

# ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ THỰC TRẠNG ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU - BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Phương<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn của bệnh nhân ung thư bị nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K từ tháng 3/2022 đến tháng 11/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 52,13 ± 18,34, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,1, tỉ lệ nhiễm trùng bệnh viện là 68,7%. Vi khuẩn xâm nhập qua đường vào tiêu hóa, gan mật chiếm 31,3%. Sốt (>38,5°C) 84,4%; nhịp tim nhanh (> 90 lần/phút) 78,1%; tụt huyết áp 34,4%; Bạch cầu tăng (> 12G/l) 62,5%; hạ bạch cầu (<4 G/l) 25%; thiếu máu 93,7%, giảm tiểu cầu 53,1%, suy thận 34,4%. Vi khuẩn thường gặp nhất là E.Coli 34,4% và K.pneumoniae 18,8%. E.Coli còn nhạy với nhóm carbapenem 81,8 – 90,9%, 50% K.pneumoniae phân lập được kháng carbapenem. **Kết luận:** Đường vào vi khuẩn chủ yếu là tiêu hóa, gan mật, phần lớn là nhiễm khuẩn bệnh viện. E.Coli và K.pneumonia là 2 vi khuẩn thường gặp nhất, còn nhạy với nhóm carbapenem.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF BACTERIA CAUSES BLOOD INFECTION AND CURRENT SITUATION OF ANTIBIOTICS RESISTANCE IN CANCER PATIENTS AT THE EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT – K HOSPITAL

**Objective:** To study the clinical and paraclinical characteristics and bacterial etiology of cancer patients with sepsis. **Research subjects and methods:** Cross-sectional study on 32 patients diagnosed with sepsis at the Emergency and Intensive Care Department - K Hospital from March 2022 to November 2022. **Results:** The average age was 52.13 ± 18.34, the male/female ratio was 1/1.1, the hospital infection rate was 68.7%. Bacteria enter through the digestive tract, liver and bile account for 31.3%. Fever (>38.5°C) 84.4%; tachycardia (> 90 beats/minute) 78.1%; hypotension 34.4%; Increased white blood cells (> 12G/l) 62.5%; leukopenia (<4 G/l) 25%; anemia 93.7%, thrombocytopenia 53.1%, kidney failure 34.4%. The most common bacteria are E.Coli 34.4% and K.pneumoniae 18.8%. E.Coli is also

sensitive to the carbapenem group at 81.8 - 90.9%, 50% of K.pneumoniae isolates are resistant to carbapenems. **Conclusion:** The main entry route for bacteria is the digestive tract, hepatobiliary system, and mostly hospital infections. E.Coli and K.pneumonia are the two most common bacteria, which are also sensitive to the carbapenem group.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một bệnh nhiễm khuẩn toàn thân nặng gặp ở mọi quốc gia trên thế giới, đặc biệt ở các nước nhiệt đới, trong đó có Việt Nam. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trong năm 2017, ước tính có 49 triệu ca NKH và 11 triệu trường hợp tử vong liên quan đến NKH trên toàn thế giới, con số này chiếm tới 20% tử vong do tất cả các nguyên nhân[1]. Tại Việt Nam, NKH đứng hàng thứ 4 trong số các loại nhiễm khuẩn bệnh viện, chỉ sau nhiễm khuẩn phổi, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu[2]. Đặc điểm lâm sàng của NKH rất đa dạng và phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó căn nguyên gây bệnh đóng vai trò quan trọng hàng đầu. Hơn nữa, hầu hết các loại vi khuẩn đều có thể là tác nhân gây nên NKH như các vi khuẩn Gram âm: E.Coli, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter Baumannii...; vi khuẩn Gram dương: S. aureus, Streptococcus...; vi khuẩn kỵ khí: B. fragilis, C. perfringens... Mỗi loại vi khuẩn lại gây ra một bệnh cảnh lâm sàng khác nhau. Nhiều nghiên cứu gần đây của các tác giả trong và ngoài nước đã cho thấy tỷ lệ VK gây bệnh đề kháng kháng sinh (KS) ngày càng cao và có tính chất đa đề kháng, gây ra không ít khó khăn trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn, trong đó có NKH. Bệnh nhân ung thư là đối tượng bệnh nhân có hệ miễn dịch suy giảm, có tình trạng hạ bạch cầu hạt do tác dụng của hóa trị, thực hiện nhiều thủ thuật, phẫu thuật can thiệp. Nhiễm khuẩn trên bệnh nhân ung thư đặc biệt là NKH là vấn đề rất cần được lưu tâm, đánh giá nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và thực trạng đề kháng kháng sinh trên bệnh nhân ung thư tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K" nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây NKH trên đối tượng

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thu Phương

Email: phuonggutit@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K từ tháng 3/2022 đến 11/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện sau:

+ Bệnh nhân ung thư, được chẩn đoán NKH, thời gian điều trị trong thời gian nghiên cứu.

+ Có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: NKH do vi sinh vật gây bệnh:

Người bệnh có kết quả cấy máu dương tính với  $\geq 1$  tác nhân gây bệnh.

Tiêu chuẩn 2: NKH do vi sinh vật sinh dưỡng:

• Người bệnh > 12 tháng tuổi: có  $\geq 2$  lần cấy máu dương tính với cùng loại vi sinh vật sinh dưỡng VÀ có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau:

❖ Sốt > 38°C

❖ Hạ huyết áp (HA tâm thu < 90 mmHg)

• Người bệnh  $\leq 12$  tháng tuổi: có  $\geq 2$  lần cấy máu dương tính với cùng loại vi sinh vật sinh dưỡng VÀ có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau:

❖ Sốt > 38°C

❖ Hạ thân nhiệt < 36°C

❖ Hạ huyết áp

❖ Ngừng thở

❖ Nhịp tim chậm

• Vi sinh vật sinh dưỡng

Actinomyces species; Aerococcus species; Bacillus species, không phải B.anthraxis; Corynebacterium species, không phải C.diphtheriae; Diphtherioids species; Micrococcus species; Pediococcus urinaeequi; Peptococcus saccharolyticus; Propionibacterium species; Streptococcus salivarius; Staphylococcus species, không phải S.aureus; Streptococcus sanguis; Streptococcus constellatus; Streptococcus anginosus; Streptococcus viridians; Streptococcus milleri; Streptococcus mitis; Streptococcus mutans; Streptococcus aralis.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân cấy máu ra nấm.

+ Bệnh nhân không đầy đủ thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $52,13 \pm 18,34$  tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân lứa tuổi trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 50%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Đỗ Đức Dũng, Trần Văn Sĩ[4][5]. Điều này phù hợp

với đặc điểm của bệnh nhân ung thư nói chung là những bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên. Tuổi cao là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý mạn tính khác nhau như ung thư, tim mạch, đái tháo đường... đồng thời với hệ miễn dịch suy yếu, suy dinh dưỡng làm bệnh nhân dễ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện, đặc biệt là NKH. Trong số các bệnh nhân NKH có 53,1% bệnh nhân nữ, 46,9% bệnh nhân nam. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Văn Sĩ trên 108 bệnh nhân NKH tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang (tỉ lệ nữ/nam = 1/0,93)[5].

### Bảng 1. Ổ nhiễm khuẩn ban đầu

Đường vào	Số lượng (n=32)	Tỷ lệ (%)
Da, niêm mạc	2	6,3
Hô hấp	4	12,5
Tiêu hóa, gan mật	10	31,3
Tiết niệu	6	18,8
Không rõ đường vào	10	31,3

Đường vào vi khuẩn hay gặp nhất là đường tiêu hoá, gan mật 31,3%, sau đó là đường tiết niệu 18,8%. Có tới 31,3% trường hợp không rõ đường vào. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Đỗ Đức Dũng với đường vào tiêu hoá 24,8%; không rõ đường vào 37,6%[4].

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng.

Tất cả bệnh nhân tại thời điểm cấy máu đều có sốt (100%), chủ yếu là sốt cao trên 38,5°C chiếm 84,4%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Đức Dũng với sốt chiếm tỉ lệ 100%, trong đó 78,2% bệnh nhân sốt cao trên 38°C[4]; nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Triển trên bệnh nhân NKH do Escherichia Coli và Klebsiella pneumoniae cũng thấy sốt > 38°C chiếm lần lượt 99,3% và 98,3%[8]. Sốt, đặc biệt là sốt cao rét run thường là dấu hiệu đầu tiên để chúng ta nghĩ tới bệnh nhân có NKH.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có nhịp tim nhanh > 90 chu kỳ/phút 78,1% và thở nhanh > 20 lần/phút 65,6% tại thời điểm cấy máu. Tại thời điểm cấy máu tất cả bệnh nhân đều có sốt, là một yếu tố làm tăng mạch và nhịp thở của bệnh nhân.

Chỉ số huyết áp tâm thu trên bình thường của chúng tôi hầu hết trong giới hạn bình thường 90 – 140 mmHg chiếm 56,3%, có 34,4% bệnh nhân có tụt huyết áp. Theo nghiên cứu của Trần Văn Sĩ cũng thấy rằng có 59,26% bệnh nhân có huyết áp tâm thu bình thường, 25% bệnh nhân có tụt huyết áp[5].

Chỉ số bạch cầu tăng trên 12 G/L 62,5%, giá

trị trung bình 15,1±11,8 G/L. Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh nhân nhiễm khuẩn nói chung với tăng chỉ số bạch cầu, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Kết quả trên tương tự nghiên cứu của Lê Bảo Huy nhận thấy chủ yếu gặp tăng bạch cầu, trung bình 15,1±10,7 G/L[6]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 25% bệnh nhân có tình trạng hạ bạch cầu < 4 G/L, thấp nhất có 1 bệnh nhân có chỉ số bạch cầu 0,0 G/L. Đây là đặc trưng ở bệnh nhân ung thư, đặc biệt ung thư hệ tạo máu, bệnh nhân hạ bạch cầu do tác dụng phụ của hoá chất, làm gia tăng nguy cơ mắc nhiễm khuẩn nói chung và NKH, gia tăng tỉ lệ tử vong.

Thiếu máu gặp ở 93,7% bệnh nhân, hạ tiểu cầu gặp ở 53,1% bệnh nhân. Điều này được giải thích do đặc điểm của bệnh nhân ung thư, thường trong tình trạng suy kiệt nặng do suy dinh dưỡng kéo dài, ức chế tuỷ xương do khối u di căn hoặc do tác dụng của hoá xạ trị.

Suy thận cấp gặp ở 34,4% bệnh nhân. Suy thận cấp làm gia tăng chi phí điều trị, ngày nằm viện và tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân.

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n=32)	Tỷ lệ (%)
Không sốt		0	0
Sốt 37,5°C – 38,5°C		5	15,6
Sốt > 38,5°C		27	84,4
Nhịp tim ≤ 90 lần/phút		7	21,9
Nhịp tim > 90 lần/phút		25	78,1
HATT < 90mmHg		11	34,4
HATT 90 – 140mmHg		18	56,3
HATT > 140mmHg		3	9,4
Bạch cầu	< 4 G/l	8	25
	4 – 12 G/l	4	12,5
	> 12 G/l	20	62,5
	Trung bình	15,1 ± 11,8	
Hemoglobin	Hgb ≥ 120 g/l	2	6,3
	Hgb < 120 g/l	30	93,7
Tiểu cầu	≥ 150.000	15	46,9
	< 150.000	17	53,1
Chức năng thận	Creatinin bình thường	21	65,6
	Creatinin tăng	11	34,4

**3.3. Đặc điểm vi khuẩn gây bệnh.** Nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm tỉ lệ cao 81,2%. Trong đó Escherichia Coli và Klebsiella pneumoniae là 2

vi khuẩn thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt 34,4% và 18,8%. Kết quả trên tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả tại Việt Nam. Tại Bệnh viện Bạch Mai, năm 2008, Đoàn Mai Phương và cộng sự đã phân lập các tác nhân gây NKH cho thấy tỷ lệ dương tính là 8,1%, trong đó, vi khuẩn Gram âm 71,9%, vi khuẩn Gram dương 23,4%, nấm 4,7%[9]. Nghiên cứu của Đỗ Đức Dũng tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai cho thấy 63% là vi khuẩn Gram âm, trong đó Acinetobacter Baumannii chiếm 19,4%, Klebsiella pneumoniae 17%, Escherichia Coli 15,2%[4]. Sự khác biệt này là do bệnh nhân của chúng tôi có đường vào chủ yếu là từ hệ tiêu hoá, gan mật và hệ tiết niệu, trong khi bệnh nhân trong nghiên cứu trên chủ yếu đường vào từ hệ hô hấp, A.Baumannii lại được chứng minh gây ra tình trạng nhiễm trùng thở máy khá cao.

Hai vi khuẩn Gram âm phổ biến nhất là E.Coli và K.pneumoniae có tỉ lệ đa kháng kháng sinh lần lượt là 81,8% và 50%. E.Coli được coi là một trong những nguyên nhân phổ biến gây nhiễm trùng bệnh viện và cộng đồng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tình trạng đề kháng kháng sinh với fluoroquinolone, cephalosporin và còn tương đối nhạy với kháng sinh nhóm carbapenem 90,9%, amikacin 81,8%, fosfomycin 90,9%.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Triển tại bệnh viện Huyết học Truyền máu Trung Ương, thấy rằng độ nhạy cảm của E.Coli với nhóm carbapenem còn giữ được tương đối cao gần 90%, nhạy cảm với amikacin 95%, nhạy cảm với nhóm cephalosporin thế hệ 3, 4 và ciprofloxacin chỉ khoảng 25%[8].

Đối với K.pneumoniae, trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ nhạy cảm với nhóm carbapenem chỉ khoảng 50%. Đặc biệt phân lập được 2 chủng Klebsiella pneumoniae kháng lại toàn bộ các kháng sinh được làm kháng sinh đồ. Điều này tương tự với nghiên cứu của Trần Nhật Minh tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỉ lệ nhạy cảm của K.pneumoniae chỉ còn dưới 30% với nhiều nhóm kháng sinh, kể cả kháng sinh nhóm carbapenem[10]. Amikacin còn giữ được độ nhạy cảm tương đối cao trên 50%, tương tự nghiên cứu của chúng tôi là 66,7%.

**Bảng 3. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn E.Coli**

Kháng sinh	Số chủng (n=11)	Nhạy		Trung gian		Kháng	
		Số chủng (n=11)	Tỉ lệ (%)	Số chủng (n=11)	Tỉ lệ (%)	Số chủng (n=11)	Tỉ lệ (%)
AMP	11	2	18,2	1	9,1	8	72,7
AMC	11	5	45,4	1	9,1	5	45,4

TZP	11	6	54,5	0	0	5	45,4
CTX	11	5	45,4	0	0	6	54,5
CTZ	11	5	45,4	0	0	6	54,5
CPM	11	7	63,6	0	0	4	36,4
ETP	11	9	81,8	1	9,1	1	9,1
IMP	11	10	90,9	0	0	1	9,1
MEM	11	10	90,9	0	0	1	9,1
AK	11	9	81,8	0	0	2	18,2
GEN	11	4	36,4	0	0	7	63,6
CIP	11	5	45,5	1	9,1	5	45,4
NOR	11	6	54,5	1	9,1	4	36,4
FOS	11	10	90,9	0	0	1	9,1
NI	11	6	54,5	1	9,1	4	36,4
COT	11	1	9,1	0	0	10	90,9

AMP: Ampicillin; AMC: Amoxicillin/ Clavulanic; TZP: Piperacillin/Tazobactam; CTX: Cefotaxim; CTZ: Ceftazidim; CPM: Cefepim; ETP: Ertapenem; IMP: Imipenem; MEM: Meropenem; AK: Amikacin; GEN: Gentamicin; CIP: Ciprofloxacin; NOR: Norfloxacin; FOS: Fosfomycin; NI: Nitrofurantoin; COT: Cotrimoxazol.

**Nhận xét:** E.Coli còn nhạy cao với kháng sinh nhóm Carbapenem 81,8 – 90,9%.

**Bảng 4. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn K.pneumoniae**

Kháng sinh	Số chủng (n=6)	Nhạy		Trung gian		Kháng	
		Số chủng (n=6)	Tỉ lệ (%)	Số chủng (n=6)	Tỉ lệ (%)	Số chủng (n=6)	Tỉ lệ (%)
AMP	6	0	0	0	0	6	100
AMC	6	3	50	0	0	3	50
TZP	6	3	50	0	0	3	50
CTX	6	3	50	0	0	3	50
CTZ	6	3	50	0	0	3	50
CPM	6	3	50	0	0	3	50
ETP	6	3	50	0	0	3	50
IMP	6	3	50	0	0	3	50
MEM	6	3	50	0	0	3	50
AK	6	4	66,7	0	0	2	33,3
GEN	6	3	50	0	0	3	50
CIP	6	3	50	0	0	3	50
NOR	6	3	50	0	0	3	50
FOS	6	4	66,7	0	0	3	50
NI	6	1	16,7	2	33,3	3	50
COT	6	3	50	0	0	3	50

**Nhận xét:** Có 50% chủng K.pneumonia phân lập được kháng với carbapenem.

**IV. KẾT LUẬN**

**- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:**

+ Bệnh nhân chủ yếu > 60 tuổi, tỉ lệ nam, nữ không có sự khác biệt. Nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỉ lệ chủ yếu 68,7%.

+ Đường vào vi khuẩn chủ yếu là tiêu hóa, gan mật chiếm 31,3%

+ Sốt là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất (100%), đa phần là sốt cao > 38,5°C (84,4%). Nhịp tim nhanh > 90 chu kì/phút, thở nhanh > 20 lần/phút gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

+ Hầu hết bệnh nhân có chỉ số bạch cầu tăng cao > 12 G/L (62,5%). Thiếu máu và hạ tiểu cầu hay gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết. Có 34,4% bệnh nhân có rối loạn chức năng thận.

**- Căn nguyên vi khuẩn và mức độ đề kháng kháng sinh:**

+ Vi khuẩn Gram âm là căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất (81,2%). Trong đó 2 vi khuẩn hay gặp nhất là E.Coli (34,4%) và K.pneumoniae (18,8%).

+ 81,8% các chủng E.Coli phân lập được là đa kháng, còn nhạy cảm với nhóm carbapenem (90,9%), amikacin (81,8%) và fosfomycin (90,9%).

+ 50% các chủng K.pneumoniae phân lập được là đa kháng, chỉ còn nhạy cảm với nhóm carbapenem 50%, còn nhạy cảm với amikacin 66,7%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2020). Global report on epidemiology and burden of sepsis, World Health Organization, 2020.
2. Nguyễn Thanh Bảo, Cao Minh Nga và các cộng sự (2011). Chọn lựa kháng sinh ban đầu trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại một số bệnh viện TP.HCM, Y học TP.HCM – HNKHKT – ĐHYD TP.HCM lần thứ 29, 206 – 214, 2012.
3. Đỗ Đức Dũng (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn

huyết tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Trần Văn Sĩ, Đỗ Hữu Trí, Nguyễn Văn Thành (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang, Y học thực hành (815) – Số 4/2012, 50-56.
5. Lê Bảo Huy, Trần Thanh Minh, Võ Hoàng Anh (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Thống nhất TP. Hồ Chí Minh, Y học TP. Hồ Chí Minh, 23(3), 249-255.
6. Đinh Vạn Trung, Đặng Biên Cương (2015). Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Journal of 108 – Clinical Medicine and Pharmacy, Vol 10, 136.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG MẮT CÁ CHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phan Văn Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Duy Anh<sup>1</sup>,  
Vũ Trường Thịnh<sup>1,2</sup>, Đỗ Văn Minh<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy mắt cá chân tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu Hồi cứu 40 người bệnh được chẩn đoán gãy mắt cá chân điều trị bằng mổ KHX bên trong tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2019 đến hết tháng 06/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,25 ± 10,75 tuổi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ dưới 30 tuổi chiếm 40,0%; nguyên nhân chấn thương chủ yếu gặp là tai nạn giao thông chiếm 72,5%. Tổn thương thường gặp là gãy 2 mắt cá (52,5%) và gãy kiểu B theo phân loại Danis Weber (58,9%), có 75% bệnh nhân trật xương sên. Kết quả 95% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, điểm trung bình theo thang điểm AOFAS: 92,8 ± 6,5 điểm. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy mắt cá chân giúp nắn chỉnh được diện gãy về giải phẫu, phục hồi độ vững của khớp cổ chân nên giúp người bệnh vận động sớm hạn chế được các di chứng sau chấn thương.

**Từ khóa:** Gãy xương mắt cá chân

### SUMMARY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Hậu

Email: drpvhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024

### RESULTS OF SURGICAL JOINT BONE TREATMENT MALLEOLUS FRACTURE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Introduction:** Study to evaluate the results of combined bone surgery for ankle fracture treatment at Hanoi Medical University Hospital. **Method:** A retrospective study of 40 patients who were diagnosed with malleolus fractures underwent open reduction internal fixation surgery at the Department of Orthopedic Surgery and Sports Medicine from 01/2019 to 06/2021. **Result:** The average age of the study subjects was 40.25 ± 10.75 years old, and the most common age group was under 30 years old, accounting for 40.0%; The main cause of injury is traffic accidents, accounting for 72.5%. Common injuries are 2 ankle fractures (52.5%) and type B fractures according to Danis Weber classification (58.9%), with 75% of patients dislocating the talus. Results from 95% of patients achieved good and very good results, and the average score according to the AOFAS scale: 92.8 ± 6.5 points. **Conclusion:** Surgical treatment of ankle instability fractures helps to correct the anatomical fracture area, and restore stability of the ankle joint, so it helps the patient to move early to limit the sequelae after the injury.

**Keyword:** Malleolus fracture

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương mắt cá chân là một trong những cấp cứu chấn thương chỉnh hình chi dưới thường gặp nhất, chiếm khoảng 10,2% tổng số gãy xương, với những tổn thương thường gặp là: gãy mắt cá trong, gãy mắt cá ngoài, gãy mắt cá sau có thể đi kèm các tổn thương khác như toác