

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐẾN NGHE KÉM CỦA TRẺ EM TẠI TRUNG TÂM THÍNH HỌC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN TUYẾT XƯƠNG, TRẦN THÁI SƠN,
NGÔ THỊ MINH THUẬN, NGUYỄN PHƯƠNG DUNG,
TRINH DUY NIN, PHẠM TUẤN QUYẾT, NGUYỄN KHẮC TRƯỜNG,
ĐÀO HOA PHƯỢNG, VŨ NGỌC QUÝ, NGUYỄN THỊ ÁNH HỒNG,
NGUYỄN THỊ NGỌC HÀ, PHÍ THỊ QUỲNH ANH, ĐỖ HỒNG ĐIẾP
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, bệnh chứng, 1173 trẻ nghe kém được chẩn đoán tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2015 đến hết 30/6/2016.

Kết quả: Tỷ lệ Nam : Nữ là 1,6 : 1. Tuổi phát hiện nghe kém là: < 6 tháng 7,6%, từ 6th đến 1 tuổi là 18,07%, Từ 1 đến 2 tuổi là 45,52%, từ 2 đến 3 tuổi là 9,38%, từ 3 đến 4 tuổi là 7,76%, > 4 tuổi chiếm 12,79%. Trẻ nghe kém sống ở thành thị chiếm 35,98%. Nông thôn, miền núi chiếm 64,02%. Chậm nói là lý do đến khám nhiều nhất chiếm 74,5%. Mức độ nghe kém nặng và sâu chiếm 84,74%. Nguyên nhân nghe kém do quá trình mang thai chiếm 14,74%. Do quá trình chuyển dạ chiếm 11,34%. Do con chiếm 24,72%. Không rõ nguyên nhân chiếm 49,19%.

Từ khóa: Nghe kém, trẻ em.

SUMMARY

SOME FEATURES AND FACTORS CAUSING HEARING IMPAIRMENT OF CHILDREN AT AUDIOLOGY CENTER - NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

The descriptive, retrospective study of 1173 children who were diagnosed with hearing impairment at the National Hospital of Pediatrics from 1st January, 2015 to the end of 30th June, 2016.

Results: Male: Female rate was 1,6: 1. Age detected hearing impairment were: 7.6% for <6 months; 18.7% for 6 months to 1 year; 45.52% for 1 to 2 years of age; from 2 to 3 years was 9.38%, from 3 - 4 years was 7.76%, and > 4 years old was 12.79%. Hearing impairment children living in urban areas were 35.98%. Rural and mountainous areas were 64.02%. Slow in speech was of 74.5%, the most reason

to take examination. The degree of severe and deep hearing impairment accounted for 84.74%. Causes of hearing impairment: included the 14.74% of gestation, 11.34% of beginning labor, 24.72% of children themselves; 49.19% of unclear reason.

Keywords: Hearing impairment, children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém đang là vấn đề thời sự, tỷ lệ nghe kém đang ngày càng tăng, đặc biệt là ở các nước nghèo. Hiện nay, vấn đề phát hiện và can thiệp sớm đang gặp nhiều khó khăn do điều kiện kinh tế. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, việc khám và can thiệp sớm được thực hiện tại Trung tâm Thính học và trị liệu ngôn ngữ trẻ em thuộc Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Trung ương. Bên cạnh việc sàng lọc, phát hiện và can thiệp sớm thì vẫn còn một số đồng trẻ nghe kém được phát hiện muộn, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng nông thôn, miền núi.

Việc tìm hiểu về các đặc điểm của nghe kém, các yếu tố nguy cơ và một số yếu tố liên quan sẽ là cơ sở dữ liệu cho các nghiên cứu tiếp theo nhằm hạn chế tỷ lệ nghe kém trong tương lai, nâng cao nhận thức cộng đồng đối với phát hiện và can thiệp sớm nghe kém. Do đó, nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm và các yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém của trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2015 đến hết tháng 6/2016.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân khám từ 01/01/2015 đến 30/6/2016 là 4.114 bệnh nhân

Nhóm bệnh là 1.173 trẻ nghe kém.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Nhóm bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán nghe kém thông qua các phép đo chủ quan và/hoặc khách quan tại Trung tâm Thính học, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Tuyết Xương

Email: nguyentuoxuong@yahoo.com

Ngày nhận: 03/8/2021

Ngày phản biện: 22/9/2021

Ngày duyệt bài: 12/10/2021

Nhóm chứng: Chọn 1 bệnh, 2 chứng. Nhóm chứng lấy từ trẻ được khám tại trung tâm Thính học và được chẩn đoán không bị nghe kém.

Trẻ được chọn làm chứng có cùng tuổi, cùng giới với trẻ bệnh và không có tiền sử bệnh tật như trẻ bệnh.

Có bệnh án lưu ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết.

Gia đình hoặc người nuôi dưỡng đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ ít nhất 1 trong các yêu cầu của tiêu chuẩn lựa chọn.

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả, hồi cứu. Kết hợp nghiên cứu bệnh chứng.

3. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý và phân tích kết quả bằng chương trình SPSS 12.0.

- Các thuật toán sử dụng thường dùng trong nghiên cứu y học: Tính giá trị trung bình (TB),

1.2. Tuổi phát hiện nghe kém

Bảng 1: Phân bố theo tuổi phát hiện nghe kém

Độ tuổi	< 6 tháng	6 th – 1 tuổi	1 - 2 tuổi	2 - 3 tuổi	3 - 4 tuổi	> 4 tuổi	Tổng
Số trẻ	76	212	534	110	91	150	1.173
Tỷ lệ %	6,48	18,07	45,52	9,38	7,76	12,79	100
P	P < 0,05						

- Độ tuổi từ 1 đến 2 tuổi được phát hiện nghe kém nhiều nhất

- Trên 80% trẻ được phát hiện nghe kém trong độ tuổi từ 06 tháng tuổi đến 4 tuổi.

1.3. Tỷ lệ nghe kém phân bố theo địa dư

Bảng 2: Phân bố nghe kém theo địa dư

Nơi sinh sống	Số lượng	Tỷ lệ %	P
Thành thị	422	35,98	< 0,05
Nông thôn, miền núi	751	64,02	
Tổng	1.173	100	

64,02% trẻ em được phát hiện nghe kém sống ở vùng nông thôn, miền núi

1.4. Các lý do đến khám

Bảng 3. Phân bố lý do đến khám

Lý do	Số lượng trẻ	Tỷ lệ %	p
Chậm nói	874	74,5	< 0,05
Khám sàng lọc	187	15,9	
Khám sức khỏe	112	9,6	
Tổng	1173	100	

1.5. Mức độ nghe kém phát hiện

Bảng 4. Mức độ nghe kém

Tuổi	Mức độ nghe kém				Tổng
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Sâu	
< 1 tuổi	1	3	58	226	288
1-2 tuổi	6	16	132	380	534
2-3 tuổi	10	22	41	37	110
3-4 tuổi	12	11	33	35	91
> 4 tuổi	68	30	31	21	150
Tổng	97	82	295	699	1173
p	< 0,05				

tính tỉ lệ %, so sánh sự khác biệt giữa các chỉ số, tets χ^2 . Tính các yếu tố nguy cơ bằng tính tỷ suất chênh OR.

4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng đạo đức bệnh viện Nhi Trung ương thông qua.

Kết quả nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu khoa học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nghe kém

Tổng số bệnh nhân khám từ 01/01/2015 đến 30/6/2016: 4114 bệnh nhân.

Tổng số bệnh nhân nghe kém: 1173 bệnh nhân.

1.1. Tỷ lệ theo giới tính

Nam: Nữ = 1,6: 1; P < 0,05

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ Nam: Nữ là 1,6: 1 có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Nhận xét: Mức độ nghe kém nặng - sâu chiếm nhiều nhất và tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ nhỏ hơn 2 tuổi.

2. Một số yếu tố nguy cơ

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ

TT	Một số yếu tố liên quan	n	%	OR
I	Tiền sử mang thai	173	14,75	
1	Cúm	74	6,31	3,12
2	Sởi	12	1,02	
3	Rubella	54	4,60	11,30
4	Nhiễm độc thai nghén	33	2,81	5,31
II	Tiền sử sản khoa	133	11,34	
1	Chuyển dạ kéo dài	89	7,59	
2	Đẻ ngạt	17	1,45	2,98
3	Chấn thương sản khoa	27	2,30	
III	Tiền sử của con	290	24,72	
1	Cân thấp < 2500 g	73	6,22	6,78
2	Thở máy	46	3,92	9,32
3	Vàng da nhân	59	5,03	9,1
4	Viêm Não, màng não	19	1,62	8,62
5	Chấn thương	12	1,02	
6	Viêm tai	81	6,91	5,19
IV	Không rõ nguyên nhân	577	49,19	
	Tổng	1173	100	

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm

Trong nghiên cứu này, trẻ em nam chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ em nữ, 1,6:1.

Nghiên cứu này phù hợp nhóm trẻ nghe kém từ 2 - 5 tuổi tại Hà Nội với tỷ lệ Nam 52,4% so với nữ 47,6%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả sàng lọc giảm thính lực ở trẻ sơ sinh ở Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2005 với độ bao phủ 92,0% số trẻ sơ sinh được sàng lọc. Ở nghiên cứu sàng lọc trẻ sơ sinh giảm thính lực trên cho thấy số trẻ em nam và nữ được sàng lọc lần lượt là 53,2% và 46,8%. Kết quả khảo sát tình hình phản ứng thính giác trẻ sơ sinh Hà Nội của tác giả Lê Thị Lan cũng cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh là nam giới cao hơn tỷ lệ trẻ sơ sinh là nữ giới, 52,66% so với 47,34%. Tương tự như vậy, trong nghiên cứu tình hình suy giảm thính lực tại các trường tiểu học thành phố Hải Phòng cũng cho thấy tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (55,0% và 45,0%). Đây có thể do chênh lệch giới tính nam nữ ở nước ta trong những năm gần đây, đặc biệt ở khu vực Đồng bằng sông Hồng. Theo kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009, tỷ số giới tính nam : nữ khi sinh ở vùng Đồng bằng sông Hồng năm 2008 là 115:100 trẻ.

Chậm nói là nguyên nhân chính khiến trẻ được đưa đi khám và được phát hiện khiếm thính, chiếm 74,5%. Thực tế tại Việt Nam, do chương trình sàng lọc khiếm thính chưa mở rộng đến các tỉnh xa, và vẫn chưa phải là chương trình quốc gia (như một số nước khác) nên khiếm thính thường được phát hiện muộn và đa số là do gia đình thấy chậm nói mới đưa đi khám.

Trong nghiên cứu này, 70% trẻ nghe kém được phát hiện ở nhóm trẻ < 2 tuổi, đây là một kết quả đáng mừng, tuy nhiên nếu xét một cách tổng thể thì số trẻ đến sớm thường ở thành thị, có trình độ dân trí cao hơn, trẻ được quan tâm hơn, còn ở nông thôn, miền núi thường đến muộn hoặc rất muộn khiến cho việc can thiệp gặp rất nhiều khó khăn thậm chí là không thể.

Cũng chính vì lý do này, mà nhóm tuổi từ 1 - 2 tuổi là nhóm tuổi được phát hiện nghe kém nhiều nhất.

2. Các yếu tố nguy cơ

a) Liên quan tới quá trình thai nghén, chuyển dạ

Yếu tố tiền sử mẹ bị rubella trong khi mang thai là yếu tố nguy cơ của nghe kém ở trẻ, OR = 11,3. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả 2015 cho thấy trẻ có mẹ bị nhiễm rubella trong khi mang thai có khả năng bị nghe kém

cao gấp gần 12 lần trẻ không có mẹ bị nhiễm rubella (OR=11,73 95%CI:2,90-47,33). Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu trước đây về các yếu tố nguy cơ của trẻ giảm thính lực tại nước ta. Lê Thị Thu Hà (2011) nghiên cứu trẻ sơ sinh có nguy cơ cao cho thấy trẻ có mẹ bị nhiễm vi rút (chủ yếu là rubella) trong thai kỳ có nguy cơ bị nghe kém cao gấp 7,97 lần so với những trẻ có mẹ không bị (OR=7,97, 95%CI: 3,69-17,2). Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy nhiễm rubella trong khi mang thai là yếu tố nguy cơ quan trọng của nghe kém ở trẻ. Nghiên cứu bệnh chứng ở Bangladesh cho thấy 74,0% trẻ em bị nghe kém có kháng thể rubella (IgG), trong khi đó chỉ có 18,0% trẻ không bị nghe kém có kháng thể này. Nghiên cứu cũng cho thấy 67,0% mẹ của những trẻ bị nghe kém có kháng thể này, trong khi đó chỉ có 14,0% các bà mẹ của trẻ nghe bình thường có IgG. Kết quả nghiên cứu bệnh chứng ở Đan Mạch (1980) với trẻ từ 0-4 tuổi bị nghe kém tiếp nhận bẩm sinh đã tìm ra 60,0% trẻ nghe kém có kháng thể rubella trong máu, trong khi đó ở nhóm chứng chỉ có 23,0%. Trong 2 năm 1964-1965, đại dịch nhiễm rubella 12,5 triệu trường hợp nhiễm, gây ra 12,000 trẻ sơ sinh bị điếc ở Mỹ.

Theo TCYTTCG, các yếu tố như ngạt khi sinh, cân nặng sơ sinh thấp, vàng da bất thường sau sinh là những nguyên nhân của nghe kém ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Ở nghiên cứu bệnh chứng này, các bà mẹ được hỏi về các yếu tố nguy cơ đã được đưa ra trong y văn liên quan đến các yếu tố trong khi sinh. Kết quả cho thấy các yếu tố như tuổi thai sinh khi thai nhi dưới 37 tuần, cân nặng khi sinh dưới 2500gam, trẻ phải thở Oxy sau khi sinh và vàng da bất thường sau sinh phải điều trị là các yếu tố nguy cơ của nghe kém trong nghiên cứu này.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm trẻ có vấn đề về tai biến Sản khoa như đẻ ngạt, thở oxy sau sinh, cân nặng thấp, sơ sinh non tháng... chỉ số Apga thấp có nguy cơ nghe kém cao gấp 2,98 lần nhóm không có yếu tố trên... Tuy nhiên, nghiên cứu trên trẻ sơ sinh nguy cơ cao tại Hà Nội cho thấy không có sự khác biệt về nghi ngờ giảm thính lực giữa nhóm trẻ đẻ non (< 37 tuần) và nhóm trẻ đủ tháng (≥ 37 tuần), với $p > 0,05$.

Các yếu tố trong khi sinh như đẻ non, cân nặng khi sinh thấp liên quan tới giảm thính lực đã được báo cáo trong một số nghiên cứu. Nghiên cứu thuần tập ở Na Uy cho thấy có mối tương quan giữa tỷ lệ nghe kém với cân nặng thấp khi sinh của trẻ, dao động từ 6/10000 ở những trẻ có cân nặng >4499g tới 60/10000

trong nhóm trẻ em có cân nặng sơ sinh <1500g. Nghiên cứu cũng cho thấy cân nặng khi sinh thấp là yếu tố nguy cơ của nghe kém ở trẻ sơ sinh. So với nhóm trẻ sinh ra có cân nặng từ 3000g-3499g, trẻ sinh ra có cân nặng <1500g có nguy cơ bị nghe kém cao hơn 7,55 lần (95%CI: 4,81-11,87). Nhưng nghiên cứu thuần tập tại Úc cũng cho thấy cân nặng sơ sinh thấp không phải là yếu tố nguy cơ của nghe kém.

Nghiên cứu thuần tập trong 10 năm những trẻ từ 3-10 tuổi tại Mỹ cho thấy tỷ lệ nghe kém tăng lên tỷ lệ nghịch với cân nặng sơ sinh ở trẻ. Tỷ lệ nghe kém càng cao ở những trẻ có cân nặng càng thấp.

b) Các yếu tố sau sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm trẻ có các yếu tố nguy cơ như VMN. Vàng da nhân, chấn thương, viêm tai... bị nghe kém cao hơn từ 6,78 đến 9,32 lần so với nhóm trẻ không có các yếu tố nguy cơ trên.

Trẻ bị viêm màng não

Kết quả nghiên cứu này cũng giống với y văn trên thế giới và tại Việt Nam. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương cho thấy di chứng sớm ở bệnh nhân VMN do Streptococcus gây giảm hoặc mất thính lực xảy ra ở 41,33% bệnh nhân [3]. Nghiên cứu bệnh chứng tại Mexico cho thấy nghe kém tiếp nhận là loại nghe kém thường gặp ở trẻ phải điều trị tại các đơn vị điều trị tích cực. VMN là một yếu tố nguy cơ quan trọng của những trẻ nghe kém này, OR= 4,368, 95% CI:1,7-10,9. Tương tự như vậy, nghiên cứu bệnh chứng những trẻ phải điều trị tại đơn vị điều trị tích cực tại Bệnh viện Nhi Sophia, Hà Lan cho thấy viêm màng não là yếu tố nguy cơ của nghe kém tiếp nhận ở những trẻ sơ sinh này.

Trẻ bị bệnh ở tai

Theo báo cáo của TCYTTC, viêm tai mạn tính là nguyên nhân hàng đầu gây nghe kém, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Nước ta là quốc gia thuộc khu vực Đông Nam Á, nơi có tỷ lệ viêm tai mạn tính cao nhất trên toàn thế giới. Đây cũng là khu vực có tỷ lệ nghe kém ở trẻ em cao thứ 2 thế giới, sau khu vực châu Phi. Tương tự các nghiên cứu trước đây về mối liên quan giữa các bệnh ở tai như viêm tai giữa, viêm tai thanh dịch... với nghe kém, trong nghiên cứu của chúng tôi, mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy trẻ bị các bệnh ở tai có nguy cơ bị nghe kém cao hơn 5,9 lần trẻ không bị bệnh ở tai.

Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy bệnh ở tai là bệnh thường gặp ở lứa tuổi trẻ em, đặc biệt là trẻ 2 - 5 tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị

Hoài An (2003) tại một số phường của Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc viêm tai giữa ứ dịch kéo dài là 8,9%, trong đó trẻ 2 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất, chiếm 12,21%. Đặc biệt, nghiên cứu ở miền Nam nước ta cho thấy trẻ 2 tuổi có tỷ lệ viêm tai ứ dịch rất cao, 22,0%. Theo y văn, VTG ứ dịch có thể tiến triển đến các bệnh lý mạn tính của tai giữa: túi co kéo màng nhĩ, xẹp nhĩ, viêm tai xơ dính, xơ nhĩ, viêm tai giữa mạn tính thường.... Một trong những biến chứng của VTXC là VMN, qua đó có thể gián tiếp gây giảm thính lực ở trẻ em.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm nghe kém

- Tỷ lệ nghe kém theo giới tính là Nam:Nữ = 1,6 : 1.

- Lứa tuổi được phát hiện nghe kém cao nhất (70%) là từ 1 - 2 tuổi.

- Nghe kém mức độ nặng, sâu chiếm 84,74%.

- Chậm nói là triệu chứng thường gặp nhất khiến trẻ đi khám 74,5%.

2. Một số yếu tố nguy cơ

a) Các yếu tố nguy cơ thai nghén, chuyển dạ

Nguy cơ từ quá trình thai nghén: Trẻ có khả năng bị nghe kém cao gấp 12 lần so với nhóm chứng.

Nguy cơ do tai biến sản khoa: Nhóm trẻ có 1 trong các yếu tố nguy cơ này có nguy cơ bị nghe kém cao gấp 2,98 lần so với nhóm chứng.

b) Các yếu tố nguy cơ sau sinh

Nhóm trẻ có các yếu tố nguy cơ như viêm màng não, vàng da nhân, chấn thương, viêm tai... bị nghe kém cao hơn từ 6,78 đến 9,32 lần so với nhóm trẻ không có các yếu tố nguy cơ trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài An (2005). "Nghiên cứu đặc điểm viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em một số phường tại Hà Nội", Nội san Tai Mũi Họng, 3, tr. 1 - 9.

2. Nguyễn Thị Hoài An (2003). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em phường Trung Tự và một số phường khác thuộc Hà Nội, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

3. Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Hồng Quảng (2013). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và di chứng sớm ở bệnh nhân viêm màng não do Streptococcus suis", Tạp chí Y học thực hành, 860(3), tr. 8 - 11.

4. Tạ Ngọc Ân, Đoàn Thị Ngọc Diệp, Trương Hữu Khanh (2010). "Đặc điểm của viêm màng não mủ do Haemophilus Influenzae

type B tại Bệnh viện Nhi đồng I từ 2005-2008", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14(1), tr. 39 - 43.

5. **Nguyễn Huy Bạo, Nguyễn Công Nghĩa** (2010). "Sàng lọc mất thính lực (giảm khả năng nghe hoặc điếc) bẩm sinh ở sơ sinh", Tạp chí Y học, 14(2), tr. 19 - 22.

6. **Lê Thị Thu Hà** (2011). Nghiên cứu giảm thính lực ở trẻ sơ sinh có nguy cơ cao bằng phương pháp sàng lọc điện thính giác thân não tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. **Nguyễn Tuyết Xương** (2014). "Một số đặc điểm và yếu tố nguy cơ của nghe kém ở trẻ em từ 2 đến 5 tuổi tại các trường mẫu giáo nội thành Hà Nội." Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Luận án Tiến sĩ Y học.

8. **Absalan A.**, et al. (2013). "A Prevalence Study of Hearing Loss among Primary School Children in the South East of Iran", Int J Otolaryngol, 2013, tr. 138935.

9. **Allen R. L.**, et al. (2004). "Preschool hearing screening: pass/refer rates for children enrolled in a head start program in eastern North Carolina", Am J Audiol, 13(1), tr. 29 - 38.

10. **Arnesen A. R., K. K. Osen** (1978). "The cochlear nerve in the cat: topography, cochleotopy, and fiber spectrum", J Comp Neurol, 178(4), tr. 661-78.

11. **ASHA** (2011). Noise, America, truy cập ngày 5 tháng 8-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Noise-and-Hearing-Loss-Prevention>.

12. **ASHA** (2013). Causes of Hearing Loss in Adults, America, truy cập ngày 1 tháng 6-2013, tại trang web http://www.asha.org/public/hearing/disorders/causes_adults.htm.

13. **ASHA** (2013). Cochlear Implants, New York, truy cập ngày 1 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Cochlear-Implant>.

14. **ASHA** (2013). FM systems, New York, truy cập ngày 1 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/FM-Systems>.

15. **ASHA** (2013). Hearing Aids, Cochlear Implants and Assistive Technology, New York, truy cập ngày 5 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Treatment>.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN MÂM CHÀY ĐỘ V, VI THEO PHÂN LOẠI SCHATZKER BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẠP KHÓA

TRẦN CHIẾN, HOÀNG HUY THÀNH
Trưởng Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gờ kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Gồm 45 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán gãy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker, và phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2017 đến 31/12/2020.

Kết quả: Liên vết mổ: rất tốt: 84,4%; tốt: 11,1%; Xương sau mổ: rất tốt: 86,7%; tốt: 13,3%.

Chịu trách nhiệm: Hoàng Huy Thành

Email: huythanh511@gmail.com

Ngày nhận: 11/8/2021

Ngày phản biện: 05/10/2021

Ngày duyệt bài: 19/10/2021

Sau phẫu thuật 06 tháng: 71,1% BN không đau sau điều trị; 24,4% BN thỉnh thoảng đau, hoặc đau khi thay đổi thời tiết. Kết quả chức năng khớp gối: tốt 80% ; khá 17,8%; trung bình 2,2%. Biên độ gấp gối: $\geq 125^\circ$: 68,9%; $100^\circ - 124^\circ$: 31,1%. Biên độ duỗi gối: 0° : 86,7%; $< 5^\circ$: 13,3%; 93,4% BN đi lại bình thường sau mổ; 93,4% BN không lệch trục khớp gối; 93,4% BN không ngắn chi sau mổ. Không có mối liên quan giữa độ gãy mâm chày với kết quả phục hồi chức năng chi sau điều trị ($p > 0,05$).

Kết luận: Sử dụng nẹp khóa trong điều trị gãy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại Schatzker đạt kết quả tốt với tỉ lệ cao, vì vậy nẹp khóa nên được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng điều trị gãy mâm chày.

Từ khóa: Gãy kín mâm chày độ V, VI, phân loại theo Schatzker; kết xương nẹp khóa.