

alpha của tiểu thang, thể hiện các câu hỏi có mối tương quan tốt với nội dung đo lường, cũng như không cần phải loại bỏ câu hỏi nào ra khỏi bộ câu hỏi nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới, như của tác giả của phiên bản gốc Cramer và cộng sự: hệ số Cronbach's alpha toàn thang điểm là 0,93 và các tiểu thang dao động từ 0,77 đến 0,85.⁴ Các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới trong quá trình chuẩn hóa bộ câu hỏi QOLIE-31 sang tiếng Đức³, Hy Lạp², Thổ Nhĩ Kỳ⁵... cũng nhận thấy bộ câu hỏi có tính thống nhất nội bộ tốt với chỉ số Cronbach's Alpha > 0,90.

Để đánh giá độ tin cậy của bộ câu hỏi, người ta có thể dựa vào hệ số tương quan nội lớp (ICC) và hệ số tương quan Pearson giữa kết quả của 2 lần đánh giá thang điểm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị ICC của mỗi tiểu thang và tổng điểm QOLIE – 31 đều > 0,5 và dao động trong khoảng từ 0,62 đến 0,85. Hệ số tương quan Pearson của so sánh ghép cặp điểm trung bình mỗi tiểu thang và điểm tổng QOLIE-31 đều đạt trên 0,5 dao động từ 0,60 đến 0,83 ($p < 0,05$) và sự khác biệt trung bình giữa các điểm số của người đánh giá ghép cặp tất cả đều không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này chứng tỏ có mối tương quan mạnh của điểm trung bình mỗi tiểu thang và điểm tổng QOLIE – 31 giữa hai lần đo với nhau. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới khi tiến hành chuẩn hóa bộ câu hỏi sang các thứ tiếng khác nhau.

Để đánh giá tính giá trị của bộ câu hỏi,

nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá mối tương quan giữa kết quả tổng điểm QOLIE-31 hai lần đánh giá với tổng điểm WHOQOL-BREF (thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống của WHO). Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự tương quan chặt chẽ giữa tổng điểm QOLIE-31 của cả hai lần đánh giá với kết quả tổng điểm WHOQOL-BREF.

V. KẾT LUẬN

Độ tin cậy của bộ câu hỏi QOLIE-31 bản dịch tiếng Việt của chúng tôi theo hệ số Cronbach's Alpha là 0,903. Bởi vậy, bộ câu hỏi này là một công cụ giá trị, đáng tin cậy đã được chứng minh bởi các dữ liệu thống kê và là một thước đo hiệu quả để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh động kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Quang Cường.** Chẩn đoán động kinh. Nhà xuất bản Y học; 2009.
- Piperidou H, Terzoudi A, Vorvolakos T, et al.** The Greek version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31). Qual Life Res 2006; 15(5): 833-9.
- May TW, Pfafflin M, Cramer JA.** Psychometric Properties of the German Translation of the QOLIE-31. Epilepsy Behav 2001; 2(2): 106-14.
- Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B.** Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. Epilepsia 1998; 39(1): 81-8.
- Mollaoğlu M, Durna Z, Bolayir E.** Validity and Reliability of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31) for Turkey. Noro Psikiyatris Ars 2015; 52(3): 289-95.

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỖI GÂN ACHILLES BẰNG KỸ THUẬT NỖI GÂN VỚI ĐƯỜNG MỖ THÔNG THƯỜNG VÀ ĐƯỜNG MỖ NHỎ

Nguyễn Văn Lượng¹, Nguyễn Năng Giới¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân đứt ngàem hoàn toàn gân Achilles do chấn thương bằng kỹ thuật nối gân với đường mổ thông thường và nối gân với đường mổ nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có nhóm chứng trên 60 bệnh nhân trưởng thành được chẩn đoán xác định đứt ngàem hoàn toàn gân Achilles do

chấn thương, được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2022, được chia thành 2 nhóm: 30 BN được nối gân gót với đường mổ thông thường, 30 BN được nối gân gót với đường mổ nhỏ. Kết quả về chức năng và biến chứng của 2 nhóm được so sánh với nhau. **Kết quả:** Sau mổ nối gân Achilles 1 năm, điểm ATRS, biên độ gấp gạn và gấp mu của cổ chân, tỷ lệ đứt lại gân Achilles không có sự khác biệt ở 2 nhóm với $P > 0,05$. Tuy nhiên, bệnh nhân được nối gân Achilles với đường mổ nhỏ có thời gian nằm viện ngắn hơn, có thể kiêng chân trên chân bệnh và quay trở lại làm việc sớm hơn, tỷ lệ biến chứng liên quan vết mổ thấp hơn, sẹo mổ thẩm mỹ hơn so với nhóm bệnh nhân được nối với đường mổ thông thường với $P < 0,05$. **Kết luận:** Kết quả phục hồi chức năng ở 2

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: luongnv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

nhóm sau mổ 1 năm không có sự khác biệt. Tuy nhiên, nối gân Achilles với đường mổ nhỏ đã giảm thiểu biến chứng nhiễm khuẩn; thời gian nằm viện ngắn hơn và sớm quay lại công việc cũ hơn, sẹo mổ thẩm mỹ hơn so với mổ nối gân Achilles bằng đường mổ thông thường. **Từ khóa:** phẫu thuật, đứt ngàem hoàn toàn, gân achilles, chấn thương.

SUMMARY

COMPARING RESULTS OF COMPLETE RUPTURE OF THE ACHILLES TENDON USING THE TECHNIQUE OF PERCUTANEOUS AND OPEN REPAIR

Objectives: To compare the results and complications of surgical treatment of patients with complete rupture of the Achilles tendon due to trauma using the percutaneous and open repair technique. **Subjects and methods:** In a retrospective control study, 60 adult patients with complete rupture of the Achilles tendon due to trauma, treated surgically at 108 Military Central Hospital from January 2017 to August 2022, were divided into two groups: 30 patients underwent percutaneous repair of Achilles tendon, and 30 patients underwent open repair of the Achilles tendon. **Results:** The ATRS score, the range of plantar flexion and dorsal flexion of the ankle joint, and the rate of re-rupture of the Achilles tendon were similar in the two treatment groups. However, patients with percutaneous repair had a lower rate of wound infection, could stand on tiptoes sooner, had a shorter length of stay in the hospital, sooner resumed work, and had more aesthetic scars. **Conclusion:** The functional outcomes are similar in the two treatment groups, which are one year postoperative. However, percutaneous repair has the advantages of infection, length of stay hospital in hospital, resumed work, and aesthetic scars. **Keywords:** surgery, completed rupture, Achilles tendon, trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ đứt gân Achilles từ 2-18/100.000 dân, thường gặp ở nam giới, tỷ lệ giữa nam và nữ giao động từ 2:1 đến 12:1 [1,2]. Đứt gân Achilles không được phát hiện và điều trị sớm sẽ gây ảnh hưởng nghiêm trọng chức năng di chuyển của người bệnh, gây biến dạng xương, khớp và dây chằng vùng cổ bàn chân, ảnh hưởng đến sinh hoạt, khả năng lao động, hoạt động thể thao và chất lượng sống của người bệnh. Đứt gân Achilles được đề xuất điều trị phẫu thuật lần đầu vào năm 1888 bởi phẫu thuật viên người pháp Gustave Polailon. Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều kỹ thuật phẫu thuật điều trị đứt ngàem gân Achilles được áp dụng như nối gân với đường mổ thông thường, nối gân qua da, nối gân với đường mổ nhỏ và còn chưa thống nhất [3]. Ở Việt Nam, đứt ngàem gân Achilles chủ yếu được điều trị bằng phẫu thuật nối gân với đường mổ mở thông thường. Tại Bệnh viện TỰ QUỠ 108, từ năm 2017, đứt ngàem

gân gót do chấn thương đã được điều trị bằng nối gân gót với đường mổ nhỏ. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm "So sánh kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân đứt ngàem hoàn toàn gân Achilles do chấn thương bằng kỹ thuật nối gân với đường mổ thông thường và nối gân với đường mổ nhỏ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 60 bệnh nhân trưởng thành được chẩn đoán xác định đứt ngàem hoàn toàn gân Achilles, được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đứt ngàem gân gót do nguyên nhân chấn thương. Các BN được mổ trong vòng 2 tuần tính từ thời điểm chấn thương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đứt gân Achilles do vết thương, bong điểm bám gót của gân Achilles hoặc đứt không hoàn toàn gân Achilles. Tuổi <18 tuổi. Có tiền sử can thiệp phẫu thuật gân gót hoặc có rối loạn vận động cẳng bàn chân do có tổn thương thần kinh hoặc dị tật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu, có nhóm chứng.

Phương pháp nghiên cứu: Các BN trưởng thành được chẩn đoán xác định đứt ngàem hoàn toàn gân Achilles do chấn thương, được điều trị bằng phẫu thuật nối gân gót tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2022, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, được đưa vào nghiên cứu. Các BN này được chia thành 2 nhóm: 30 BN được mổ nối gân với đường mổ nhỏ và 30 BN được nối gân với đường mổ thông thường.

Kỹ thuật mổ ở nhóm nối gân với đường mổ thông thường: BN nằm sấp, rạch da dài khoảng 14cm theo đường chữ S ở vùng gân gót. Bộc lộ đầu gân bị đứt, cắt lọc tổ chức dập nát, nối gân Achilles theo phương pháp Bunnel. Khâu vết mổ theo lớp giải phẫu.

Kỹ thuật mổ ở nhóm nối gân với đường mổ nhỏ. Rạch da dài 2cm ngang vị trí gân bị đứt, rạch bao gân, bộc lộ đầu gân bị đứt. Khoan 1 đường hầm qua vùng củ gót đường kính 2mm. Khâu gân gót bằng chỉ siêu bền theo Bunnel với kỹ thuật khâu qua da và có khâu qua đường hầm xương gót. Khâu vết mổ 2 lớp.

Sau mổ, cổ chân được cố định bằng nẹp cẳng bàn chân trong 6 tuần, trong đó 3 tuần đầu cổ chân ở tư thế thẳng 25-30 độ, sau đó cố định cổ chân ở tư thế trung gian. Sau 6 tuần, BN

được tháo nẹp, đi lại với giày có đệm gót trong 3 tuần tiếp theo, sau đó đi lại bình thường.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh nhân.
- Kết quả gần: đánh giá liền vết mổ; nhiễm khuẩn vết mổ; Tổn thương mạch máu, thần kinh sau mổ; tai biến trong mổ.
- Kết quả xa của 2 nhóm được đánh giá dựa trên: Đánh giá chức năng theo thang điểm ATRS (Achilles tendon rupture score) [2]; Đánh giá biên độ vận động gấp mu, gấp gan của khớp cổ bàn chân; Đo chu vi bắp chân và so sánh 2 chân; Khả năng đứng kiễng gót chân trên 2 chân, trên chân bệnh; Thời gian trở lại làm việc; Seo mổ. Biến chứng sau mổ. Kết quả điều trị, biến chứng ở 2 nhóm được so sánh với nhau.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (n=60)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm đường mổ thông thường (n=30)	Nhóm đường mổ nhỏ (n=30)	P
Tuổi	38,67 ± 8,49	40,71 ± 9,93	>0,05
Nam/Nữ	29/1	29/1	>0,05
Vị trí đứt	2,90 ± 0,5	3,01 ± 0,67	>0,05
Thời điểm mổ	4,11 ± 1,59	3,34 ± 1,31	>0,05
Tiểu đường	4/30	3/30	>0,05
Thời gian nằm viện	5,93 ± 2,60	3,41 ± 0,96	<0,05

Nhận xét: 2 nhóm bệnh nhân có tuổi, tỷ lệ nam/nữ, vị trí đứt, thời điểm mổ từ khi chấn thương, Tỷ lệ bị bệnh tiểu đường khác nhau không có ý nghĩa thống kê với P>0,05. Tuy nhiên, thời gian nằm viện ở nhóm mổ nối gân Achilles với đường mổ nhỏ ngắn hơn so với nhóm mổ nối gân Achilles với đường mổ thông thường với P<0,05.

Bảng 2. Kết quả sau mổ nối gân gót (n=60)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm đường mổ thông thường (n=30)	Nhóm đường mổ nhỏ (n=30)	P
Điểm ATRS	90,88±2,49	91,25±1,98	>0,05
Chênh lệch chu vi cẳng chân (cm)	0,20 ± 0,05 cm	0,19 ± 0,06 cm	>0,05
Thời điểm kiễng được chân bệnh	7,94± 1,98	6,61± 1,28	<0,05

(tháng)			
Biên độ gấp mu (độ)	18,1 ± 2,14	19,5 ± 0,46	>0,05
Biên độ gấp gan (độ)	43,6 ± 2,95	44,5 ± 1,16	>0,05
Thời điểm quay lại làm công việc (tháng)	5,90 ± 0,85	4,01 ± 0,45	<0,05
Thời gian theo dõi sau mổ trung bình (tháng)	18,4± 5,9	17,8 ± 4,6	>0,05

Nhận xét: 2 nhóm bệnh nhân có thời gian theo dõi sau mổ trung bình không có sự khác biệt với P>0,05. Điểm ATRS, biên độ gấp gan và gấp mu của cổ chân ở 2 nhóm không có sự khác biệt với P>0,05. Tuy nhiên, thời điểm kiễng chân trên chân bệnh và thời điểm quay trở lại làm việc ở nhóm nối gân Achilles với đường mổ nhỏ sớm hơn so với nhóm được nối gân Achilles với đường mổ thông thường; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P<0,05.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ nối gân gót

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm đường mổ thông thường (n=30)	Nhóm đường mổ nhỏ (n=30)	P
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	0	>0,05
Hoại tử da vùng mổ	0	0	>0,05
Viêm rò vết mổ	0	0	>0,05
Tổn thương TK hiển ngoài	2	1	>0,05
Đứt lại gân gót	2	2	>0,05
Seo phì đại	5	0	<0,05

Nhận xét: Ở nhóm nối gân Achilles với đường mổ nhỏ, ở các ca bệnh đều ghi nhận liền vết mổ kì đầu, không chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn vết mổ, không hoại tử da vùng vết mổ. Tuy nhiên, có 1 BN có tổn thương thần kinh hiển ngoài. Trong khi đó, ở nhóm nối gân Achilles với đường mổ thông thường, có 2 BN bị nhiễm khuẩn nông, 2 BN bị tổn thương thần kinh hiển ngoài, 5 BN có sẹo mổ phì đại. Cả 2 nhóm đều có 2 BN bị đứt lại gân Achilles. Tỷ lệ đứt lại gân gót, tổn thương thần kinh hiển ngoài ở 2 nhóm là như nhau, với P>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nối gân Achilles với đường mổ nhỏ đã giảm thiểu biến chứng liên quan vết mổ như nhiễm khuẩn, viêm rò; sẹo mổ thẩm mỹ; thời gian nằm viện ngắn hơn và sớm quay lại công việc cũ hơn so với mổ nối gân Achilles bằng đường mổ thông thường...Chúng tôi không gặp trường hợp nào bị nhiễm khuẩn vết mổ, hoại tử mép vết mổ, máu tụ sau mổ ở nhóm nối gân Achilles với đường mổ nhỏ mặc dù nhóm có nhiều BN có yếu tố nguy cơ

như có 3 BN bị đứt gân Achilles, có 4 BN tuổi trên 50 tuổi, 9 BN nghiện thuốc lá trước mổ. Các BN của chúng tôi đa số là được dùng kháng sinh dự phòng 1 mũi trước mổ 30 phút, sau mổ không dùng kháng sinh. Điều đó cho thấy ưu điểm của phương pháp nối gân Achilles với đường mổ nhỏ. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lim [1], Majewski, Yang [4], Khan [5]...

Lim [1] đã nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm so sánh mù đôi kết quả nối gân Achilles theo 2 kỹ thuật: kỹ thuật mổ thông thường và kỹ thuật mổ khâu qua da ở 66 BN. Tác giả thấy rằng, kết quả hồi phục chức năng là như nhau ở hai nhóm, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng liên quan đến vết mổ ở nhóm nối gân gót qua da thấp hơn so với nhóm nối bằng phương pháp thông thường, và vết mổ ở nhóm nối gân gót qua da thẩm mỹ hơn. Tác giả ủng hộ nối gân gót qua da.

Khan [5] thấy rằng, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm được nối gân Achilles với đường mổ nhỏ thấp hơn so với nối gân với đường mổ thông thường. Yang [4] thấy rằng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm mổ nhỏ (3,6%) cao hơn so với nhóm mổ với đường mổ nhỏ (0,6%). Nghiên cứu của Olivia [6] cũng cho kết quả tương tự.

Tỷ lệ đứt lại gân Achilles sau phẫu thuật từ 3,5-4 % [4,7,8]. Về nguyên nhân ghi nhận được đều là do BN tự ý bỏ bột sớm và bị ngã lại. 1 số nguyên nhân khác ghi nhận được có thể do BN tập lại quá sớm, phục hồi chức năng không đúng hoặc xuất hiện trên BN có bệnh lý nội khoa như đứt gân Achilles, viêm mạn tính khác. Khan [5] thấy rằng, tỷ lệ đứt lại gân Achilles ở nhóm được nối gân Achilles với đường mổ nhỏ thấp hơn so với nối gân với đường mổ thông thường. Caolo [8] thấy rằng, khi nối gân Achilles với đường mổ thông thường tỷ lệ đứt lại gân là 3,3%; so với nhóm mổ với đường mổ nhỏ là 1,5%. Yang [4] qua nghiên cứu phân tích thấy tỷ lệ đứt lại gân Achilles sau nối 1 năm là như nhau, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

Nghiên cứu của Yang [4] thấy rằng tỷ lệ tổn thương thần kinh hiển ngoài khi nối gân Achilles qua da là 5,5% so với 1,2% ở bệnh nhân được nối gân Achilles với đường mổ thông thường. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, các phương pháp nối gân Achilles với đường mổ nhỏ đã giảm thiểu tỷ lệ tổn thương thần kinh hiển ngoài [4,8,9,10]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ tổn thương thần kinh hiển ngoài ở 2 nhóm là tương đương. Sự hiểu biết và xác định được đường đi của thần kinh hiển ở vùng sau cẳng chân là rất quan trọng để xác định được vị trí an toàn khi rạch da để nối gân qua da bằng kim tùy

sống. Thần kinh hiển ngoài chạy phía sau ngoài bắp chân xuống vùng cổ chân. Tại vị trí cách xương gót khoảng 9,8 cm, thần kinh hiển ngoài chạy bắt chéo bờ ngoài gân Achille, sau đó thần kinh chạy xuống phía dưới và ở sau ngoài gân gót. Tại ngang mức điểm bám tận của gân gót ở xương gót, thần kinh hiển ngoài ở phía ngoài gân gót khoảng 18,8 mm [9]. Caolo [8] thấy, nối gân Achilles với đường mổ thông thường có 1,7% tổn thương thần kinh hiển ngoài, so với nhóm mổ với đường mổ nhỏ, tổn thương thần kinh hiển ngoài là 1,5% và nhiễm khuẩn 0%.

Nghiên cứu của Yang [4] thấy rằng, chức năng gân gót sau mổ 1 năm ở 2 nhóm là như nhau. Majewski so sánh kết quả sau nối gân gót 2 năm ở 2 nhóm với đường mổ thông thường và với đường mổ nhỏ, thấy rằng, không có sự khác biệt về chức năng gân gót. Tuy nhiên, BN được nối gân gót qua da quay lại làm việc và hoạt động thể thao sớm hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ nối gân Achilles ít nhất 1 năm, điểm ATRS, biên độ gấp gan và gấp mu của cổ chân ở 2 nhóm không có sự khác biệt với $P > 0,05$. Tuy nhiên, thời điểm kiễng chân trên chân bệnh và thời điểm quay trở lại làm việc ở nhóm nối gân Achilles với đường mổ nhỏ sớm hơn so với nhóm được nối gân Achilles với đường mổ thông thường; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Điều đó cho thấy ưu điểm của phương pháp nối gân gót với đường mổ nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Nối gân Achilles với đường mổ nhỏ là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn ở bệnh nhân đứt gân Achilles cấp tính do chấn thương. Sau mổ nối gân Achilles 1 năm, điểm ATRS, biên độ gấp gan và gấp mu của cổ chân, tỷ lệ đứt lại gân Achilles không có sự khác biệt ở nhóm nối gân với đường mổ thông thường và nhóm nối gân với đường mổ nhỏ. Tuy nhiên, nhóm nối gân Achilles với đường mổ nhỏ có thời gian nằm viện ngắn hơn, kiễng chân trên chân bệnh và quay trở lại làm việc sớm hơn, tỷ lệ biến chứng liên quan vết mổ thấp hơn, sẹo mổ thẩm mỹ hơn so với nhóm được nối với đường mổ thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lim J., Dalal R., Wassem M. (2001). Percutaneous vs open repair of the ruptured Achilles tendon. *Foot and Ankle International*, 22: 559-568.
2. Mafulli N (1999). Current concepts review: rupture of the Achilles tendon. *J. Bone Joint Surg*, 81: 1019-1036.
3. Leppilahti J., Orava S. (1998). Total Achilles tendon rupture. *Sports Med*, 2: 79-100.

4. Yang B, Liu Y, Kan S, Zhang D, Xu H, Liu F, Ning G, Feng S. (2017). Outcomes and complications of percutaneous versus open repair of acute Achilles tendon rupture: A meta-analysis. *International Journal of Surgery*, 40:178-186.
5. Khan, R.J., Fick, D., Keogh, A., Crawford, J., Brammer, T. and Parker, M., (2005). Treatment of acute Achilles tendon ruptures a meta-analysis of randomized, controlled trials. *JBJS*, 87(10):2202-2210.
6. Oliva F, Marsilio E, Asparago G, Giai Via A, Biz C, Padulo J, et al. (2022). Achilles tendon rupture and dysmetabolic diseases: a multicentric, epidemiologic study. *J Clin Med*, 11(13):3698.
7. Pajala A., Kangas J., Ohtonen P. et al (2002). Rerupture and deep infection following treatment of total Achilles tendon rupture. *The journal of bone & joint surgery*, 84(11): 2016-2021.
8. Caolo KC, Eble SK, Rider C, Elliott AJ, Demetracopoulos CA, Deland JT, Drakos MC, Ellis SJ. (2021). Clinical Outcomes and Complications With Open vs Minimally Invasive Achilles Tendon Repair. *Foot Ankle Orthop*, 29; 6(4):24730114211060063.
9. Webb J, Moorjani N, Radford M. (2000). Anatomy of the sural nerve and its relation to the Achilles tendon. *Foot & Ankle International / American Orthopaedic Foot and Ankle Society and Swiss Foot and Ankle Society*, 21(6): 475-7.
10. Hammad M.E., Faved A.M., Avoub M.A., et al. (2023). Early satisfactory results of percutaneous repair in neglected Achilles tendon rupture. *BMC Musculoskelet Disord*, 24: 446.

THỰC TRẠNG NHẬN BIẾT DẤU HIỆU TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA GIÁO VIÊN TRUNG HỌC PHỔ THÔNG QUẬN THANH XUÂN, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Bách¹, Đặng Hoàng Anh³, Vũ Đình Hà⁴
Hoàng Đình Xuân⁵, Nguyễn Phương Lan⁶,
Nguyễn Phương Liên⁷, Nguyễn Ngọc Bích²

TÓM TẮT

Trầm cảm là một vấn đề y tế công cộng và xã hội ngày càng được quan tâm. Nhận biết dấu hiệu trầm cảm có vai trò quan trọng trong việc định hướng các giải pháp can thiệp kịp thời. **Mục tiêu:** nghiên cứu tiến hành nhằm khảo sát tỷ lệ nhận biết dấu hiệu trầm cảm và phân tích một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang được triển khai trên 257 giáo viên trường trung học phổ thông (THPT) công lập thuộc quận Thanh Xuân, thành phố Hà Nội từ tháng 12/2023 đến tháng 02/2024 sử dụng bộ công cụ được thích ứng từ bộ công cụ của tác giả Jorm (1997). **Kết quả:** trong tổng số 257 giáo viên tham gia nghiên cứu có 47 người tương ứng với 18,3% nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm. Các yếu tố tuổi, giới, trình độ học vấn, vị trí việc làm, thâm niên công tác, cùng một số yếu tố khác không cho thấy mối liên quan đến nhận biết đúng dấu hiệu trầm cảm. **Kết luận:** nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu trầm cảm của giáo viên còn thấp, cần

có các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức về các vấn đề sức khỏe tâm thần trong đó có trầm cảm. **Từ khóa:** trầm cảm, giáo viên, trung học phổ thông, quận Thanh Xuân.

SUMMARY

HEALTH LITERACY ON SIGNS OF DEPRESSION AND SOME RELATED FACTORS AMONG HIGH SCHOOL TEACHERS IN THANH XUAN DISTRICT, HANOI CITY

Objective: The study was conducted to investigate health literacy on signs of depression and related factors. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was conducted on 257 high school teachers in Thanh Xuan district, Hanoi, Vietnam, from December 2023 to February 2024, using the questionnaire adapted from the questionnaire by Jorm (1997). **Results:** Out of 257 teachers participating in the study, 47 people, equivalent to 18.3%, correctly recognized the signs of depression. Factors such as age, gender, education level, job position, and several other factors do not show a relationship between correct health literacy on signs of depression. **Conclusion:** The study shows that the prevalence of teachers with adequate health literacy on signs of depression is still low, and intervention measures are needed to improve knowledge about mental health issues, including depression. **Keywords:** depression, teachers, high school, Thanh Xuan district

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2019, các vấn đề sức khỏe tâm thần

¹Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

²Trường Đại học Y tế Công cộng

³Công đoàn Giáo dục Việt Nam

⁴Trường Trung học Phổ thông Trần Hưng Đạo

⁵Trường Trung học Phổ thông Khương Đình

⁶Trường Trung học Phổ thông Nhân Chính

⁷Trường THPT, THCS, THPT Khương Hạ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Bách

Email: bachnx.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024