

ứng bền vững ở hầu hết bệnh nhân GISTs tiến triển/ di căn với tác dụng ngoại ý chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ducimetiere F, Lurkin A, Ranchere-Vince D, et al.** Incidence of sarcoma histotypes and molecular subtypes in a prospective epidemiological study with central pathology review and molecular testing. *PLoS One*. 2011; 6(8): e20294. doi:10.1371/journal.pone.0020294
2. **Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, et al.** Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science*. Jan 23 1998; 279 (5350):577-80. doi:10.1126/science.279. 5350.577
3. **Heinrich MC, Corless CL, Duensing A, et al.** PDGFRA activating mutations in gastrointestinal stromal tumors. *Science*. Jan 31 2003;299(5607): 708-10. doi:10.1126/science. 1079666
4. **Verweij J, Casali PG, Zalcberg J, et al.** Progression-free survival in gastrointestinal stromal tumours with high-dose imatinib: randomised trial. *Lancet*. Sep 25-Oct 1 2004; 364 (9440): 1127-34. doi:10.1016/S0140-6736(04) 17098-0
5. **Kindblom LG, Remotti HE, Aldenborg F, Meis-Kindblom JM.** Gastrointestinal pacemaker cell tumor (GIPACT): gastrointestinal stromal tumors show phenotypic characteristics of the interstitial cells of Cajal. *Am J Pathol*. May 1998; 152(5):1259-69.
6. **Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, et al.** NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw*. Apr 2010;8 Suppl 2(0 2):S1-41; quiz S42-4. doi: 10.6004/jnccn.2010.0116
7. **Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al.** Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol*. May 2002; 33(5): 459-65. doi:10.1053/hupa. 2002.123545
8. **Diệp Bảo Tuấn.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị bướu mô đệm đường tiêu hóa. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2016 2 (GIST)(7)

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH SIGN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Hà Tân Thăng¹, Nguyễn Mạnh Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng đinh SIGN tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ và tiến cứu theo dõi dọc. Thời gian nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2021 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** có 31 bệnh nhân chốt tĩnh chiếm 79,5%, 8 bệnh nhân chốt động (20,5%). Tất cả 100% bệnh nhân vít chốt vào lỗ đinh. Đánh giá kết quả gần theo tiêu chuẩn Roy – Sender dựa trên hình ảnh phim chụp XQuang thẳng-nghiêng sau mổ, tình trạng liền vết mổ kỳ đầu. Kết quả cho thấy tỉ lệ tốt chiếm 87,18% và khá chiếm 7,69%. Không gặp trường hợp nào cong đinh, gãy đinh. Có 2 trường hợp chậm liền xương (5,1%). **Kết luận:** Đinh SIGN giúp bất động được ổ gãy, kiểm soát chiều dài và khả năng xoay trục của chi là một sự lựa chọn tốt trong gãy kín thân xương đùi phức tạp. **Từ khóa:** gãy kín thân xương đùi, đinh có chốt, đinh SIGN.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED FEMORAL DIAPHYSEAL FRACTURE BY SIGN NAIL AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi chức năng Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Tân Thăng

Email: hatanthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

Objective: Evaluating the results of treatment of closed femoral diaphyseal fracture with SIGN nails at Thanh Hoa General Hospital. **Subject and method:** Cross-sectional descriptive study, retrospective records and longitudinal follow-up. The study was conducted from January 2021 to July 2023. **Results:** There were 31 patients with static latch, accounting for 79.5%, 8 patients with dynamic latch (20.5%). All 100% of patients screwed the pin into the nail hole. Evaluate the results according to Roy - Sender standards based on the images of straight-tilt X-rays after surgery and the healing status of the initial surgical wound. The results showed that the good rate was 87.18% and the good rate was 7.69%. There were no cases of bent or broken nails. There were 2 cases of delayed bone healing (5.1%). **Conclusion:** SIGN nail helps immobilize the fracture, control the length and ability to rotate the axis of the limb and is a good choice in complex closed femoral diaphyseal fracture.

Keywords: closed femoral diaphyseal fracture, intramedullary nails, SIGN nails

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương đùi là loại gãy xương thường gặp trong các tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt, có xu hướng ngày càng gia tăng do sự phát triển của các ngành xây dựng và phương tiện giao thông cơ giới tốc độ cao. Nạn nhân gãy xương đùi gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chiếm tỷ lệ cao nhất là lứa tuổi lao động [1], [2].

Xương đùi là xương to và dài nhất của cơ thể, và là một trong những xương chịu lực chính

của cơ thể, xung quanh xương đùi được bao bọc và bám bởi các khối cơ dày, chắc. Do đó khi bị chấn thương gãy thân xương đùi thường với một lực rất mạnh, với tác động của lực chấn thương và sự co kéo của các cơ nên các đoạn xương gãy thường di lệch lớn, khó nắn chỉnh, khó cố định. Thời gian để liền xương đùi thường kéo dài hơn, hay để lại nhiều biến chứng và di chứng gây tàn phế.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị gãy thân xương đùi như bó bột, kéo liên tục và các kỹ thuật phẫu thuật. Nhưng để phục hồi tốt chức năng chi thể, giúp người bệnh trở lại hoạt động sinh hoạt, lao động sớm, hạn chế tối thiểu những biến chứng và di chứng thì chỉ định phẫu thuật nắn chỉnh xương gãy và kết hợp xương bên trong là phương pháp điều trị được lựa chọn tuyệt đối. Phương pháp kết hợp xương nẹp vít có một số nhược điểm như gây chấn thương phẫu thuật lớn, phải bóc cốt mạc để đặt nẹp trên một diện rộng làm ảnh hưởng đến các nguồn mạch nuôi xương, kết xương cứng nhắc không phù hợp với sinh lý liền xương, nguy cơ gây bất nẹp, khớp giả, nguy cơ gây nhiễm trùng cao. Phương pháp phẫu thuật đóng đinh nội tủy bằng đinh SIGN có nhiều ưu điểm như đinh nội tủy có chốt chống di lệch xoay, chống gập góc và cố định ổ gãy vững chắc theo cơ chế chịu lực trung tâm, phát huy lực ép sinh lý lên ổ gãy từ sự co cơ của các khối cơ và khi cho người bệnh tập đi sớm, ít nguy cơ nhiễm khuẩn, khớp giả, tỷ lệ phục hồi chức năng tốt, thời gian liền xương nhanh [3], [4].

Tại Thanh Hóa là một tỉnh đang phát triển, mật độ người dân tham gia giao thông lớn, nhiều công trường xây dựng, số người bệnh gãy xương đùi hàng năm chiếm tỷ lệ cao trong các mặt bệnh chấn thương. Bệnh viện tỉnh Thanh Hóa đã áp dụng phương pháp phẫu thuật đóng đinh SIGN điều trị cho người bệnh gãy thân xương đùi đạt kết quả rất khả quan. Tuy nhiên cho đến nay chưa có đề tài nào mô tả đánh giá cụ thể về lâm sàng, hình ảnh X-quang gãy thân xương đùi và hiệu quả của phương pháp này. Xuất phát từ những thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng đinh SIGN tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa" để từ đó đưa ra những khuyến nghị trong công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 39 người bệnh được chẩn đoán

là gãy kín thân xương đùi do chấn thương, gồm 32 bệnh nhân nam và 7 bệnh nhân nữ, độ tuổi từ 17 đến trên 60 tuổi được mổ kết hợp xương bằng đinh SIGN xuôi dòng có chốt tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa từ 2021 đến 2023.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim X-quang chụp trước mổ và sau phẫu thuật

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Loại khỏi diện nghiên cứu đối với những người bệnh không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên.

- Gãy thân xương đùi bệnh lý, các trường hợp cứng đờ khớp gối.

- Gãy thân xương đùi do chấn thương được mổ kết hợp xương bằng các phương pháp khác.

- Gãy hở xương đùi, gãy xương đùi phức tạp kèm theo gãy cẳng chân hoặc gãy cổ xương đùi, vỡ xương bánh chè, gãy liên lồi cầu đùi...

- Gãy phức tạp xương đùi kèm đa chấn thương như chấn thương sọ não, chấn thương bụng, ngực, bệnh nhân mổ lại, khớp giả...

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa từ 1/2021 đến 7/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ và tiến cứu theo dõi dọc.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện, người bệnh được chẩn đoán là gãy kín thân xương đùi do chấn thương, mổ kết hợp xương bằng đinh SIGN có chốt tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa từ 1/2021 đến 7/2023. Trên thực tế chúng tôi đã thu thập được thông tin của 39 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kỹ thuật quan sát trong thu thập số liệu với cách chọn cỡ mẫu thuận tiện. Công cụ thu thập số liệu là bệnh án nghiên cứu.

Quy trình phẫu thuật:

- Khám lâm sàng, cận lâm sàng, lựa chọn bệnh nhân

- Kỹ thuật mổ: kết hợp xương đùi bằng đinh SIGN xuôi dòng, có mở ổ gãy

- Khám và kiểm tra người bệnh sau mổ và trước lúc ra viện, hướng dẫn người bệnh tập phục hồi chức năng sau mổ

- Đánh giá kết quả theo thang điểm Roy-Sender. Đánh giá kết quả liền xương dựa vào lâm sàng và X-quang

2.4. Nhập liệu và xử lý số liệu. Phân tích và xử lý số liệu thu thập được qua mẫu bệnh án nghiên cứu trên phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thông tin chung của bệnh nhân

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=39)

Giới	Tuổi 17 – 26		26 – 60		>60		Tổng	
	(n, %)	(n, %)	(n, %)	(n, %)	(n, %)	(n, %)	(n, %)	
Nam	13 (100)	17 (73,9)	2 (66,7)	32 (82,1)				
Nữ	0 (0)	6 (26,1)	1 (33,3)	7 (17,9)				
Tổng	13 (100)	23 (100)	3 (100)	39 (100)				

Kết quả bảng trên cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 26-60 tuổi (23/39 bệnh nhân). Và hơn 80% đối tượng nghiên cứu là nam giới.

3.2. Đặc điểm các tổn thương

Bảng 2. Tổn thương phối hợp (n=39)

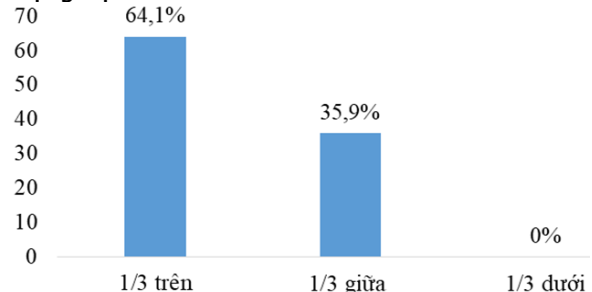
Các tổn thương phối hợp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy 2 xương đùi	0	0
Gãy 2 xương cẳng chân	6	15,4
Vỡ xương chậu	3	7,7
Vỡ xương bánh chè	3	7,7
Gãy chi trên	5	12,8
CT sọ não + CT hàm mặt	5	12,8
CT ngực	3	7,7
CT bụng	2	5,1
Tổng số	27	69,2

Có 69,2% bệnh nhân có tổn thương phối hợp, trong đó gãy 2 xương cẳng chân chiếm tỷ lệ cao nhất (15,4%), sau đó là gãy chi trên và chấn thương sọ não và hàm mặt (12,8%).

Bảng 3. Phân loại theo Winquist & Hansen

Độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	5	12,8
Độ II	9	23,1
Độ III	11	28,2
Độ IV	14	35,9
Tổng số	39	100

Phần lớn bệnh nhân có độ gãy ở mức độ 3 (28,2%) và độ 4 (35,9%). Độ 1 và độ 2 có lượng bệnh nhân ít hơn.



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ GTXĐ ở các vị trí

Phần lớn đối tượng gãy ở 1/3 trên (64,1%) và giữa (35,9%).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

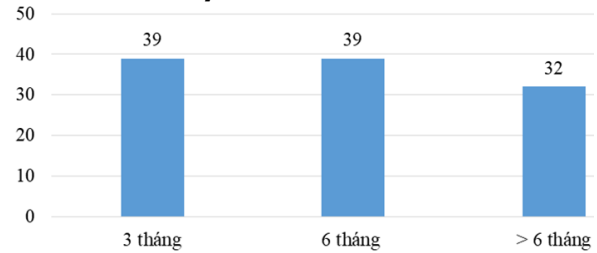
3.3.1. Kết quả gần

Bảng 4. Kết quả bắt vít chốt (n=39)

Kết quả bắt vít chốt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vít chốt vào lỗ đinh	39	100
Vít chốt trượt lỗ gần đinh	0	0
Vít chốt trượt lỗ xa đinh	0	0
Tổng	39	100

Tất cả 100% các bệnh nhân nghiên cứu đều được vít chốt vào lỗ đinh.

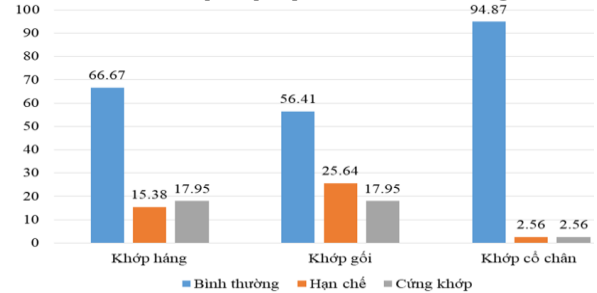
3.3.2. Kết quả xa



Biểu đồ 2. Thời gian theo dõi kết quả phục hồi chức năng sau mổ

Tất cả 100% bệnh nhân được theo dõi đến 6 tháng, từ tháng thứ 7 trở đi có sự giảm số lượng theo dõi (32/39) bệnh nhân.

3.3.3. Kết quả phục hồi chức năng



Biểu đồ 3. Kết quả phục hồi chức năng sau mổ

Kết quả phục hồi chức năng sau mổ. Tỷ lệ bình thường chiếm dao động từ 56,41% đến 94,87% tùy vào vị trí khớp.

Bảng 5. Tình trạng ngắn chi, teo cơ vùng đùi

Chiều dài và chu vi đùi	Chiều dài		Chu vi	
	Bình thường	Ngắn <2,5cm	Bình thường	Teo cơ 1-3cm
Doa ống tủy				
Số BN	37	2	34	5
Tỷ lệ	94,9	5,1	87,2	12,8

Có 94,9% bệnh nhân về chiều dài bình thường và 87,2% có chu vi bình thường.

Bảng 6. Kết quả chung

Kết quả chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	34	87,18
Khá	3	7,69

Trung Bình	2	5,13
Kém	0	0
Tổng	39	100

Có 87,18% bệnh nhân có kết quả tốt, 7,69% ở mức độ khá và có 2 bệnh nhân có kết quả trung bình (5,13%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm thông tin chung của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới. Như vậy tỷ lệ gãy xương của nam giới cao hơn so với nữ giới, tỷ lệ này cũng tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả Trần Đình Quang[1] và Ma Văn Sánh[2].

4.2. Kết quả điều trị

Kết quả liền xương. Nghiên cứu xác định thời gian liền xương dựa vào tiêu chuẩn của J-Y. De la Caffiniere: bệnh nhân đi lại chịu lực hoàn toàn không đau, không cử động bất thường, trên x-quang đã xuất hiện can bắt cầu ngang ổ gãy nhưng vẫn còn thấy khe gãy. Một số tác giả như Borner định nghĩa liền xương dựa vào X-Quang là chủ yếu. Khi nào trên X-Quang không còn thấy khe gãy thì mới xác định là liền xương. Theo thông báo của các tác giả này thì thời gian liền xương dài hơn. Do đó, không thể dựa vào các con số để kết luận rằng kỹ thuật kết hợp xương của tác giả có thời gian liền xương nhanh hơn hay chậm hơn so với kỹ thuật khác của tác giả khác khi mà tiêu chuẩn liền xương của các tác giả không giống nhau.

Thời gian liền trung bình khoảng 12 tuần. Kết quả này tương đương với kết quả của J-Y de la caffiniere. Năm 2001, Wang WC và cộng sự nghiên cứu 48 trường hợp gãy phức tạp xương đùi, thời gian liền xương từ 10-24 tuần [6]. Năm 2000, Lương Đình Lâm nghiên cứu trên 52 trường hợp đóng đinh ngược dòng, theo dõi xa trên 24 bệnh nhân cho thấy thời gian liền xương trung bình 11,2 tuần [5].

Nhiều tác giả còn nghi ngại về kết quả liền xương khi đóng đinh xuôi dòng. Năm 2001, Ricci và cộng sự báo cáo một nghiên cứu mù đôi trên 283 bệnh nhân gãy thân xương đùi được chia thành hai nhóm đóng đinh xuôi dòng và đóng đinh ngược dòng [7]. Kết quả cho thấy, thời gian liền xương giữa hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Năm 2004, Trần Đình Quang và cộng sự, tổng kết 255 trường hợp đóng đinh SIGN xương đùi tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy thời gian liền xương giữa nhóm doa ống tủy và không doa ống tủy là như nhau [1].

Về sự liền xương: Kết quả trên 39 bệnh nhân

cho thấy có 2 bệnh nhân chậm liền xương. Năm 1999, Wolinsky RR báo cáo 551 trường hợp đóng ĐNT có chốt, có khoan ống tủy. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ liền xương là 98,9%, trong đó tỷ lệ liền xương lệch 5 độ là 8% [8]. Như vậy là nghiên cứu của chúng tôi với tất cả các bệnh nhân được đóng đinh SIGN cũng cho kết quả tương tự.

Theo Christian Krettek, sự khác biệt về kết quả liền xương giữa nhóm bệnh nhân có khoan ống tủy và không khoan ống tủy không có ý nghĩa thống kê nên ông khuyên rằng cần cân nhắc giữa cái lợi nhỏ của việc không khoan ống tủy với những rắc rối mà nó mang lại [9]. Trong 39 bệnh nhân nghiên cứu, 61,5% có doa ống tủy và 38,5% không doa ống tủy.

Kết quả phục hồi chức năng. Kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả phục hồi chức năng sau mổ. Tỷ lệ bình thường chiếm dao động từ 56,41% đến 94,87% tùy vào vị trí khớp. Điều này cho thấy vấn đề phục hồi chức năng khớp gối không phụ thuộc vào kỹ thuật mà phụ thuộc chủ yếu vào vấn đề phục hồi chức năng sau mổ, vấn đề điều trị các tổn thương kèm theo ở vùng gối. Nghiên cứu của Ricci trên 140 trường hợp đóng đinh ngược dòng và 153 trường hợp đóng đinh xuôi dòng nhận thấy rằng không có sự khác biệt về vận động khớp gối giữa hai nhóm [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 94,9% bệnh nhân về chiều dài bình thường và 87,2% có chu vi bình thường. Có 5 bệnh nhân teo cơ, kết quả này cao hơn so với tác giả thống năm 2020 (2,08%). Và điều này có thể giải thích là những bệnh nhân lớn hơn 60 tuổi, dù có được hướng dẫn tập luyện tích cực, chức năng khớp gối phục hồi rất tốt nhưng vẫn bị teo cơ. Những trường hợp teo cơ này hiện tại, chúng tôi vẫn hướng dẫn tiếp tục cho tập vật lý trị liệu.

Dương Đình Toàn và Nguyễn Xuân Thùy (2007) đánh giá kết quả phẫu thuật dựa vào thang điểm của Roy Sender, trong tổng số 40 người bệnh kết quả sau mổ tốt là 87,5%, khá 7,5%, trung bình và kém đạt tỷ lệ ngang nhau là 2,5% [2]. Mã Văn Sánh (2016) báo cáo 60 trường hợp gãy kín thân xương đùi điều trị bằng đóng đinh SIGN tại Bệnh viện đa khoa Thanh hóa cho kết quả rất tốt đạt 81,5%, tốt 15,8% và kém là 2,7% [3].

Vũ Trường Thịnh, Nguyễn Xuân Thùy (2021) Báo cáo kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng phương pháp kết hợp xương sử dụng đinh SIGN trên đối tượng là 48 người bệnh tại Bệnh viện Việt Đức, cho thấy, số người bệnh phần lớn là nam giới (66,7%), tai nạn giao thông

là nguyên nhân chấn thương chủ yếu (75%) [4]. Với kết quả điều trị đạt rất tốt 75 %, tốt 20,8%, trung bình 4,2%, và kém 0%. Nhóm tác giả cho rằng việc điều trị gãy thân xương đùi phức tạp bằng đinh nội tủy có chốt SIGN cho hiệu quả tốt về tỉ lệ liền xương, phục hồi chức năng và ít biến chứng, giúp cho phẫu thuật viên có thêm lựa chọn trong xử trí bệnh nhân

V. KẾT LUẬN

Có 31 bệnh nhân chốt tĩnh chiếm 79,5%, 8 bệnh nhân chốt động (20,5%). Tất cả 100% bệnh nhân vít chốt vào lỗ đinh. Đánh giá kết quả gần theo tiêu chuẩn Roy – Sender dựa trên hình ảnh phim chụp XQuang thẳng-ngiêng sau mổ, tình trạng liền vết mổ kỳ đầu. Kết quả cho thấy tỉ lệ tốt chiếm 87,18% và khá chiếm 7,69%. Không gặp trường hợp nào cong đinh, gãy đinh. Có 2 trường hợp chậm liền xương (5,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đình Quang và cộng sự** (2005). Tổng kết chung về đóng đinh có chốt SIGN tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2004, Hội Nghị thường niên lần thứ 12 Hội Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, tr.1-3.
2. **Dương Đình Toàn** (2005). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng đinh SIGN có chốt tại bệnh viện Việt Đức từ 2004-

- 2005, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Hà Nội
3. **Mã Văn Sánh** (2016). Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương đùi bằng đinh SIGN tại Bệnh viện đa khoa Thanh hóa. Kỷ yếu Hội nghị khoa học tuổi trẻ các trường ĐH, Cao đẳng Y Dược Việt Nam lần thứ XVIII. Tr. 72-79.
4. **Vũ Trường Thịnh, Dương Ngọc Lê Mai, Trần Minh Long Triều, Nguyễn Xuân Thùy, Lê Việt Thông.** (2021). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh sign tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 145(9), 158-169.
5. **Lương Đình Lâm và cộng sự** (2000). Thông báo bước đầu về kết quả đóng đinh có chốt ngược dòng từ gối lên để điều trị gãy liên lồi cầu, trên lồi cầu và 1/3D xương đùi", Tạp chí y học chuyên ngành chấn thương chỉnh hình, tập 4, số 4, tr. 204-207.
6. **Wang W.C., Xie L., Zhang Q.** (2001). "Clinical use of interlocking intramedullary nail treating in complex and nonunion fracture of femur and tibia", Human Yi Ke Da Xue Xue Bao, 26(2), pp. 136-138
7. **Ricci and et al** (2001). "Retrograde versus Antegrade nailing of Femoral Shaft Fracture", J Orthop Trauma, 15(3), pp. 161-169.
8. **Wolinsky P, Tejwani N, Richmond JH, Koval KJ, Egol K, Stephen DJ.,** (2002). Controversies in intramedullary nailing of femoral shaft fractures. Instr Course Lect. 2002; 51:291-303
9. **Christian Krettek** (2001). "Intramedullary nailing", AO principles of fracture management, pp. 195-219

KẾT QUẢ ÁP DỤNG GÓI XỬ TRÍ SỚM (1-3 GIỜ) TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NẶNG, SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Phương¹, Ngô Đức Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng gói xử trí sớm (1-3 giờ) trong điều trị nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và Phương pháp:** Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu số liệu về đánh giá áp dụng điều trị của gói 1 giờ, 3 giờ được thực hiện trên 152 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (theo định nghĩa Sepsis-3 Điểm qSOFA \geq 2). Thời gian được thực hiện từ tháng 04/2023 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** tuân thủ chung các khuyến cáo là 86,9%, trong đó tuân thủ bù dịch chiếm 98,7%; tuân thủ đo Lactat máu là

100%, cho kháng sinh hợp lý trong giờ đầu là 83,6%, tuân thủ cấy máu là 88,2%. Kết quả điều trị: tỷ lệ bệnh ổn định chuyển về tuyến dưới hay khỏe xuất viện chiếm tỷ lệ 66,5%, bệnh nặng tiên lượng tử vong gia đình xin về hay tử vong tại khoa Hồi sức chiếm 33,5%. Có 37,5% bệnh nhân thở máy, thời gian nằm khoa Hồi sức tích cực trung bình là 5,8 ngày. **Kết luận:** bước đầu kết quả nghiên cứu cho thấy việc áp dụng, giám sát sự tuân thủ việc đạt các mục tiêu trong 1-3 giờ đầu theo các khuyến cáo của SSC 2018 đối với bệnh nhân NKH và SNK đạt kết quả tương đối tốt. Tuy nhiên cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá sát hơn về tác động tới kết quả lâm sàng. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn, gói xử trí sớm (1 – 3 giờ)

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương

Email: bstranphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

SUMMARY

RESULTS OF APPLYING 1-HOUR AND 3-HOUR SEPSIS TIME BUNDLES IN THE TREATMENT OF SEVERE SEPSIS, SEPTIC SHOCK AT THE EMERGENCY DEPARTMENT