

trình thực hiện, việc áp dụng rộng rãi chỉ số sigma để đánh giá hiệu quả cải tiến kiểm soát chất lượng của nhiều thông số xét nghiệm hơn là khả thi và cần thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định 2429/QĐ-BYT** ngày 12/6/2017 của Bộ Y tế về việc ban hành tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học.
2. **Westgards** (2016). Basic QC Practice – Training in Statistical Quality Control for Medical Laboratory. Fourth edition. ISBN 1-886958-30-0 ISBN-13 978-1-886958-30-2
3. **Guo X et al** (2018). Sigma metric for assessing

the analytical quality for clinical chemistry assays: a comparison of two approaches: Electronic supplementary material available online for this article. Biochem Med (Zagreb). 15;28(2):020708. doi: 10.11613/BM.2018.020708.

4. <https://www.100pceffective.com/wp-content/uploads/6-Sigma-Conversion-Table.pdf>
5. **CLIA Proposed Acceptance Limits for Proficiency Testing**. 2024 <https://www.westgard.com/clia-a-quality/quality-requirements/1002-2024-clia-requirements.html>
6. **Westgard JO**. Statistical quality control procedures. Clin Lab Med. 2013 Mar; 33(1):111-24. doi: 10.1016/j.cll.2012.10.004.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẤY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Tạ Trần Tùng¹, Dương Đình Toàn^{2,3}, Hoàng Hải Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy thân xương đùi ở trẻ em chiếm khoảng 1,6% tổng số gãy xương ở trẻ em, đây là loại gãy xương phổ biến nhất ở trẻ em cần phải nhập viện, có thời gian nằm viện và bất động kéo dài, gây ra gánh nặng đáng kể cho hệ thống chăm sóc sức khỏe cũng như người chăm sóc. Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc chính vào các yếu tố như tuổi bệnh nhân, cân nặng, kiểu gãy xương và các tổn thương khác kèm theo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng trên 74 người bệnh là trẻ em dưới 12 tuổi được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi, được điều trị bảo tồn bằng phương pháp nắn chỉnh, bó bột tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 1/2018 – 12/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $3,45 \pm 2,51$ (6 ngày tuổi – 10,7 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất là 2 – 5 tuổi chiếm 52,7%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,64/1. Thời gian theo dõi trung bình là $3,42 \pm 1,01$ năm. Nguyên nhân chấn thương phổ biến là tai nạn sinh hoạt (66,2%). Vị trí gãy xương phổ biến nhất là gãy 1/3 giữa (55,4%), kiểu gãy phổ biến nhất là gãy chéo xoắn (56,8%). Kết quả liền xương theo Flynn: liền xương tốt 95,8%, can lệch 4,2%. Tỷ lệ biến chứng chung là 16,8%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn gãy kín thân xương đùi trẻ em là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít biến chứng cho nhóm trẻ em ≤ 10 tuổi. **Từ khóa:** Gãy kín thân xương đùi trẻ em, bó bột chậu lưng chân.

SUMMARY

OUTCOMES OF CONSERVATIVE

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Trần Tùng

Email: tatrantung@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 13.3.2024

TREATMENT OF CLOSED FEMORAL SHAFT FRACTURE IN PAEDIATRIC AT NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Background: Femoral shaft fractures in children account for about 1.6% of all fractures in children. This is the most common type of fractures in children requiring hospitalization, prolonged hospital stay and immobility, causing the significant burden on the health care system as well as caregivers. The choices of treatment method depend mainly on factors such as the patient's age, weight, type of fractures and other associated injuries. **Methods:** Retrospective, cross-sectional, uncontrolled study on 74 children under 12 years old who were diagnosed with closed femoral shaft fractures and were treated conservatively with reduction and casting at the National Children's Hospital during the period from January 2018 to December 2021. **Results:** The average age is 3.45 ± 2.51 (6 days old - 10.7 years old), the most common age group is 2 - 5 years old, accounting for 52.7%. The male/female ratio is 1.64/1. The mean follow-up time was 3.42 ± 1.01 years. The most common cause of injury is daily life accidents (66.2%). The most common fracture location is middle third fracture (55.4%), the most common fracture type is oblique, spiral fractures (56.8%). Bone healing outcomes according to Flynn: 95.8% good bone healing, 4.2% malunion. The overall complication rate was 16.8%. **Conclusion:** Conservative treatment of closed femoral shaft fractures in children is the safe, effective method with few complications for children ≤ 10 years old. **Keywords:** pediatric closed femoral shaft fracture, spica cast.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương đùi ở trẻ em chiếm khoảng 1,6% tổng số gãy xương ở trẻ em, xảy ra phổ biến hơn ở trẻ em trai (2,6:1), hay gặp ở độ tuổi mới biết đi (thường do ngã đơn giản) và ở đầu tuổi vị thành niên (thường do chấn thương năng

lượng cao). Đây là loại gãy xương phổ biến nhất ở trẻ em cần phải nhập viện, có thời gian nằm viện và bất động kéo dài, gây ra gánh nặng đáng kể cho hệ thống chăm sóc sức khỏe cũng như người chăm sóc. Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc chính vào các yếu tố như tuổi bệnh nhân, cân nặng, kiểu gãy xương và các tổn thương khác kèm theo. Gãy kín thân xương đùi ở trẻ dưới 6 tuổi phần lớn được điều trị bảo tồn do khả năng liền xương nhanh và tự chỉnh sửa mạnh mẽ ở nhóm tuổi này, điều trị gãy xương đùi ở nhóm tuổi 6 – 16 còn gây tranh cãi do có nhiều lựa chọn có sẵn và không có sự đồng thuận rõ ràng về phương pháp điều trị ưu việt. Để có thêm đánh giá về kết quả và nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy kín thân xương đùi trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồi cứu 74 người bệnh là trẻ em được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi và được điều trị bảo tồn bằng phương pháp kéo nắn, bó bột tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 1/2018 – 12/2021. Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, có thể liên lạc, cha mẹ/người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng

2.3. Tiêu chí đánh giá

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, vị trí và hình thái gãy xương

- Đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn của Beaty và Kasser tại thời điểm sau bó bột

Bảng 1: Mức độ biến dạng góc xương đùi có thể chấp nhận được theo Beaty và Kasser

Tuổi	Vẹo trong/vẹo ngoài (độ)	Ra trước/Ra sau (độ)	Chồng ngắn (mm)
0-2	30	30	15
2-5	15	20	20
6 - 10	10	15	15
11 - Vị thành niên	5	10	10

- Đánh giá kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của Flynn:

+ Liền xương tốt: Hình ảnh liền xương trên X quang đáp ứng các tiêu chuẩn của Beaty và Kasser và biến dạng xoay $\leq 10^\circ$.

+ Can lệch (malunion): nếu có ít nhất 1 thông số về biến dạng gấp góc xương đùi hoặc ngắn chi vượt quá tiêu chuẩn của Beaty và Kasser hoặc biến dạng xoay $> 10^\circ$.

- Đánh giá biến chứng chung của phương pháp điều trị theo Mansour, bao gồm các biến chứng chính và biến chứng phụ:

+ Biến chứng chính: di lệch ổ gãy phải nắn chỉnh bó bột lại, chèn ép bột, biến chứng khi gây mê, vô cảm, can lệch xương.

+ Biến chứng phụ: viêm da tiếp xúc, loét trotr da, gãy bột phải bó lại.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương. Giữ bí mật thông tin của người bệnh, tôn trọng, thông cảm, chia sẻ với người bệnh và gia đình người bệnh. Kết quả nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân (n)	74 (46 nam, 28 nữ)
Tỷ lệ Nam : nữ	1,64 : 1
Tuổi trung bình (năm)	3,45 \pm 2,51
Thời gian nằm viện TB (ngày)	1,58 \pm 1,76
Thời gian theo dõi TB (năm)	3,42 \pm 1,01
Thời gian mang nẹp/bột TB (tuần)	5,2 \pm 1,1
Nguyên nhân chấn thương (n)	
Tai nạn sinh hoạt	49 (66,2%)
Tai nạn giao thông	22 (29,7%)
Khác	3 (4,1%)
Vị trí gãy xương (n)	
1/3 trên	20 (27,0 %)
1/3 giữa	41 (55,4%)
1/3 dưới	13 (17,6%)
Hình thái gãy xương (n)	
Gãy ngang	26 (35,1%)
Gãy chéo, xoắn	42 (56,8%)
Gãy phình vỏ	6 (8,1%)
TB: trung bình, n: số lượng	

Tỷ lệ gãy kín thân xương đùi ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, độ tuổi từ 2 – 5 tuổi có tỷ lệ gãy kín thân xương đùi cao nhất (52,7%). Độ tuổi trung bình của trẻ là 3,45 \pm 2,51 tuổi (6 ngày tuổi - 10,7 tuổi). Nguyên nhân chấn thương do tai nạn sinh hoạt cao nhất (66,2%) tập trung ở nhóm trẻ có độ tuổi từ 2 – 5 tuổi (57,1%), không ghi nhận trường hợp nào gãy kín thân xương đùi do bạo hành.

3.2. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy

Bảng 3: Kết quả nắn chỉnh theo tiêu chuẩn của Beaty và Kasser

Nhóm tuổi	Sau bó lần 1 (n=74)	Sau bó lần 2 (n=7)
< 2 tuổi		
Đạt tiêu chuẩn	17/18	1/1
Không đạt	1/18	0/1
2 – 5 tuổi		
Đạt tiêu chuẩn	36/39	3/3
Không đạt	3/39	0/3
6 – 10 tuổi		
Đạt tiêu chuẩn	13/16	0/3
Không đạt	3/16	3/3
≥ 11 tuổi		
Đạt tiêu chuẩn	1/1	0
Không đạt	0/1	0
Tổng		
Đạt tiêu chuẩn	67/74 (90,5%)	4/7
Không đạt	7/74	3/7 (4,1%)

Kết quả nắn chỉnh, bó bột sau lần 1 đạt yêu cầu là 67/74 trường hợp (90,5%) . Có 7 trường hợp kết quả không chấp nhận được phải nắn chỉnh bó bột lần 2. Sau bó bột lần 2, 4/7 trường hợp đạt mức chấp nhận được và 3 trẻ (4,1%) còn di lệch ổ gãy không chấp nhận được phải chuyển mổ.

3.3. Kết quả liên xương theo Flynn

Bảng 4: Đánh giá kết quả liên xương theo Flynn (n=71)

Nhóm tuổi	Kết quả	
	Liên xương tốt	Can lệch
< 2 tuổi	18	0
2 – 5 tuổi	38	1
6 – 10 tuổi	14	2
≥ 11 tuổi	1	0
Tổng n(%)	68 (95,8%)	3 (4,2%)

Tỷ lệ liên xương tốt chiếm đa số 95,8%, tỷ lệ can lệch chiếm 4,2%

3.4. Chênh lệch chiều dài chi tại thời điểm khám lại. Tỷ lệ chênh lệch chiều dài chi ($\leq 1\text{cm}$) chiếm 9,9%. Không có chênh lệch chiều dài giữa 2 chân chiếm đa số (90,1%).

3.5. Tình trạng đau ổ gãy, teo cơ, hạn chế vận động khớp. Kết quả nghiên cứu cho thấy tại thời điểm khám lại không có trường hợp nào đau ổ gãy, teo cơ hoặc hạn chế vận động các khớp chi dưới.

3.6. Biến chứng của phương pháp điều trị

Bảng 5: Tỷ lệ biến chứng theo Mansour

Biến chứng	n	%
Nắn chỉnh, bó bột lại	7/71	9,8
Biến chứng khi vô cảm	0	0
Chèn ép bột	0	0,0
Can lệch	3/71	4,2
Viêm da tiếp xúc	2/71	2,8

Loét, trợt da	1	1,4
Gãy bột phải bó lại	0	0,0
Chung	13/71	18,2

Biến chứng chung của phương pháp điều trị đối với nhóm người bệnh nghiên cứu là 18,2%.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân chấn thương phổ biến nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là tai nạn sinh hoạt (49/74 trẻ, 66,2%), chủ yếu do té ngã và tập trung ở nhóm trẻ từ 2 – 5 tuổi, đứng thứ 2 là nguyên nhân do tai nạn giao thông (29,7%), các nguyên nhân khác chiếm 4,1% và không gặp trường hợp nào gãy xương do bạo hành. Cơ chế chấn thương trong gãy xương đùi ở trẻ em phần lớn liên quan theo độ tuổi. Theo thống kê, chấn thương không do tai nạn, nguyên nhân hàng đầu gây gãy xương đùi trước tuổi biết đi, chiếm 70% đến 80% số ca gãy xương ở nhóm tuổi này. Ở nhóm tuổi thanh thiếu niên (12–17 tuổi), tai nạn xe cơ giới tốc độ cao thường là cơ chế chấn thương và chiếm tới 90% các trường hợp gãy xương đùi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả nắn chỉnh ổ gãy sau bó bột đa số đạt tiêu chuẩn chấp nhận được theo Beaty và Kasser (90,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mansour (2010) là 93,7%, Flynn (2011) là 93,3% và Casinelli (2005) là 91,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ can xương tốt chiếm 95,8%, tỷ lệ can lệch là 4,2% thấp hơn tỷ lệ can lệch trong nghiên cứu của Flynn (2011) là 4,4%, của Epps (2006) là 6,67%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ủng hộ kết luận của các nghiên cứu trước đây, cho thấy rằng phương pháp điều trị bảo tồn cho gãy kín thân xương đùi ở trẻ dưới 10 tuổi là an toàn, tỷ lệ liên xương cao và tỷ lệ biến chứng thấp. Do không có đủ số lượng trẻ em trong độ tuổi ≥ 11 tuổi (n=1) vì vậy chúng tôi không thể đưa ra bất kỳ kết luận nào cho nhóm tuổi này.

Nhìn chung tỷ lệ biến chứng liên quan đến phương pháp điều trị bảo tồn đã được báo cáo nằm trong khoảng từ 5% đến 32%. Các biến chứng trong nghiên cứu này bao gồm các trường hợp phải nắn chỉnh bó bột lại do di lệch thứ phát hoặc các biến dạng của ổ gãy chưa đạt yêu cầu sau lần nắn chỉnh đầu tiên, các trường hợp can lệch xương và các trường hợp viêm da tiếp xúc và loét da do tỳ đè.

Việc chống ngán xương ở mức không được chấp nhận vẫn là một vấn đề có thể gặp với việc điều trị bằng phương pháp bó bột chậu lưng chân. Trong số các yếu tố nguy cơ đã được xem

xét, yếu tố chông ngăn xương ban đầu được cho là có ảnh hưởng đến kết quả liền xương sau cùng trên X quang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số sau điều trị bảo tồn, hầu hết người bệnh không thay đổi chiều dài chi, chỉ có 7 trẻ (9,9%) có tình trạng ngắn chi $\leq 1\text{cm}$, nhưng không có triệu chứng lâm sàng và cơ năng của chi rất tốt, chân bên gãy có thể ngắn hơn do chông ngăn tại vị trí gãy xương hoặc dài hơn do sự phát triển quá mức của xương đùi trong quá trình liền xương. Sự phát triển quá mức của xương đùi xảy ra do sự kích thích tăng trưởng thường thấy ở trẻ em từ 2 -10 tuổi. Gia tăng tốc độ tăng trưởng thường trong 18 tháng đầu sau khi gãy xương và có thể tiếp tục trong 5 năm sau chấn thương.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn gãy kín thân xương đùi trẻ em là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít biến chứng cho nhóm trẻ em ≤ 10 tuổi. Đây là phương pháp hiện nay vẫn được áp dụng ở phần lớn các trường hợp và cho kết quả liền xương cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Flynn J.M., Skaggs D. Femoral shaft fractures. Rockwood & Wilkins' Fractures in Children. Wolters Kluwer, Philadelphia. 2020;1458-1526.
2. Flynn, John M et al. "The treatment of low-energy femoral shaft fractures: a prospective study comparing the "walking spica" with the traditional spica cast." The Journal of bone and joint surgery. American volume vol. 93,23. 2011;2196-202.
3. Mansour, Alfred A 3rd et al. "Immediate spica casting of pediatric femoral fractures in the operating room versus the emergency department: comparison of reduction, complications, and hospital charges." Journal of pediatric orthopedics. 2010;30(8):813-817.
4. Rakesh John et al. Current Concepts in Paediatric Femoral Shaft Fractures. The Open Orthopaedics Journal. 2016;11:353-368.
5. Jeffray Shilt, Ying Li. Fractures of The Femoral Shaft. Green's Skeletal Trauma in Children, 5th edition, Elsevier Saund. 2015;14:365 – 387.
6. Nguyễn Đức Phúc. Gãy xương trẻ em. Chấn Thương Chính Hình. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2010;57-67.
7. Kenneth A E, Kenneth J K, Joseph Zuckerman. Pediatric Femoral Shaft Fractures. In: Handbook of Fracture, 6th edition, Wolters Kluwer. 2020;644- 650.
8. Ezequiel H et al. "Spica cast application in the emergency room for select pediatric femur fractures." Journal of orthopaedic trauma. (2005);19(10):709-16.
9. Anthony I. Riccio, Philip L. Wilson, Robert Lane Wimberly. Lower Extremity Injuries. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children. 5th edition. Sauder, Elsevier. 2015;34:1398 – 1414.

KẾT QUẢ QUẢN LÝ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN SẢN – NHI KIÊN GIANG VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Huỳnh Xuân Nghiêm¹, Nguyễn Văn Tập¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Sản giật là một trong những biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng của sản phụ. Cần thực hiện tốt công tác quản lý TSG-SG để tránh các biến chứng nguy hiểm xảy ra cho sản phụ. **Mục tiêu:** Đánh giá công tác quản lý bệnh lý tiền sản giật – sản giật tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Kiên Giang năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả khảo sát và hồi cứu trên HSBA trên 117 sản phụ và phỏng vấn sâu 4 NVYT và 1 thảo luận nhóm PNM. **Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ TSG chiếm tỷ lệ 2,5%. Công tác quản lý TSG tại bệnh viện đạt mức "TỐT". Tuy nhiên, công tác quản lý hồ sơ bệnh án đạt mức "CHƯA TỐT". Một số yếu tố ảnh

hưởng đến công tác quản lý TSG tại bệnh viện là yếu tố về chính sách, quy định, yếu tố nhân sự, yếu tố cơ sở vật chất, yếu tố kinh phí và định hướng của lãnh đạo. **Kết luận:** Tại bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Kiên Giang, công tác quản lý TSG tại bệnh viện đạt hiệu quả, sản phụ được quản lý, điều trị, tư vấn tốt.

Từ khóa: Quản lý, Sản giật, Tiền sản giật.

SUMMARY

RESULTS IN PRE-ECLAMPSIA AND ECLAMPSIA MANAGEMENT AT THE OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL OF KIEN GIANG PROVINCE AND RELATED FACTORS

Background: Eclampsia is a critical complication that poses a direct threat to the life of pregnant women. Implementing effective management strategies for hypertensive disorders in pregnancy is essential to mitigate the risk of eclampsia and other serious adverse outcomes. **Objectives:** Evaluation of Pre-eclampsia and Eclampsia Management at the Obstetrics and Pediatrics Hospital of Kien Giang

¹Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Xuân Nghiêm

Email: nghiensk@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024