chuẩn đánh giá kết quả

Tình trạng phần mềm trước phẫu thuật theo phân loại của Tscherne<sup>1</sup>

+ Độ 0: tổn thương mô mềm tối thiểu do chấn thương gián tiếp ở chi

+ Độ 1: trầy xước bề mặt da

+ Độ 2: trầy xước sâu, dập da hoặc cơ do chấn thương trực tiếp vào chi

+ Độ 3: chấn thương da hoặc tổn thương dập nát trên diện rộng, tổn thương nghiêm trọng cơ bên dưới, hội chứng khoang, bong tróc dưới da.

Kết quả nắn chỉnh ổ gãy: dựa vào phim X quang sau mổ, theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman năm 1980

**Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả nắn chỉnh theo Larson và Bostman**

Mức độ	Tiêu chuẩn
Rất tốt	Trục xương thẳng giống như bên lành
Tốt	Nếu mở góc ra ngoài hay ra trước <5° Nếu mở góc ra sau hay vào trong <10°
Trung bình	Nếu vượt quá ngưỡng trên

Kém	Giống tiêu chuẩn trung bình và kèm theo di lệch xoay, bàn chân xoay ngoài
Thời gian liền xương: Kết quả liền xương dựa vào phim X quang theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Caffinière	
<b>Bảng 2. Tiêu chuẩn đánh giá liền xương của JL Haas và JY De la Caffinière</b>	
Kết quả	Kết quả liền xương
Rất tốt	Liên xương thẳng trục, đúng thời hạn
Tốt	- Trục xương mở góc vào trong dưới 5°; mở góc ra ngoài, ra sau, ra trước dưới 10° - Ngắn chi dưới 10mm - Xương liền đúng thời hạn
Trung bình	- Trục xương mở góc vào trong trên 5°; mở góc ra ngoài, ra sau, ra trước trên 10° - Ngắn chi trên 10mm - Xương liền chậm
Kém	- Trục xương mở góc vào trong trên 5°; mở góc ra ngoài, ra sau, ra trước trên 10° - Ngắn chi trên 10mm và di chuyển xoay trên 10° - Xương không liền

**\*Kết quả phục hồi chức năng (PHCN):  
Dựa vào tiêu chuẩn của AOFAS<sup>2</sup>**

- Đau (40 điểm)**
- + Không đau: 40 điểm.
  - + Đau nhẹ, thoảng qua, đi lại tốt: 30 điểm.
  - + Đau thường xuyên, ảnh hưởng đi lại: 20 điểm.
  - + Đau nhiều, cần phải hỗ trợ khi đi lại: 0 điểm.
- Vận động chức năng (50 điểm)**
- + Mức độ hạn chế vận động và nhu cầu hỗ trợ:
    - Vận động bình thường: 10 điểm.
    - Chỉ hạn chế chạy nhảy: 7 điểm.
    - Đi lại khó khăn, phải chống gậy khi đi: 4 điểm.
    - Không đi lại được, phải dùng nạng, xe lăn: 0 điểm.
  - + Khoảng cách đi bộ tối đa:
    - >500 m: 5 điểm.
    - 300 – 500m: 4 điểm.
    - 100 – 300m: 2 điểm.
    - <100m: 0 điểm.
  - + Khả năng đi trên mặt đường nghiêng, gồ ghề, lên xuống cầu thang:
    - Đi bình thường: 5 điểm.
    - Đi lại không dễ dàng: 3 điểm.
    - Khó khăn hoặc không đi được: 0 điểm.
  - + Dáng đi bất thường:
    - Bình thường: 8 điểm.
    - Bước ngắn: 4 điểm.
    - Tập tễnh: 0 điểm.

- + Biên độ gấp + duỗi cổ chân:
    - Bình thường hoặc hạn chế ít ( $\geq 30^\circ$ ): 8 điểm.
    - Hạn chế mức độ trung bình ( $15^\circ-29^\circ$ ): 4 điểm.
    - Hạn chế nhiều ( $< 15^\circ$ ): 0 điểm.
  - + Biên độ sấp + ngửa bàn chân:
    - Bình thường hoặc hạn chế ít (75%-100% bình thường): 6 điểm.
    - Hạn chế mức độ trung bình (25%-74%): 3 điểm.
    - Hạn chế nhiều ( $< 25\%$ ): 0 điểm.
  - + Sự vững chắc của cổ chân:
    - Vững: 8 điểm.
    - Không vững: 0 điểm.
  - Trục bàn chân (10 điểm):
    - Trục thẳng, đứng áp cả lòng bàn chân xuống đất: 15 điểm.
    - Trục tương đối thẳng, đứng áp cả lòng bàn chân xuống đất: 8 điểm.
    - Trục không thẳng, không áp được lòng bàn chân xuống đất: 0 điểm.
- Kết quả được phân loại là 'xuất sắc', 'tốt', 'khá' và 'kém' khi tổng điểm lần lượt nằm trong khoảng từ 90 đến 100, 75 đến 89, 50 đến 74 và dưới 49 điểm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân.** Nhóm tuổi 30-50 chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3%, đây là độ tuổi lao động chính. Bệnh nhân nam chiếm phần lớn tỷ lệ 73,9 %, nữ chiếm 26,1%. Gãy kín chiếm tỷ lệ 76,1%, gãy hở độ I là 23,9%. Theo phân độ AO thì gãy độ A2 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,5%, gãy độ A1 chiếm 34,8%, độ A3 là 21,7%. Theo phân loại Tscherne, tổn thương phần mềm độ 2 chiếm tỷ lệ 13%, tỷ lệ tổn thương độ 0 và độ 1 lần lượt là 37 % và 50%, không có trường hợp nào tổn thương độ 3.

**Bảng 3. Đặc điểm bệnh nhân**

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<b>Giới tính</b>	Nam	34	73,9
	Nữ	12	26,1
<b>Tuổi</b>	< 30	11	23,9
	30 - 50	25	54,3
	$\geq 50$	10	21,8
<b>Tính chất ổ gãy</b>	Gãy kín	35	76,1
	Gãy hở độ 1	11	23,9
<b>Phân độ gãy theo AO</b>	Độ A1	16	34,8
	Độ A2	20	43,5
	Độ A3	10	21,7

**3.2. Đặc điểm phẫu thuật.** Thời gian nằm viện trung bình là  $6 \pm 4,7$  ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 4 ngày. Thời gian nằm viện dài nhất là 23 ngày.

Trong 46 bệnh nhân, có 5 bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ chiếm 10,9%. Tất cả trường hợp

này đều là nhiễm trùng nông, điều trị tách chỉ và thay băng.

Đa số các trường hợp được nắn chỉnh tốt và rất tốt với tỷ lệ 82,6%. Nắn chỉnh ở mức trung bình chiếm 17,4%.

Liên xương kết quả rất tốt và tốt có 38 bệnh nhân chiếm 89,1%, liên xương kết quả trung bình có 8 bệnh nhân chiếm 10,9%.

Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm AOFAS loại tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 82,6%, loại trung bình chiếm tỷ lệ nhỏ 17,4%, và không có kết quả đánh giá loại kém.

Về biến chứng, trong 46 trường hợp nghiên cứu, có 5 trường hợp có xương liền không đúng kì hạn trên phim khám lại ở các mốc khám lại là 3 và 6 tháng sau mổ.

**Bảng 4. Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tình trạng vết mổ	Không nhiễm trùng vết mổ	41	89,1
	Nhiễm trùng vết mổ nông	5	10,9
	Nhiễm trùng sâu	0	0
Kết quả nắn chỉnh ổ gãy	Rất tốt	5	10,9
	Tốt	33	71,7
	Trung bình	8	17,4
Kết quả liền xương	Rất tốt	10	21,7
	Tốt	31	67,4
	Trung bình	5	10,9
Kết quả phục hồi chức năng	Rất tốt	8	17,4
	Tốt	30	65,2
	Trung bình	8	17,4

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm bệnh nhân.** Cũng như các gãy xương khác của chi dưới, gãy xương cẳng chân xảy ra ở nam nhiều hơn nữ.<sup>1</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm 73,9%, nữ chiếm 26,1%, lệ nam/nữ là 2,8/1. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Ngọc Phúc với tỷ lệ nam là 76%, nữ là 24%.<sup>2</sup> Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm bệnh nhân 30-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 54,3%, trên 50 tuổi có 10 trường hợp chiếm 21,8%. Theo nghiên cứu Nguyễn Văn Trường (2012) tuổi trung bình là 41,6; nhóm 19- 45 tuổi chiếm 49,1%.<sup>3</sup>

Gãy cẳng chân biểu hiện dưới hai hình thái là gãy kín và gãy hở. Trong nghiên cứu chúng tôi lấy tiêu chuẩn bệnh nhân là gãy kín và gãy hở độ I, cụ thể gãy kín chiếm 76,1%, gãy hở độ I là 23,9%. Theo Lau T. W (2008) 9/48 trường hợp gãy hở chiếm 19%, trong đó 4 ca gãy hở độ II và III.<sup>4</sup>

Phân loại gãy xương theo AO dựa trên mức độ gãy phức tạp của xương và tổn thương mặt khớp. Có 3 nhóm chính: loại A là gãy ngoài khớp, loại B là gãy phạm khớp một phần, loại C là gãy phạm khớp hoàn toàn và phức tạp. Có thể nói bảng phân loại AO một cách tương đối đã phản ánh được hình ảnh và tiên lượng được mức độ khó trong điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân. Do đó, hiện nay nhiều tác giả sử dụng phân loại này trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, tất cả đều là loại A, nghĩa là những gãy đầu dưới hai xương cẳng chân ngoài khớp. Theo bảng 3 thì có 34,8% độ A1; 43,5% độ A2; 21,7% độ A3. Sự phân loại này có giá trị tiên lượng trong khi tiến hành phẫu thuật và thời gian liền xương sau này. Theo nghiên cứu của Hoàng Thanh Hà (2013) có 16 bệnh nhân loại A1, 4 bệnh nhân loại A2, 17 loại A3 và 1 loại C1.<sup>5</sup>

Được phát triển bởi Harald Tscherne và Hans-Jörg Oestern vào năm 1982 tại Trường Y Hannover (Hanover, Đức), phân loại Tscherne đã trở thành một hệ thống được sử dụng thường xuyên để đánh giá tổn thương mô mềm. Phân loại được xây dựng dựa trên động năng biểu kiến truyền lên mô mềm trong chấn thương gãy xương và hậu quả sinh lý của chấn thương lên lớp mô mềm phía trên xương. Theo Zelle và cộng sự, gãy xương chày là một thách thức đáng kể đối với bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình vì các lý do sau: chấn thương mô mềm liên quan đến gãy 1/3 dưới xương chày là một yếu tố dự báo tiên lượng xấu; vùng đầu dưới của chân gặp nhiều bất lợi do có ít cơ che phủ và trên thực tế, 1/3 dưới xương chày nằm ngay dưới da.<sup>6</sup> Mặc dù không thể chối cãi rằng tính chất của ổ gãy và việc lựa chọn phương pháp kết hợp xương phù hợp là yếu tố quan trọng để có tiên lượng tốt, tuy nhiên các yếu tố then chốt dẫn đến thành công bao gồm cả việc cắt lọc tổn thương ban đầu và chuyên môn của bác sĩ phẫu thuật trong việc điều trị các tổn thương mô mềm.

**4.2. Đặc điểm phẫu thuật.** Thời gian nằm viện trung bình  $6 \pm 4,7$  ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 4 ngày. Nằm dài nhất là 23 ngày. Theo Hoàng Thanh Hà, thời gian nằm viện trung bình là 5,45 ngày.<sup>5</sup>

Việc không đảm bảo vô khuẩn trong suốt quá trình mổ cũng như trong quá trình điều dưỡng sau mổ, đồng thời không sử dụng kháng sinh đúng chỉ định đã làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ. Bên cạnh đó tình trạng phần mềm đung dập, loạn dưỡng trước mổ cũng là yếu tố thuận lợi góp phần làm tăng tỷ lệ trên. Nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp nhiễm trùng chiếm

10,9%. Cả 5 trường hợp đều là nhiễm trùng nông đã được điều trị bằng thay băng, tách chỉ, không có trường hợp nào cần phẫu thuật lại. Theo Hoàng Thanh Hà, nghiên cứu 38 bệnh nhân không ca nào nhiễm trùng.<sup>5</sup> Trần Hoàng Tùng tỷ lệ nhiễm trùng nông là 7,89%; nhiễm trùng sâu là 2,64%.<sup>7</sup>

Có 5 trường hợp nắn chỉnh rất tốt chiếm 10,9%, có 33 trường hợp nắn chỉnh tốt chiếm 71,7%, 17,4% trường hợp nắn chỉnh mức trung bình. Chúng tôi đánh giá kết quả liền xương dựa theo bảng đánh giá của JL Haas và JY De La Cafinière. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy kết quả liền xương rất tốt và tốt chiếm 82,6%, liền xương trung bình chiếm 17,4%. Tác giả Nguyễn Văn Trường (2012) nghiên cứu điều trị gãy cẳng chân bằng cố định ngoài thời gian liền xương trung bình là 22,8 tuần, trong đó 60,9% trường hợp liền xương rất tốt và tốt.<sup>3</sup>

Việc tập phục hồi chức năng sau mổ là một phần không thể thiếu được đối với mỗi bệnh nhân chấn thương chỉnh hình nhằm giúp cho bệnh nhân có thể sớm trở về với sinh hoạt bình thường. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm AOFAS để đánh giá kết quả phục hồi chức năng. Kết quả rất tốt chiếm 17,4%, kết quả tốt chiếm 65,2%, trung bình chỉ chiếm 17,4%, không có kết quả kém. Nhóm bệnh nhân tập phục hồi chức năng trung bình chủ yếu nằm trong nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi. Theo Trần Hoàng Tùng tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 94,74%.<sup>7</sup> Sự khác biệt có thể do việc lựa chọn thang điểm đánh giá, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm AOFAS trong khi các tác giả Trần Hoàng Tùng lại sử dụng thang điểm Terschiphort.

Trong 46 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào viêm xương, khớp giả, gãy nẹp vít. Có 5 bệnh nhân chậm liền xương

chiếm tỷ lệ 10,9%. Các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng ghi nhận có biến chứng nhưng tỷ lệ thấp. Lau T.W chậm liền 5/48 ca.<sup>4</sup> Ronga M. tiến hành trên 19 bệnh nhân có 1 trường hợp không liền xương.<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn là một lựa chọn hiệu quả trong điều trị gãy đầu xa hai xương cẳng chân. Phương pháp có thể áp dụng với các trường hợp gãy phức tạp cho kết quả tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Courtney PM, Bernstein J, Ahn J. In Brief: Closed Tibial Shaft Fractures. Clin Orthop. 2011; 469 (12):3518-3521. doi:10.1007/s11999-011-2086-5
2. Huỳnh Ngọc Phúc (2020). Kết quả điều trị gãy xương cẳng chân bằng nẹp nhựa PTB. Luận văn chuyên khoa cấp II: Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Văn Trường (2012), Đánh giá kết quả điều trị gãy hở đầu xa hai xương cẳng chân bằng cố định ngoài tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Luận văn thạc sĩ Y học. :Đại học Y Hà Nội.
4. Lau TW, Leung F, Chan CF, Chow SP. Wound complication of minimally invasive plate osteosynthesis in distal tibia fractures. Int Orthop. 2008; 32(5):697-703. doi:10.1007/s00264-007-0384-z
5. Hoàng Thanh Hà (2013), " Điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng nẹp vít, phẫu thuật ít xâm lấn", Tạp chí Hội nghị thường niên lần XX Hội CTCH Thành phố Hồ Chí Minh. :tr. 81-83.
6. Zelle BA, Dang KH, Ornell SS. High-energy tibial pilon fractures: an instructional review. Int Orthop. 2019; 43(8): 1939-1950. doi: 10.1007/s00264-019-04344-8
7. Trần Hoàng Tùng (2006), Điều trị kết hợp xương nẹp vít gãy kín hai xương cẳng chân bằng kĩ thuật ít xâm lấn, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. :Đại học Y Hà Nội.
8. Ronga M, Longo UG, Maffulli N. Minimally Invasive Locked Plating of Distal Tibia Fractures is Safe and Effective. Clin Orthop. 2010;468(4):975-982. doi:10.1007/s11999-009-0991-7

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ Ở NAM GIỚI

Trần Thị Hà An<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Giáp<sup>2</sup>, Phan Thị Minh Ngọc<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn lo âu lan tỏa là một rối loạn đặc trưng bởi lo lắng quá mức, mạn tính, không thể

kiểm soát được, có tính chất lan tỏa, tàn mạn, không khu trú vào một sự kiện hoàn cảnh đặc biệt nào ở xung quanh hoặc có liên quan với những sự kiện đã qua không còn tính thời sự nữa. Rối loạn này thường liên quan tới stress trường diễn, tiến triển thay đổi nhưng có xu hướng mạn tính. Rối loạn lo âu lan tỏa gặp ở nam giới ít hơn nhưng thường được phát hiện muộn hơn và gây hậu quả nặng nề hơn ở nữ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu lan tỏa ở người bệnh nam điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hà An

Email: antranthiha@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024