

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Khanh (2010), Đánh giá ảnh hưởng của sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật đến sức khỏe của người chuyên canh chè tại Thái Nguyên và hiệu quả của các biện pháp can thiệp. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
2. Trần Thế Hoàng (2011), Hành vi dự phòng nhiễm hóa chất bảo vệ thực vật ở người canh tác chè xã La Bằng, Đại Từ, Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
3. Nguyễn Tuấn Khanh, Đỗ Hàm (2010), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật của người chuyên canh chè tại Thái Nguyên", Tạp chí Y học thực hành, 9/2010, số 9 (732), tr. 65 – 67.
4. Nguyễn Tuấn Khanh, Đỗ Hàm (2009), "Thực trạng một số bệnh thường gặp ở người dân chuyên canh chè tại Thái Nguyên", Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXIII, số 6 (105), tr 56 - 61.
5. K' Vời, Đỗ Văn Dũng (2010), "Kiến thức thái độ thực hành về hóa chất bảo vệ thực vật của người dân trồng rau tại thành phố Đà Lạt tỉnh Lâm

đồng năm 2008", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 4 (1/2010)

6. Hà Minh Trung và cs (2000), Nghiên cứu ảnh hưởng của hoá chất độc hại dùng trong nông nghiệp tới sức khoẻ con người, các biện pháp khắc phục. Đề tài cấp Nhà nước 11-08, Bộ NN & PTNN.

7. Cục Y tế dự phòng và Môi trường (2010), Báo cáo công tác y tế lao động, bệnh nghề nghiệp năm 2009, hội nghị tổng kết công tác Y tế lao động, bệnh nghề nghiệp năm 2009, triển khai công tác năm 2010 ngày 14/3/2010, Bộ Y tế, Hà Nội.

8. Nguyễn Văn Tư (2003), Nghiên cứu một số chỉ số hoá sinh, kiến thức hiểu biết, sức khoẻ ở người sử dụng thuốc trừ sâu trong chuyên canh chè, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, mã số B2001-04-08, Trường Đại học Y Khoa Thái Nguyên.

9. Lô Thị Hồng Lê (2003), Nghiên cứu thực trạng sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật, tình hình sức khoẻ của người chuyên canh chè tại nông trường Sông Cầu và xã Minh Lập - Đồng Hỷ- Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XA THEO PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN DUPUYTREN QUA THANG ĐIỂM AOFAS

NGUYỄN THẾ BÌNH¹,
NGUYỄN ĐIỆN THÀNH HIỆP¹,
NGUYỄN VĂN LƯỢNG¹,
NGUYỄN VĂN MẠNH², TÓNG KHÁNH VINH¹
¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
²Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về điều trị phẫu thuật kết hợp xương trong gãy Dupuytren cho thấy những kết quả khả quan. Nhằm cung cấp thêm kết quả điều trị phẫu thuật gãy Dupuytren theo phương pháp đánh giá kết quả của AOFAS, qua đó rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị loại gãy này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu vấn đề này.

Đối tượng - phương pháp: 38 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín Dupuytren được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bên trong tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong thời gian từ tháng 9/2015 đến tháng 6/2020.

Kết luận: Đánh giá kết quả xa được 34/38 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình là 21,3 tháng, tối thiểu là 6 tháng. Điểm trung bình là 91,79 (thấp nhất là 65 và cao nhất là 100), trong đó tốt là 20 bệnh nhân (58,8%), điểm AOFAS trung bình: 96,4 điểm; khá là 11 bệnh nhân (32,4%), điểm AOFAS trung bình: 87,73 điểm; trung bình là 3 bệnh nhân (8,8%), điểm AOFAS trung bình: 72,33 điểm.

Từ khóa: Dupuytren, điểm AOFAS.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thế Bình
Email: bsbinhb1a@gmail.com
Ngày nhận: 02/11/2020
Ngày phản biện: 15/12/2020
Ngày duyệt bài: 05/01/2021

SUMMARY

In the world as well as in Vietnam, there have been many studies on surgical treatment of combined bones in Dupuytren fractures showing positive results. In order to provide more surgical treatment results for Dupuytren fractures according to the AOFAS results assessment method, thereby learning from experience and improving the quality of treatment for this type of fracture, we conduct research on this problem. Subjects - methods: 38 patients diagnosed with Dupuytren closed fracture were treated with internal fracture surgery at 108 Military Central Hospital, from September/2015 to June 2020. Conclusion: Evaluating distant results was 34/38 patients with a mean follow-up time of 21.3 months, minimum of 6 months. The average score is 91.79 (the lowest is 65 and the highest is 100); in which: Good is 20 patients (58.8%), average AOFAS score: 96.4 points; Quite 11 patients (32.4%), mean AOFAS: 87.73 points; Mean 3 patients (8.8%), mean AOFAS score: 72.33 points.

Keywords: Dupuytren, AOFAS score.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, gãy Dupuytren được mô tả với các tổn thương gãy mất cá trong hoặc đứt dây chằng Delta; gãy 1/3 dưới xương mác hoặc gãy đầu dưới xương mác ngang khớp chày mác dưới, doãng mộng chày mác và đứt dây chằng chày mác dưới, xương sên bán trật khớp ra ngoài, nếu có gãy mất cá sau thì kèm theo bán trật khớp xương sên ra sau. Vì vậy, đòi hỏi phải có một phương pháp điều trị đúng để phục hồi vị trí giải phẫu của xương sên góp phần phục hồi chức năng khớp cổ chân cho người bệnh.

Điều trị bằng phẫu thuật nắn chỉnh mở và kết hợp xương bên trong ngày càng phổ biến với mục đích nắn chỉnh phục hồi lại giải phẫu và cố định ổ gãy xương, phục hồi vị trí giải phẫu của xương sên, cố định lại khớp chày mác dưới, giúp bệnh nhân vận động phục hồi chức năng sớm và tránh các di chứng chấn thương.

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về điều trị phẫu thuật kết hợp xương trong gãy các mất cá nói chung và gãy Dupuytren nói riêng như nghiên cứu của Burwell và Charnley (1965) [1]; Ali, Mc Laren và O'connor (1987) [2]... Ở Việt Nam cũng có một số tác giả báo cáo về kết quả điều trị kết xương Dupuytren như: Ma Ngọc Thành (2010) [3]; Nguyễn Văn Việt (2014) [4]; Đỗ Tuấn Anh (2016) [5]; Nguyễn Trung Văn (2019) [6]... Các báo cáo này đều cho

thấy những kết quả khả quan khi kết hợp xương bên trong điều trị gãy Dupuytren.

Nhằm cung cấp thêm kết quả điều trị phẫu thuật gãy Dupuytren theo phương pháp đánh giá kết quả của AOFAS, qua đó rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị loại gãy này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bên trong điều trị gãy kín Dupuytren”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín Dupuytren được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết xương bên trong tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong thời gian từ tháng 9/2015 đến tháng 6/2020.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín Dupuytren, từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bên trong

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Gãy xương bệnh lý, gãy xương ở chi sấn có những dị tật, di chứng ảnh hưởng đến đánh giá kết quả điều trị.

+ Các trường hợp có gãy xương khác ảnh hưởng đến phục hồi chức năng cổ chân: vỡ xương gót, xương sên, các tổn thương phức tạp ở bàn chân, gãy xương cẳng chân, xương đùi, xương chậu vì có ảnh hưởng đến việc đánh giá kết quả xa.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang bao gồm cả hồi cứu và tiền cứu.

- Cỡ mẫu thuận tiện.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

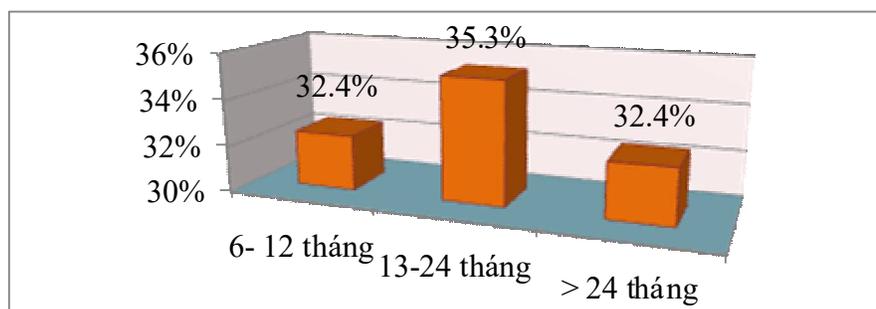
Dựa theo bảng điểm đánh giá chức năng khớp cổ chân của Hiệp hội Chỉnh hình Cổ chân Bàn chân Hoa Kỳ (AOFAS) theo các phương pháp kết xương gồm 9 tiêu chí: mức độ đau; mức độ giới hạn hoạt động, dụng cụ hỗ trợ; khoảng cách đi bộ; khả năng đi bộ; thay đổi về dáng đi; biên độ vận động bàn chân, cảm giác vững cổ chân, góc tạo bởi mũi chân và gót chân so với trục chi.

4. Xử lý số liệu

Sau khi thu thập thông tin sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thời gian theo dõi kết quả xa



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian theo dõi kết quả xa

Trong đó, thời gian ngắn nhất là 6 tháng, thời gian dài nhất là 55 tháng.

Số bệnh nhân theo dõi trong khoảng 13 - 24 tháng chiếm 35,3%. Thời gian trung bình: 21,3 tháng.

2. Phương pháp điều trị

2.1. Phương pháp kết hợp xương

Bảng 5. Phương pháp kết hợp xương trong gãy kín Dupuytren

PP KHX	Đinh Kirschner	Nẹp vít	Vít xoắn	Đinh và vít	Néo ép	Tổng số
Tổn thương						
Mất cá trong	0	0	33	3	1	37
Xương mác	2	36	0	0	0	38
Mất cá sau	1	4	14	1	0	20

Nhận xét:

- Các bệnh nhân bị gãy mất cá trong được phẫu thuật kết xương bằng 2 vít xoắn là chủ yếu, tùy vào kích thước ổ gãy để phối hợp cùng đinh Kirschner.

- Ổ gãy xương mác hoặc mất cá ngoài thường sử dụng nẹp vít, chủ yếu là nẹp vít lòng máng, có 14 bệnh nhân được kết xương bằng nẹp khóa là các bệnh nhân gãy thấp ở đầu xương, tuổi cao, gãy phức tạp thân xương mác hoặc mất cá ngoài.

- Ổ gãy mất cá sau tất cả đều được phẫu thuật kết xương bên trong, chủ yếu là sử dụng 2 vít xoắn bắt song song để cố định, tùy vào kích thước để kết hợp với đinh Kirschner cố định ổ gãy. Có 4/20 bệnh nhân được sử dụng nẹp khóa là những bệnh nhân có gãy phức tạp mất cá sau, gãy nhiều mảnh rời, người cao tuổi.

2.2. Liên quan giữa kết quả xa với phương pháp kết hợp xương

Thời gian để đánh giá kết quả xa là sau mổ trên 6 tháng, có 34/38 bệnh nhân đạt điều kiện thời gian kiểm tra đánh giá kết quả xa.

Đánh giá kết quả chức năng bằng hệ thống thang điểm AOFAS.

2.2.1. Kết hợp xương mất cá trong

- Trong số 34 bệnh nhân khám lại có 33 bệnh nhân bị gãy mất cá trong.

Bảng 6. Liên quan giữa kết quả xa với phương pháp kết hợp xương mất cá trong (n=33)

Kết quả PP KHX	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu	Tổng	Điểm TB
1 vít xoắn	1	2	1	0	4	87,5 ± 5,1
2 vít xoắn	13	12	0	0	25	93,64 ± 1,13
1 vít xoắn + đinh K	0	2	0	0	2	87,5 ± 1,5
Néo ép số 8	0	0	1	0	1	65
2 vít + 1 đinh K	1	0	0	0	1	100
Tổng	15	16	2	0	33	91,85
	BN	15	16	2	0	33
	%	45,5	48,5	6,1	0	100

P = 0,03

Nhận xét: Điểm trung bình của bệnh nhân được kết xương MCT bằng 2 vít xoắn cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

2.2.2. Kết hợp mất cá ngoài hoặc 1/3 D xương mác

Bảng 7. Liên quan giữa kết quả xa với phương pháp kết hợp xương mất cá ngoài (n = 34).

Kết quả PP KHX	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu	Tổng	Điểm TB
Nẹp vít thường (nẹp lòng máng)	9	12	0	0	21	92,9 ± 1,2
Nẹp khóa	4	5	2	0	11	88,1 ± 3,1
Đinh nội tủy	2	0	0	0	2	100
Tổng	15	17	2	0	34	91,79
	BN	15	17	2	0	34
	%	44,1	50	5,9	0	100

p = 0,16 > 0,05

Nhận xét: Sự khác biệt về kết quả xa giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

2.2.3. Kết hợp xương mắt cá sau

Trong số 34 bệnh nhân khám lại thì có 16 bệnh nhân có gãy mắt cá sau.

Bảng 8. Liên quan giữa kết quả xa với phương pháp kết hợp xương mắt cá sau (n = 16)

Kết quả PP KHX	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu	Tổng	Điểm TB	
Vít xoắn	4	7	0	0	11	92 ± 1,4	
Vít xoắn + Đinh Kirschner	0	1	0	0	1	86	
Đinh Kirschner	0	1	0	0	1	84	
Nẹp khóa	0	2	1	0	3	84,6 ± 5,3	
Tổng	BN	4	11	1	0	16	89,75
	%	25	68,8	6,2	0	100	
P = 0,38							

Nhận xét:

Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các phương pháp kết hợp xương mắt cá sau là không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

3. Kết quả chung

Bảng 5. Kết quả chung theo điểm AOFAS (n = 34)

Kết quả xa	Điểm	Số BN	Tỷ lệ %	Điểm trung bình
Tốt	91 - 100	15	44,1	98,73 ± 0,51
Khá	76 - 90	17	50	88,29 ± 0,49
Trung bình	50 - 75	2	5,9	69,5 ± 4,5
Xấu	< 50	0	0	0
Tổng	100	34	100	91,79

Nhận xét:

- Kết quả tốt và khá có 15/34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 44,1%.

- Có 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 5,9%

- Điểm trung bình là 91,79 với điểm thấp nhất là 65 và điểm cao nhất là 100.

BÀN LUẬN

1. Kết hợp xương mắt cá trong

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 33/34 trường hợp khám lại có gãy mắt cá trong. Mắt cá trong chủ yếu được chúng tôi kết xương bằng vít xoắn, thường là 2 vít xoắn, chỉ có 2 bệnh nhân có mảnh gãy nhỏ nên được kết hợp xương bằng 1 vít xoắn và 1 đinh Kirschner để chống di lệch xoay. Có một bệnh nhân được chúng tôi néo ép số 8 do mảnh gãy nhỏ không bắt được vít xoắn. Kết quả thu được ở nhóm được kết xương bằng MCT bằng 2 vít xoắn hơn ở nhóm kết xương bằng 1 vít xoắn và đinh Kirschner, Tuy p < 0,05 nhưng số lượng bệnh nhân ở các nhóm còn ít để đưa ra kết luận.

Ma Ngọc Thành (2010) [3] gặp 29/31 trường hợp có gãy mắt cá trong, tỷ lệ đạt kết quả rất tốt và tốt là 79,3%. Tác giả gặp 1 bệnh nhân có kết quả kém khi KHX mắt cá trong bằng đinh

kirschner, theo tác giả phân tích khi KHX bằng đinh kirschner nếu không xuyên đinh qua thành xương bên kia và không bẻ móc câu thì nguy cơ bị trôi đinh, trượt ổ gãy rất cao. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng bệnh nhân có kết quả điều trị kém này nằm trong nhóm cao tuổi, loãng xương, và mổ muộn sau khi được điều trị nhiều phương pháp không khỏi nên không đủ tiêu chí đại diện cho cả nhóm nghiên cứu.

Đỗ Tuấn Anh (2016) [5] gặp 37/46 trường hợp có gãy MCT với phương pháp KHX hai vít xoắn chiếm 59,4%, đinh và vít 27% và 2 đinh là 13,6% không có trường hợp nào néo ép và có hai bệnh nhân kết quả kém nằm ở nhóm KHX bằng đinh + vít và dùng 2 đinh.

2. Kết hợp xương mác và mắt cá ngoài

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 34/38 trường hợp có gãy 1/3D xương mác hoặc MCN đến khám lại. Có 32/34 bệnh nhân được kết xương bằng nẹp vít kết quả đều tốt và khá, có 2 bệnh nhân kết quả trung bình. Trong 32 bệnh nhân được kết xương bằng nẹp vít thì 21 bệnh nhân được dùng nẹp vít lòng máng, 11 bệnh nhân được dùng nẹp khóa. Những bệnh nhân được kết hợp xương bằng nẹp khóa là những bệnh nhân tuổi cao loãng xương hoặc bệnh nhân có xương mác gãy thấp ở đầu dưới, gãy phức tạp có mảnh rời, khi những bệnh nhân này được kết xương mác bằng nẹp khóa cho phép cố định vững ổ gãy và tập vận động sớm cổ chân. Kết quả thu được ở các nhóm là tương đương nhau, có 2 bệnh nhân bị xây xát da nhiều mặt ngoài vị trí gãy xương mác nên chúng tôi kết xương bằng đinh nội tủy, sau mổ bệnh nhân được cố định bằng bó bột cẳng bàn chân 6 tuần, kết quả chung đều đạt mức tốt. Tuy nhiên, các tác giả đều khuyên rằng đóng đinh nội tủy thường cho kết quả xấu do không chống được di lệch xoay của xương mác. Chúng tôi nhận thấy việc phục hồi giải phẫu MCN là rất quan trọng nhằm mục đích duy trì mối quan hệ chày sên. Khi dùng nẹp vít chúng tôi đảm bảo cố định vững chắc MCN, phục hồi được chiều dài MCN, và tránh di lệch xoay, mà thời gian và kỹ thuật không khó hơn so với kết hợp xương bằng đinh nội tủy. Đây cũng là quan điểm được nhiều tác giả ủng hộ.

Theo AO nẹp thường sử dụng là nẹp lòng máng (one-third tubular plate). Các bệnh nhân cao tuổi hoặc xương mác gãy thấp thì sử dụng nẹp khóa hoặc néo ép số 8 [9].

Trong nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh (2016) [5] có 41/46 trường hợp có gãy mắt cá ngoài đến khám lại. Tất cả số bệnh nhân này đều được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít với tỷ lệ kết quả điều trị tốt và rất tốt chiếm 80,5%.

3. Kết hợp xương mắt cá sau

Mặc dù có nhiều hiểu biết về mảnh gãy mắt cá sau ngày càng tăng, vẫn có nhiều tranh luận. Quyết định phẫu thuật cố định MCS theo truyền thống dựa trên kích thước của nó: Các mảnh MCS liên quan đến > 25% diện tích bề mặt khớp chày sên cần phẫu thuật cố định, các mảnh vỡ nhỏ hơn thường không cố định. Hoogendoorn năm 2017 [8] cho rằng nên cố định mảnh gãy phía sau nếu mảnh gãy chiếm >25% bề mặt khớp hoặc >10% bề mặt khớp kèm theo di lệch ở bệnh nhân <50 tuổi. Tuy nhiên các tài liệu mới không dựa vào kích thước của MCS để cố định. Tosun và cộng sự (2018) nghiên cứu 49 bệnh nhân gãy 3 mắt cá chân chia làm 2 nhóm: Nhóm I là những bệnh nhân không được điều trị MCS, nhóm II các mảnh gãy được phẫu thuật, cố định bằng vít xoắn hoặc nẹp vít. Thời gian theo dõi trung bình 15 tháng, kết quả cho thấy điểm AOFAS ở nhóm I thấp hơn đáng kể nhóm II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các tác giả khuyến nghị nên cố định tất cả các mảnh gãy MCS bất kể kích thước, và một nguyên nhân nữa là do mảnh gãy MCS thường là mảnh sau ngoài bao gồm điểm bám của dây chằng chày mác sau dưới, khi gãy MCS dây chằng này có thể vẫn nguyên vẹn và dính với mảnh vỡ. Sau khi cố định vững ổ gãy MCS thì sức căng của dây chằng chày mác sau dưới được phục hồi và không cần phải cố bắt vít cố định mộng chày mác [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16/34 bệnh nhân khám lại có gãy MCS, tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật bằng đường mổ sau ngoài. Có 11/16 bệnh nhân được cố định MCS bằng vít xoắn, có 1 bệnh nhân có mảnh gãy nhỏ được kết hợp bằng 1 vít xoắn và 1 đinh Kirschner, 1 bệnh nhân được kết hợp MCS bằng đinh Kirschner. Đặc biệt có 3 bệnh nhân do gãy phức tạp MCS, mảnh gãy lớn có nhiều mảnh rời đã được chúng tôi kết hợp bằng nẹp khóa. Kết quả ở 15/16 bệnh nhân có kết quả tốt và khá. Sự khác biệt ở các nhóm không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Kết quả chức năng ở nhóm gãy 3 mắt cá và nhóm gãy 2 mắt cá không có sự khác biệt. Điều này cho thấy ưu điểm khi chủ động kết hợp xương mắt cá sau ở tất cả các bệnh nhân.

Nguyễn Văn Việt (2014) [4] gặp 3 trường hợp gãy MCS, có 2 bệnh nhân được phẫu thuật bắt vít xoắn từ sau ra trước, 1 bệnh nhân mảnh gãy nhỏ không phẫu thuật, kết quả xa ở 3 bệnh nhân này đều tốt.

4. Kết quả xa theo thang điểm AOFAS

Trong số 38 bệnh nhân của chúng tôi có 34 bệnh nhân khám lại đủ điều kiện đánh giá theo thang điểm AOFAS với thời gian theo dõi trung

bình là 21,3 tháng. Điểm trung bình là 91,79 (thấp nhất là 65 và cao nhất là 100).

Kết quả thu được cụ thể như sau:

+ Tốt: 15 bệnh nhân (chiếm 44,1%). Điểm TB: 98,73

+ Khá: 17 bệnh nhân (chiếm 50%). Điểm TB: 88,29

+ Trung bình: 2 bệnh nhân (chiếm 5,9%). Điểm TB: 69,5

+ Xấu: 0 bệnh nhân

Burwell và Charley (1965) [1] mổ KHX cho 135 trường hợp gãy kín mắt cá chân, sau đó bỏ bột kết quả tốt là 82%. Vijay Karande và cộng sự (2017) [7] nghiên cứu tại Ấn Độ với 36 bệnh nhân gãy kín mắt cá chân cho kết quả 86,2% là tốt và rất tốt, 8,3% là khá và 5,5% là kém.

Ma Ngọc Thành (2010) [6] nghiên cứu 35 trường hợp gãy mắt cá chân có kết quả tốt và khá chiếm 80,65%, trung bình 16,12% và xấu 3,23%. Đỗ Tuấn Anh (2016) [8] nghiên cứu 46 trường hợp gãy mắt cá chân có kết quả tốt và khá chiếm 82,7%, trung bình 13% và xấu 4,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp và không có sự khác biệt nhiều.

KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả xa được 34/38 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình là 21,3 tháng, tối thiểu là 6 tháng. Điểm trung bình là 91,79 (thấp nhất là 65 và cao nhất là 100); trong đó tốt là 20 bệnh nhân (58,8%), điểm AOFAS trung bình: 96,4 điểm; khá là 11 bệnh nhân (32,4%), điểm AOFAS trung bình: 87,73 điểm; trung bình là 3 bệnh nhân (8,8%), điểm AOFAS trung bình: 72,33 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burwell H.N. và Charnley A.D.** (1965). The treatment of displaced fractures at the ankle by rigid internal fixation and early joint movement. *J Bone Joint Surg Br*, 47(4), 634–660.

2. **Ali M.S, Mc laren C.A, Ronholamin E, O'Connor B.T.** (1987). Ankle fractures in the elderly, Nonoperative or operative treatment, *J. Orthop - Trauma*, 1 (4): 275 - 80.

3. **Ma Ngọc Thành** (2010), *Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn Thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Văn Việt** (2014). *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín Dupuytren ở người lớn bằng phẫu thuật kết xương bên trong tại Bệnh viện Việt - Tiệp*. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú ĐHY Dược Hải Phòng.

5. **Đỗ Tuấn Anh** (2016). *Kết quả phẫu thuật gãy kín xương mắt cá chân ở người trưởng thành*

tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.

6. **Nguyễn Trung Văn.** (2019). *Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Saint Paul.* Luận văn Thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.

7. **Karande V., Nikumbha V.P., Desai A. et al.** (2017), "Study of surgical management of malleolar fractures of ankle in adults", *Int J Orthop Sci*, 3(3), 783–787.

8. **Hoogendoorn J.M.** (2017), "Posterior Malleolar Open Reduction and Internal Fixation

Through a Posterolateral Approach for Trimalleolar Fractures", *JBJS Essent Surg Tech*, 7(4).

9. **David M Hahn., Keenwa Chong** (2018), "Malleoli", *AO principles of Fracture Management*, (3),933 -960.

10. **Tosun B., Selek O., Gok U. et all.** (2018), "Posterior Malleolus Fractures in Trimalleolar Ankle Fractures: Malleolus versus Transyndesmal Fixation". *Indian J Orthop*, 52(3), 309–314.

KHẢO SÁT VI KHUẨN GÂY BỆNH VIÊM TẠI MŨI HỌNG Ở TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG MẦM NON TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI

**NGHIÊM ĐỨC THUẬN,
HUỲNH QUANG THUẬN, QUẢN THÀNH NĂM,
TRẦN THỊ HỒNG NHUNG, ĐỖ LAN HƯƠNG**
Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm tai mũi họng hay nhiễm trùng hô hấp trên là bệnh thường gặp ở cả người lớn và trẻ em, trong đó gặp nhiều nhất ở trẻ dưới 6 tuổi. Cùng với tiêu chảy và suy dinh dưỡng, nhiễm trùng hô hấp cấp tính là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em, nó gây ra gánh nặng bệnh tật lớn cho xã hội. Bệnh chủ yếu do virus gây nên, ngoài ra còn gặp tác nhân vi khuẩn như *S. pneumoniae*, *H. influenzae*. Đánh giá được vi khuẩn gây bệnh thường gặp này sẽ giúp ích nhiều trong việc điều trị các bệnh lý tai mũi họng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 157 trẻ dưới 6 tuổi ở hai trường mầm non tại Hà Nội có mắc bệnh lý tai mũi họng tại thời điểm khám, sau đó lấy mẫu bệnh phẩm cấy khuẩn để tìm vi khuẩn gây bệnh.

Kết quả nghiên cứu: Trong nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ trẻ dưới 2 tuổi mắc viêm tai mũi họng cao hơn trẻ lứa tuổi 2 – 6 tuổi. Tỉ lệ trẻ nam cũng cao hơn trẻ nữ. Viêm V.A là bệnh gặp nhiều nhất (76,43%), sau đó viêm họng, amidan (34,39%), ít

gặp nhất là viêm tai giữa (2,55%) và viêm thanh quản (1,27%). Trong số nghiên cứu, có tới 71% trẻ mắc ít nhất một vi khuẩn gây bệnh, trong đó có 13 trẻ (8,28%) đồng nhiễm hai vi khuẩn, không có trẻ nào đồng nhiễm 3 hoặc 4 vi khuẩn; còn lại 29% trường hợp hợp cho kết quả âm tính. Đánh giá trên 4 vi khuẩn thấy tỉ lệ gặp *M. catarrhalis* cao nhất 43,31%, theo sau là *H. influenzae* 17,83%, *S. pneumoniae* gặp ở 10,83% trường hợp, ít nhất là *S. aureus* với 8,28%.

Kết luận: Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ dưới 2 tuổi, nam nhiều hơn nữ, thường gặp viêm V.A. Trong nghiên cứu đều gặp cả 4 vi khuẩn gây bệnh nhưng *M. catarrhalis* gặp nhiều nhất, đồng thời cũng ghi nhận có những ca đồng nhiễm 2 vi khuẩn và không có ca nào đồng nhiễm *S. pneumoniae* và *S. aureus*.

Từ khóa: Viêm tai mũi họng, nhiễm khuẩn hô hấp trên, *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*.

SUMMARY

RESEARCH ON BACTERIA CAUSING EAR, NOSE, THROAT INFECTIONS IN UNDER 6-YEAR-OLD CHILDREN AT SOME KINDERGARTEN IN HANOI

Objective: Ear, nose and throat infections or upper respiratory tract infections (URI) are common diseases in both adults and children, most commonly in under 6-year-old children. Along with diarrhea and malnutrition, acute

Chịu trách nhiệm: **Nghiêm Đức Thuận**

Email: **thuanb6@yahoo.com**

Ngày nhận: **01/12/2020**

Ngày phản biện: **05/01/2021**

Ngày duyệt bài: **15/01/2021**