

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN XƯƠNG GÓT BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHÓA TẠI KHOA PHẪU THUẬT CHẨN THƯƠNG CHUNG - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Mạnh Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Phan<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Huy<sup>1</sup>,  
Đoàn Lê Vinh<sup>1</sup>, Phạm Vũ Anh Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Luân<sup>1</sup>,  
Ngô Đức Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Đạt<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gót bằng nẹp khóa điều trị gãy kín xương gót. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu 32 BN gãy kín xương gót được điều trị kết hợp xương nẹp khóa từ 10/2020 đến 10/2022. **Kết quả:** Từ 10/2020 đến 10/2022 chúng tôi tiến hành theo dõi và điều trị 32 BN gãy kín xương gót được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa. Tuổi trung bình  $39,3 \pm 9,7$ . Thời gian theo dõi trung bình là 16,4 tháng. Góc Bohler trước mổ là  $-9^\circ \pm 12,6^\circ$  sau mổ đạt  $27^\circ \pm 9,3^\circ$ , góc Gissane sau mổ trung bình  $120,2^\circ \pm 5,6^\circ$ . Chức năng bàn chân theo thang điểm Rowe tốt và khá là 93,8%, trung bình 6,2% và không có bệnh nhân nào chức năng kém, đánh giá kết quả chung theo Hall và Pennal tỷ lệ khá và tốt là 90,6%, trung bình 9,4%. **Kết luận:** Phẫu thuật KHX nẹp khóa là lựa chọn tốt cho các trường hợp gãy kín xương gót di lệch mặt khớp

## SUMMARY

### RESULT OF TREATMENT OF CLOSED CALCANEAL FRACTURE BY OSTEOSYNTHESIS WITH LOCKING PLATE

**Objective:** To evaluate result of osteosynthesis by locking calcaneal plate for closed calcaneus fracture. **Method:** A prospective study of 32 patients with closed calcaneal fractures, who had treated by locking calcaneal plate fixation from October 2020 to October 2022. **Result:** we operated 32 cases close calcaneal fractures from 10/2020 to 10/2022. The frequent age of the patients ranged from 18 to 55 years (mean: years). The mean time of follow - up was 16 months. The postoperative radiography to measure Böhler's angle was  $27^\circ \pm 9,3^\circ$  and Gissane's angle of the calcaneus was  $120,2^\circ \pm 5,6^\circ$ . According to the Rowe foot score was 93,8% of patients achieving fair to excellent, average 6,2% and no patients had poor outcome. **Conclusion:** Internal fixation with locking plate is good choice for closed fracture calcaneus with displacement of the joint surface.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương gót là tổn thương tương đối ít

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Sơn

Email: lemanhson0911@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

gặp, chiếm khoảng 2% trong tất cả các gãy xương, khoảng 26% các gãy xương chi dưới, chiếm 60% các gãy xương vùng cổ bàn chân. Tuổi hay gặp nhất là ở độ tuổi lao động (90% các trường hợp xảy ra ở tuổi từ 21÷49 tuổi) [1],[2], nguyên nhân chủ yếu do ngã cao, thường gây phức tạp và có tổn thương khác đi kèm. Trước đây gãy xương gót chủ yếu là điều trị bảo tồn. Với sự phổ biến của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như CLVT, cho phép hiểu rõ hơn về cơ chế các loại gãy và tạo cơ sở cho các chiến lược phẫu thuật thì phẫu thuật xương gót mới được áp dụng nhiều hơn. Với lợi thế kiểm soát tốt ổ gãy, thao tác nắn chỉnh mặt khớp dễ dàng và chính xác cùng ứng dụng các loại nẹp khóa thiết kế theo giải phẫu đã cải thiện rõ rệt kết quả phẫu thuật KHX gót.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 32 bệnh nhân từ 18 cho đến 55 tuổi gãy kín xương gót được điều trị bằng phẫu thuật KHX nẹp khóa tại viện CTCH - Bệnh viện Hữu nghị Việt- Đức trong khoảng thời gian từ năm T10/2020 – T10/2022.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Được chẩn đoán gãy kín xương gót có chỉ định phẫu thuật (di lệch mặt khớp trên 2mm; độ II, III, IV theo phân loại Sander), tuổi > 18 và < 55.  
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin địa chỉ rõ ràng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy hở xương gót, gãy xương bệnh lý.  
- Có các CCD phẫu thuật liên quan đến các bệnh lý toàn thân như: mạch vành, ĐTĐ... hoặc tại chỗ như: nhiễm trùng lân cận hoặc tại chỗ vùng phẫu thuật.  
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

**2.2. Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu.

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu.** Lấy danh sách BN, thu thập hồ sơ bệnh án và phim

X-quang. Thực hiện thống kê các chỉ số liên quan như tuổi, giới tính, nguyên nhân, phân loại gãy xương, tổn thương phối hợp, thời gian từ khi tổn thương đến khi mổ, kỹ thuật mổ, diễn biến sau mổ. Gọi bệnh nhân đến thăm khám lâm sàng và X-quang để đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

**2.3.2. Thiết kế nghiên cứu tiền cứu**

- Tiếp nhận bệnh nhân, thăm khám lâm sàng, chụp phim X-quang nghiêng và tư thế Harris, chụp phim CT scan có dựng hình 3D, phân tích hình ảnh tổn thương. Lập hồ sơ bệnh án nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Dựa vào hình ảnh Xquang và CT scan để xác định đường gãy và mức độ di lệch mặt khớp.

- Chỉ định mổ, chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị phương tiện KHX, chọn thời điểm phẫu thuật và tham gia phẫu thuật.

- Ghi chép biên bản phẫu thuật.
- Chăm sóc và theo dõi diễn biến sau mổ.
- Đánh giá kết quả điều trị gần.
- Hướng dẫn tập luyện vận động phục hồi chức năng.

- Định kỳ kiểm tra bệnh nhân tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

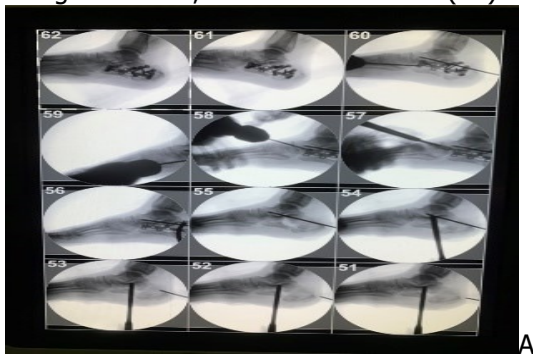
**2.4. Kỹ thuật KHX nẹp khóa xương gót**

\* Phương pháp vô cảm: Tất cả bệnh nhân được tiến hành gây tê tùy sống

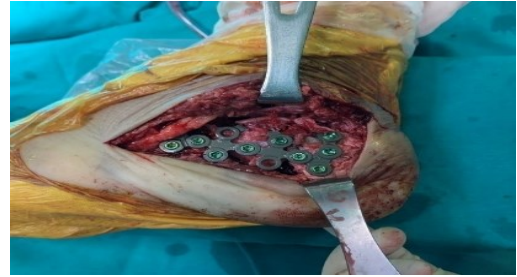
\* Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm nghiêng 90° về phía chân lành.

\* Đường mổ: Đường mổ hình chữ L bên ngoài xương gót, đường thẳng bắt đầu đi từ phía trước dọc cạnh gân gót, ngang đỉnh mắt cá ngoài, vòng qua theo hướng gân mác đi về phía nền xương bàn 5 của bàn chân. Từ đường rạch da này vén gân mác dài, mác ngắn lên phía trên và bộc lộ ổ gãy và xoang Tarsi.

\* **Các bước thực hiện:** - Dùng dụng cụ KHX nắn chỉnh mặt khớp sên gót sau dưới C.arm, cố định tạm thời bằng K.w. Đặt lại các mảnh gãy xương gót, kiểm tra lại giải phẫu, các chỉ số góc Boehler, Gissane dưới C.arm (2A)



A



B

- Cố định bằng nẹp vít khóa thiết kế theo giải phẫu của xương gót, lựa chọn size nẹp phù hợp với bệnh nhân. Với những trường hợp gãy di lệch nhiều mảnh cố gắng bắt được càng nhiều vis càng tốt (2B).

- Đóng da theo các lớp giải phẫu, dẫn lưu vết mổ.

\* Tập luyện sau mổ: Bệnh nhân được hướng dẫn tập chủ động tại chỗ khớp cổ chân ngay sau 48 giờ, sau đó tiếp tục mang nẹp đi không chịu lực chân đau trong 8 tuần. Bắt đầu chịu lực một phần chân đau từ tuần thứ 9 và chịu lực hoàn toàn vào tuần thứ 10 sau mổ.

**\* Chỉ tiêu đánh giá:**

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: Dựa vào sự phục hồi các góc Bohler, Gissane sau mổ trên phim X-quang nghiêng; trục xương gót, độ rộng xương gót trên phim Harris để chia ra 3 loại: Nắn chỉnh tốt, nắn chỉnh đạt và không đạt

- Tình trạng tại chỗ sau mổ, khả năng liền vết mổ; các tai biến, biến chứng sớm

- Đánh giá chức năng cổ chân dựa theo thang điểm Rowe và kết quả chung theo Hall và Pennal.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Về đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 39,3±9,7 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 21 đến 40 tuổi chiếm 54%. Nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn ngã cao chiếm 94%. Bệnh nhân gãy xương gót có tổn thương phối hợp chiếm 50%, trong đó hay gặp nhất là CTCS thắt lưng, gãy 2 xương gót đứng thứ 2 với tỷ lệ 18,7%. Theo phân loại Essex - Lopresti thì gãy lún khớp hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 62,5%. Theo phân loại của Sander thì gãy độ III hay gặp nhất với 60%.

**3.2. Về kết quả điều trị.** Thời gian nằm viện trung bình là 9,6 ± 3,3 ngày. 84,4% liền da thì đầu. Có 5 BN (15,6%) có biến chứng hoại tử, nhiễm trùng vết mổ, trong đó có 2 BN nhiễm trùng sâu phải nạo viêm và tháo nẹp sớm. Trên X-quang sau mổ chỉ số góc Boehler đạt trung bình 27° ± 9,3°, góc Gissane trung bình 120,2° ± 5,6°. Đánh giá kết quả chung theo Hall và Pennal với thời gian theo dõi là 12 tháng: 90,6% bệnh

nhân đạt kết quả khá và tốt, 3 bệnh nhân đạt kết quả trung bình tương đương 9,4%, không có bệnh nhân đạt kết quả kém. Kết quả chức năng khớp cổ chân theo Rowe: 93,8% bệnh nhân đạt kết quả khá và tốt, chỉ có 2 bệnh nhân (6,2%) đạt kết quả trung bình và không có bệnh nhân nào cho kết quả chức năng kém. Tất cả các bệnh nhân đều liền xương sau 8 tháng.

#### IV. BÀN LUẬN

**Nguyên nhân tai nạn, tổn thương phối hợp và thời điểm phẫu thuật.** Xương gót là một xương có một cơ chế gãy xương rất khác biệt. Phần lớn các gãy xương gót là do nén ép dọc trục. Có một nhóm nhỏ gãy ngoài khớp do sự nhỏ lên của mảnh gãy và gãy hở do chấn thương vận tốc cao. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng nguyên nhân chủ yếu là ngã cao với 94% các trường hợp. Do cơ chế chấn thương năng lượng cao như vậy nên có một tỷ lệ lớn các bệnh nhân gãy xương gót có tổn thương phối hợp mà đa phần là CTCS hoặc gãy xương chi dưới. Thời điểm phẫu thuật trung bình của nghiên cứu là  $7,3 \pm 4,1$  ngày sau chấn thương, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 18 ngày, kết quả này sớm hơn một số tác giả khác như ZwippH (2004) [1] là 8,8 ngày sau chấn thương, Jain S. và cộng sự [2] là 9,2 ngày. Do gãy xương gót thường kèm theo phù nề nhiều ở vùng bàn chân, nhiều trường hợp máu tụ, phù nề, phỏng nước hoặc mảnh xương di lệch đội dưới da gây thiếu dưỡng. Các tác giả đều khuyến cáo nên đợi cho phần mềm vùng bàn chân giảm nề nhiều rồi hãy tiến hành phẫu thuật, thông thường phải chờ 7÷14 ngày hoặc khi xuất hiện nếp nhăn da mặt lưng bàn chân và vùng mắt cá chân, gọi là dấu hiệu "Wrinkle's sign". Qua nghiên cứu cho thấy, hầu hết các bệnh nhân được phẫu thuật trong thời gian này, có 6 BN (18,7%) được phẫu thuật sớm hơn do có phần mềm tốt, ít sưng nề, qua theo dõi thì cả 6 BN này đều ghi nhận không có tình trạng chảy dịch vết mổ, vì thế chúng tôi cho rằng có thể phẫu thuật sớm hơn thời gian khuyến cáo, tuy nhiên, phải hết sức thận trọng để xem xét và đánh giá lâm sàng thật kỹ.

**Nhiễm trùng, hoại tử vết mổ.** Hoại tử vết mổ là biến chứng hay gặp nhất của phẫu thuật gãy xương gót, các tài liệu khác nhau ghi nhận tỷ lệ này là từ 16÷ 25%. Trong 32 bệnh nhân được phẫu thuật và theo dõi thì có 5 BN (15,6%) bị nhiễm trùng vết mổ ở các mức độ khác nhau, khi so sánh với các tác giả trong và ngoài nước khác như Lâm Quốc Thanh 18,75%[3], Nguyễn Lâm Bình [4] 25%, Ying Li 26,7%[5] thì tỷ lệ của

chúng tôi thấp hơn một chút. Trong 5 BN đó có 3 bệnh nhân nhiễm trùng nông và 2 bệnh nhân nhiễm trùng sâu phải tháo nẹp sớm. Với 3 BN nhiễm trùng nông, vết mổ chảy dịch kéo dài, các BN đều được tách chỉ, điều trị kháng sinh, 02 vết mổ liền sau 4 tuần và 1 vết mổ liền sau 5 tuần. 1 BN nhiễm trùng lộ nẹp, tháo nẹp sau 3 tháng và cấy dịch, điều trị theo kháng sinh đồ, vết mổ liền sau 4 tuần. 1 BN chảy dịch vết mổ kéo dài, điều trị kháng sinh nhiều đợt trong 6 tháng nhưng không hết, đã được phẫu thuật tháo nẹp, nạo viêm, điều trị theo kháng sinh đồ, vết mổ liền sau 3 tuần. Đây là những biến chứng hết sức nặng nề, ảnh hưởng lớn đến kết quả cuộc mổ, kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng thấp hơn có lẽ nhờ việc thận trọng trong chỉ định mổ, đánh giá lâm sàng và lựa chọn thời điểm mổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, khi tiếp nhận bệnh nhân chúng tôi thường cho bệnh nhân gác cao chân và chườm lạnh từ những ngày đầu, một kinh nghiệm khác là trong khi mổ chúng tôi thường cố gắng phẫu tích sát xương để giữ tối đa độ dày của vật da xương gót và uốn nẹp giúp tăng độ tương thích về giải phẫu, tránh kên nẹp làm tăng áp lực cho vật da.

**Góc Bohler và góc Gissane sau mổ.** Góc Bohler là góc quan trọng dự đoán kết quả gãy xương. Mất góc Bohler (bình thường có độ lớn  $25^\circ - 40^\circ$ ) liên quan với kết quả kém và sự nắn chỉnh tốt sẽ mang lại kết quả phục hồi chức năng tốt. Theo kết quả nghiên cứu, góc Bohler trước phẫu thuật giảm xuống với độ lớn trung bình là  $-9^\circ \pm 12,6^\circ$ , sau phẫu thuật đã tăng lên đáng kể đạt trung bình  $27^\circ \pm 9,3^\circ$ . Sau mổ thấy góc Bohler được phục hồi ( $25^\circ-40^\circ$ ) ở 25 bàn chân chiếm 78% tương đương với các tác giả Haddad M[6], Jain S và cộng sự[2]. Góc Gissane là chỉ số phổ biến thứ 2 trên lâm sàng sau góc Bohler để đánh giá tình trạng gãy xương gót phạm khớp. Góc Gissane thay đổi gợi ý gãy xương gót phạm khớp với lún diện sên – gót sau, vì vậy việc phục hồi góc Gissane sau mổ giúp chúng ta đánh giá được sự phục hồi của mặt khớp. Đây cũng là mục tiêu quan trọng của phẫu thuật KHG gót. Trong nghiên cứu của chúng tôi, góc Gissane sau mổ đạt trung bình là  $120,2^\circ \pm 5,6^\circ$ . Kết quả này thấp hơn với chỉ số của góc Gissane trong y văn là từ  $125^\circ$  đến  $140^\circ$ , tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu về mối tương quan của các góc xương gót đại diện cho diện khớp sên – gót sau ở người Việt Nam bình thường của nhóm tác giả Phạm Đình Dũng, Hoàng Đức Thái [7] vào năm 2020 tại bệnh viện chấn thương chỉnh hình thành

phổ Hồ Chí Minh cho thấy rằng chỉ số góc Gissane có sự thay đổi tùy thuộc vào vị trí địa lý và chủng tộc. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng số đo góc Gissane trung bình của người Việt Nam là  $116,6^{\circ} \pm 5,3^{\circ}$ , vì vậy có thể thấy rằng, việc đạt kết quả trung bình là  $120^{\circ} \pm 5,6^{\circ}$  như trong nghiên cứu là khả quan và phù hợp với giải phẫu của bệnh nhân.

**Đánh giá chức năng cổ chân theo phân loại Rowe.** Theo tác giả Rowe, tầm vận động cổ chân sau khi mổ KHG gót sẽ gây ảnh hưởng nhiều đến khả năng đi lại và lao động của bệnh nhân. Trong 32 trường hợp được phẫu thuật KHG gót, có 30 BN có chức năng khớp cổ chân khá và tốt chiếm 93,8%, chỉ có 2 BN chiếm 6,2% có kết quả trung bình. Trong 2 bệnh nhân này, kết quả không như mong muốn là do nhiều yếu tố kết hợp: Ở BN nhiễm trùng sâu việc nhiễm trùng trong thời gian dài, khiến cho khớp dưới sên bị viêm dính, thoái hóa, gây ảnh hưởng đến vận động của khớp, BN còn lại do tổn thương gãy lún phức tạp, di lệch mặt khớp nhiều mảnh độ IV theo phân loại của Sander, nên việc phục hồi lại giải phẫu khó khăn, theo dõi sau 1 năm trên phim X-quang bệnh nhân đã có dấu hiệu của thoái hóa khớp dưới sên.

**Đánh giá kết quả chung theo Hall – Penal.** Mục tiêu của việc điều trị gãy xương gót bằng phẫu thuật là phục hồi lại giải phẫu, nâng mặt khớp lún, cố định vững chắc. Do đó, kết quả đạt được tùy thuộc nhiều vào việc phục hồi lại các tổn thương giải phẫu của xương gót. Việc đánh giá này chủ yếu dựa trên theo dõi lâm sàng và hình ảnh học theo từng giai đoạn bệnh. Sự hài lòng của bệnh nhân cũng là một tiêu chí cần thiết để đánh giá điều trị thành công hay thất bại của gãy xương gót. Bảng đánh giá phân loại chung theo Hall và Pennal có 4 mức độ: Tốt, khá, trung bình và xấu. Chủ yếu dựa vào mức độ hài lòng và chức năng của cổ chân. Với thời gian theo dõi là 12 tháng, nghiên cứu có kết quả tương đương với một số tác giả khác trong và ngoài nước như Essex- Lopresti [8] 85%, Lâm Quốc Thanh [3] 91,6%. Tỷ lệ trung bình- xấu là 9,5%, cũng không có sự khác biệt so với các tác giả khác. Trong số 9,5% (3/32 BN) ca xấu - trung bình thì có 1 ca mất góc Boehler trong quá trình theo dõi, gây đau khi đi lại và giảm chức năng cổ bàn chân, 2 ca còn lại bị biến chứng nhiễm trùng sâu.

**Khả năng liền xương và quay lại công việc.** Gãy xương gót là một tổn thương nghiêm trọng, gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng của công việc của người lao động và cuộc sống. Sau

tai nạn nhu cầu quay lại công việc của bệnh nhân là rất quan trọng vì họ thường là lao động chính trong gia đình. Sau khi theo dõi 32 BN với thời gian 12 tháng, không ghi nhận trường hợp nào khớp giả xương gót hay còn gọi là không liền xương, trường hợp liền xương muộn nhất là sau 8 tháng ở 1 BN có biến chứng nhiễm trùng sâu. Việc đánh giá sự liền xương chủ yếu dựa vào các yếu tố: triệu chứng lâm sàng và hình ảnh can xương trên phim X quang. Một bệnh nhân được đánh giá lành xương khi trên lâm sàng bệnh nhân chống chân đi không đau và trên phim X-quang can xương xóa mờ các đường gãy. Do xương gót là vùng xương xốp, lại nhận được nguồn nuôi dưỡng rất dồi dào từ 2 nguồn động mạch gan chân trong và động mạch mạc nên khả năng liền xương của xương gót rất tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN phải thay đổi công việc là 3 BN (9,3%) số liệu này tương đồng với nghiên cứu của Trương Trí Hữu hay tác giả Lâm Quốc Thanh và cộng sự (2019) [3]. Có thể thấy tỷ lệ thay đổi công việc trong gãy xương gót khá cao, có thể giải thích rằng bệnh nhân đa phần ở độ tuổi lao động, làm những công việc nặng nhọc, đi đứng nhiều, leo trèo, mang vác nặng, ngoài ra việc tổn thương phổi hợp đi kèm thường là các tổn thương nặng cũng có thể là yếu tố ảnh hưởng đến việc làm thay đổi công việc của bệnh nhân sau chấn thương. Trong 3 trường hợp thay đổi công việc trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp tổn thương gãy cột sống thắt lưng kèm theo, 1 trường hợp bệnh nhân bị nhiễm trùng sâu, kết quả chức năng cổ chân kém và 1 trường hợp X-quang sau mổ không đạt, bệnh nhân đau khi đi và chỉ đi lại được quãng ngắn. Chính vì vậy, đứng trước một bệnh nhân gãy xương gót cần phải có kế hoạch điều trị hợp lý để giảm những di chứng cũng như tỷ lệ tàn tật cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy kết hợp xương bằng nẹp khóa là một lựa chọn điều trị tốt cho các trường hợp gãy xương gót di lệch mặt khớp, đem lại kết quả điều trị khả quan cho bệnh nhân, giúp đảm bảo vững chắc ổ gãy, phục hồi giải phẫu xương gót, bệnh nhân có thể tập vận động sớm và sớm trở lại cuộc sống bình thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zwipp H, Rammelt S, Barthel S.** (2004), Calcaneal fractures – open reduction and internal fixation (ORIF), Injury.35, pp.46 ÷ 54.
2. **Jain S, Jain AK, Kumar I.,** Outcome of open reduction and internal fixation of intra articular calcaneal fracture fixed with locking calcaneal

- plate, Chinese J of Traumatology. 2013;16(6): pp. 355÷360
- Lâm Quốc Thanh** (2015), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín lún nhiều mảnh xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp ốc, Luận văn Chuyên khoa 2, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
  - Nguyễn Lâm Bình** (2016), Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy xương gót, Tạp chí Chấn thương chỉnh hình 2016.
  - Ying Li** (2016), Complication in operative fixation of calcaneal fracture, Int J Surg.12, pp.475÷480.
  - Mohnish Gadhavi** (2018), To study outcomes of calcaneus fractures treated by conservative and surgical treatment according to AOFAS scoring system, National Journal of Clinical Orthopaedics, 87, pp.1260÷1264.
  - Phạm Đình Dũng, Hoàng Đức Thái** (2021), Mối tương quan giữa các góc xương gót đại diện cho diện khớp sên sau ở người Việt Nam bình thường, Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 25, Số 1/2021.
  - Essex-Lopresti P.** (1952), The mechanism, reduction technique, and results in fractures of the os calcis, Br J Surg.39, pp.395÷419.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TẠI 4 XÃ PHƯỜNG THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Huế<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 76 người bệnh tai biến mạch máu não tại 4 xã/phường thành phố Nam Định, tỉnh Nam Định với phương pháp điều tra cắt ngang nhằm mô tả kiến thức phục hồi chức năng của người bệnh tai biến mạch máu não. Kết quả có 13,2% đối tượng có kiến thức tốt về phục hồi chức năng tai biến mạch máu não; 53,9% có kiến thức trung bình và 32,9% có kiến thức kém. 72,4% đối tượng có nhu cầu được cung cấp kiến thức, hướng dẫn phục hồi chức năng tai biến mạch máu não từ cán bộ y tế. 67,1% đối tượng có nhu cầu được hỗ trợ về tâm lý; 47,9% có nhu cầu hỗ trợ về mặt xã hội và 55,3% mong muốn được hỗ trợ về mặt giao tiếp. Nghiên cứu cho thấy cán bộ y tế xã/phường cần nâng cao kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh tai biến mạch máu não từ đó người bệnh có ý thức hơn trong sự kiên trì và tập luyện phục hồi chức năng, dần dần họ có thể độc lập trong cuộc sống và tái hòa nhập cộng đồng.

**Từ khóa:** Kiến thức, phục hồi chức năng, người bệnh tai biến mạch máu não, thành phố Nam Định

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE ON REHABILITATION OF CEREBROVASCULAR ACCIDENTS PATIENT IN 4 COMMUNITIES, WARDS IN NAM DINH CITY, NAM DINH PROVINCE

Research on 76 stroke patients in 4 communes/wards in Nam Dinh city, Nam Dinh province with a cross-sectional survey method to describe the functional rehabilitation knowledge of stroke patients. According to the statistics, the number of patients had good knowledge about stroke

rehabilitation account for only 13.2%. Whereas 53.9% had moderate knowledge and 32.9% had poor knowledge. The survey presents 72.4% of interviewed patients need to be provided with knowledge and guidance on stroke rehabilitation from medical staff. When it comes to assistance need, 67.1% of interviewees need psychological support; 47.9% need social support and 55.3% require communication support. Research shows that commune/ward health staff need to help stroke patients improve knowledge of rehabilitation, so that these patients become more persevering in rehabilitation exercises. Gradually they can become independent in life and reintegrate the community. **Keywords:** Knowledge, rehabilitation, stroke patients, Nam Dinh city

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (đột quỵ não) là bệnh không lây nhiễm thường gặp. Theo con số thống kê, hàng năm Việt Nam có khoảng 200.000 ca bệnh đột quỵ và giống như các bệnh mạn tính khác, con số này vẫn đang có chiều hướng gia tăng. Theo Hội đột quỵ thế giới 2022, mỗi năm thế giới có hơn 12,2 triệu ca đột quỵ não mới, trong đó có tới 6,5 triệu ca tử vong (1). Đột quỵ gây ra đa tàn tật gồm tàn tật về vận động, cảm giác, giác quan, ngôn ngữ... Người bị đột quỵ cần được tập luyện phục hồi chức năng (PHCN) càng sớm càng tốt, nếu không được tiến hành PHCN sớm sẽ phát triển nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao, sống lệ thuộc và tàn tật càng ngày càng nặng lên. Nhằm giúp định hướng can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, nâng cao hiệu quả tư vấn giáo dục sức khỏe, giúp người bệnh tai biến có thể độc lập trong cuộc sống, nhanh chóng tái hòa nhập cộng đồng, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Thực trạng kiến thức phục hồi chức năng người bệnh tai

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huế  
Email: huedhdd@gmail.com  
Ngày nhận bài: 8.3.2024  
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024  
Ngày duyệt bài: 20.5.2024