

chúng tôi vẫn còn một số hạn chế, bao gồm:

Cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, đặc biệt là các trường hợp tổn thương phức tạp.

Kết quả đánh giá phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của bác sĩ thực hiện kỹ thuật VCUg và phẫu thuật.

Chưa có dữ liệu theo dõi dài hạn sau phẫu thuật để đánh giá kết quả điều trị dựa trên chẩn đoán từ VCUg.

Các yếu tố này cần được tiếp tục nghiên cứu trong các công trình tiếp theo để khẳng định vai trò của VCUg trong tiên lượng hẹp niệu đạo.

V. KẾT LUẬN

- Độ nhạy cao (82,1%) và độ đặc hiệu vượt trội (90,9%), giúp phát hiện hiệu quả các trường hợp thực sự bị hẹp niệu đạo và giảm nguy cơ chẩn đoán nhầm.

- Giá trị tiên đoán dương (PPV) đạt 94,0%, chứng tỏ khả năng VCUg dự đoán chính xác các trường hợp có hẹp niệu đạo là rất cao.

- Giá trị tiên đoán âm (NPV) ở mức 74,6%, cho thấy một số trường hợp hẹp nhẹ hoặc phức tạp vẫn có nguy cơ bị bỏ sót nếu chỉ dựa vào VCUg đơn thuần.

Ngoài ra, VCUg cho kết quả tương đối chính xác trong việc đánh giá chiều dài đoạn hẹp, đặc biệt trong các trường hợp hẹp đơn thuần. Tuy nhiên, trong các trường hợp hẹp phối hợp, hẹp kèm xơ hóa hoặc hẹp phức tạp, VCUg có thể

gặp hạn chế và cần kết hợp thêm các phương pháp khác như nội soi niệu đạo hoặc siêu âm niệu đạo để đạt được độ chính xác cao nhất.

Chúng tôi khuyến nghị VCUg là phương pháp hình ảnh học quan trọng trong đánh giá bệnh lý hẹp niệu đạo, đặc biệt ở các bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ hoặc tiền sử phẫu thuật đường niệu đạo. Tuy nhiên, cần thận trọng trong các trường hợp bệnh nhân có tổn thương phức tạp, để tránh bỏ sót tổn thương.

Những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi lâu dài sẽ giúp khẳng định thêm vai trò và giá trị của VCUg trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Maciejewski C, Rourke K.** Imaging of urethral stricture disease. *Transl Androl Urol.* 2015;4(1):2.
2. **King C, Rourke KF.** Urethral stricture is frequently a morbid condition: incidence and factors associated with complications related to urethral stricture. *Urology.* 2019;132:189-194. doi:10.1016/j.urology.2019.07.013
3. **Yildirim A, Goya C, Hamidi C, et al.** MRI in patients with urethral stricture: a systematic review. *Diagn Interv Radiol.* 2021;27(2):134-140. doi:10.5152/dir.2020.19515
4. **Lumen N, Campos-Juanatey F, Greenwell T, Martins FE, Osman NI, Riechardt S, et al.** European Association of Urology guidelines on urethral stricture disease (part 1): management of male urethral stricture disease. *Eur Urol.* 2021;80(2): 190-200. doi:10.1016/j.eururo.2021.05.022

CHĂM SÓC NGOẠI TRÚ NGƯỜI BỆNH GÂY ĐAU DƯỚI XƯƠNG QUAY ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Phạm Ngọc Trường^{1,2}, Nguyễn Văn Thường³,
Nguyễn Văn Hiếu², Hoàng Văn Hậu¹, Lê Thị Thanh Lam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc điều dưỡng người bệnh gây đau dưới xương quay điều trị bảo tồn tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm 185 người bệnh gây đau dưới xương quay được điều trị bảo tồn bằng bó bột tại Bệnh viện

Việt Đức từ tháng 4/2023 tới tháng 8/2023. Công cụ nghiên cứu là bệnh án nghiên cứu được nhóm nghiên cứu xây dựng, dựa trên hướng dẫn về chăm sóc người bệnh bị gãy xương của Bộ Y tế và hướng dẫn về khảo sát sự hài lòng người bệnh của Bộ Y tế. **Kết quả:** Kết quả chăm sóc tốt chiếm 92,0%, chưa tốt 8,0%. Không có sự khác biệt về kết quả chăm sóc giữa các nhóm tuổi, giới, địa dư, trình độ, tuy nhiên, nhóm người bệnh là cán bộ, công chức viên chức có kết quả chăm sóc tốt hơn nhóm người bệnh là nông dân và kinh doanh, $p=0,01$. Về đặc điểm tổn thương, kết quả chăm sóc tốt hơn ở nhóm người bệnh bị tai nạn giao thông, tổn thương ở tay trái, được nẹp cố định và chuyển tới bệnh viện điều trị và thời gian vào viện dưới 12 giờ so với nhóm còn lại với OR lần lượt là 2,095; 10,091; 12,037; 6,811, và $p<0,05$. **Kết luận:** Kết quả chăm sóc người bệnh tốt hơn ở nhóm thành thị, được nẹp cố định trước khi tới viện, và thời gian

¹Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Trường

Email: bstuong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

vào viện từ sau tai nạn dưới 12 giờ. **Từ khóa:** chăm sóc ngoại trú, gãy đầu dưới xương quay, điều dưỡng

SUMMARY

OUTPATIENT CARE OF DISTAL RADIUS FRACTURE PATIENTS UNDERGOING CONSERVATIVE TREATMENT AND RELATED FACTORS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Objective: To survey some factors related to the results of nursing care for patients with distal radius fractures treated conservatively at Viet Duc Friendship Hospital in 2023. **Subjects and methods:** Including 185 patients with distal radius fractures treated conservatively with plaster casts at Viet Duc Hospital from April 2023 to August 2023. The research tool is a medical record developed by the research team based on the Ministry of Health's guidelines on care for patients with fractures and the Ministry of Health's guidelines on patient satisfaction surveys. **Results:** Good care results accounted for 92.0%, and poor care 8.0%. There was no difference in care results between age, gender, geography, and education groups. However, the patients who were cadres, civil servants, and public employees had better care results than those who were farmers and businessmen, $p=0.01$. Regarding injury characteristics, the care outcomes were better in the group of patients with traffic accidents, injuries to the left arm, immobilized and transferred to the hospital for treatment, and hospitalization time under 12 hours compared to the remaining group with ORs of 2.095; 10.091; 12.037; 6.811, respectively, and $p<0.05$. **Conclusion:** The care outcomes were better in the urban group, immobilized before going to the hospital, and hospitalization time after the accident was under 12 hours. **Keywords:** outpatient care, distal radius fracture, nursing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy xương thường gặp trong Chấn thương chỉnh hình, chiếm 26% các trường hợp gãy xương chi trên, 50% các gãy xương cẳng tay nói chung.^{1,2} Xương quay nói chung hay đầu dưới xương quay nói riêng có vai trò quan trọng trong sinh hoạt bình thường của cổ tay và bàn tay như cầm, nắm, sấp, ngửa, xoay trong, xoay ngoài. Vì vậy, gãy đầu dưới xương quay nếu không được điều trị đúng sẽ ảnh hưởng lớn đến chức năng cổ tay và bàn tay như mất hoặc giới hạn vận động, mất thẩm mỹ, đau, tê kéo dài,...³ Thời gian gần đây, với sự phát triển của kĩ thuật và trang thiết bị hiện đại, có nhiều phương pháp điều trị tiến bộ hơn đã được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng. Tuy vậy, phương pháp điều trị bảo tồn nắn kín và bất động bằng bột vẫn giữ một vị trí quan trọng trong gãy đầu dưới xương quay ở mọi lứa tuổi.⁴ Điều trị bảo tồn là phương pháp được áp dụng nhiều năm qua tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt

Đức và cũng có nhiều báo cáo liên quan đến kiểu gãy và phương pháp điều trị này cùng với đó là các biến chứng có thể như cứng khớp, di lệch, hội chứng Volmann, rối loạn dinh dưỡng kiểu Sudeck... Tuy nhiên, về vấn đề chăm sóc người bệnh gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn vẫn chưa được đánh giá nhiều. Xuất phát từ vấn đề điều trị cho người bệnh tới chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan, phải thay đổi phương thức điều trị, chăm sóc cho người bệnh như thế nào để cải thiện được chất lượng cuộc sống người bệnh là một vấn đề lớn đối với nền y học hiện nay, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc điều dưỡng người bệnh gãy đầu dưới xương quay điều trị bảo tồn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 185 người bệnh gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn bằng bó bột tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 4/2023 tới tháng 8/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh trên 18 tuổi
- Được chẩn đoán gãy đầu dưới xương quay: Gãy kín đầu dưới xương quay ngoài khớp, Gãy kín đầu dưới xương quay ít di lệch.
- Có chỉ định điều trị bảo tồn bằng bó bột
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh gãy kín đầu dưới xương quay có đa chấn thương
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

❖ **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu thuận tiện bao gồm 185 người bệnh.

❖ **Công cụ nghiên cứu:** Công cụ nghiên cứu là bệnh án nghiên cứu được nhóm nghiên cứu xây dựng, dựa trên hướng dẫn về chăm sóc người bệnh bị gãy xương của Bộ Y tế và hướng dẫn về khảo sát sự hài lòng người bệnh của Bộ Y tế.

❖ **Quy trình nghiên cứu:** + Tiếp xúc với từng đối tượng: giới thiệu bản thân, giới thiệu về nội dung và mục đích khảo sát của phỏng vấn viên, và đảm bảo bí mật thông tin của đối tượng tham gia nghiên cứu, thời gian thực hiện nội dung phỏng vấn khoảng 15-20 phút/lần. Thông tin được thu thập nhiều lần từ lúc người bệnh đến bó bột đến lúc tháo bột.

+ Sau khi người bệnh đồng ý tham gia, phỏng vấn viên tiến hành phỏng vấn theo trình tự các câu hỏi trong bộ câu hỏi đã chuẩn bị sẵn, đồng thời tiến hành ghi chép lại nội dung trả lời

của đối tượng được phỏng vấn.

+ Kết thúc buổi phỏng vấn mượn hồ sơ bệnh án đánh vào phần còn lại của phiếu khảo sát.

+ Sau đó tiếp tục phỏng vấn cho đến khi đủ mẫu.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, giá trị p có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề cương của Khoa Khoa Học Sức Khỏe - Trường Đại Học Thăng Long theo Quyết định số 23020901/QĐ - ĐHTL ngày 09 tháng 02 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 4/2023 tới tháng 8/2023, có 185 người bệnh gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn bằng bó bột. Tuổi trung bình là $52,72 \pm 16,13$, có 75/185 người bệnh nam (chiếm 40,5%).

Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh gãy đầu dưới xương quay

Đặc điểm	n	%
----------	---	---

Bảng 3.2. Mối liên quan của đặc điểm chung tới kết quả chăm sóc (n=185)

Đặc điểm	Kết quả chăm sóc người bệnh		OR	p	
	Chưa tốt n(%)	Tốt n(%)			
Giới	Nam	11 (14,7%)	64 (85,3%)	OR=0,097	0,838
	Nữ	18 (16,4%)	92 (83,6%)		
Nơi ở	Thành thị	8 (9,3%)	78 (90,7%)	OR=4,938	0,415
	Nông thôn	21 (21,2%)	78 (78,8%)		
Trình độ	Giáo dục phổ thông (1)	19 (17,4%)	90 (82,6%)	OR _{1/2} = 1,419 OR _{1/3} =1,623	p _{1/2} = 0,539 p _{1/3} =0,25
	Cao đẳng, trung cấp (2)	9 (18,4%)	40 (81,6%)		
	Trên đại học (3)	2 (7,4%)	25 (92,6%)		
Tuổi	18-30 (1)	3 (16,7%)	15 (83,3%)	OR _{1/2} = 1,450 OR _{1/3} =1,613	p _{1/2} = 0,619 p _{1/3} =0,721
	31-59 (2)	16 (16,7%)	80 (83,3%)		
	Trên 60 (3)	15 (21,1%)	56 (78,9%)		
Nghề nghiệp	Nông dân, kinh doanh	12 (20,7%)	46 (79,3%)	OR=2,864	0,01
	Cán bộ, công chức, viên chức	15 (15,5%)	82 (84,5%)		

Nhận xét: - Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc kết quả tốt giữa nhóm nam và nữ là tương đương.

- Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc tốt ở thành thị tốt hơn so với người bệnh ở nông thôn

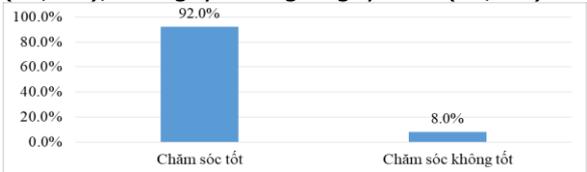
- Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc tốt giữa nhóm người có trình độ trên đại học tốt hơn so với nhóm người dưới đại học, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan cơ chế chấn thương ảnh hưởng kết quả chăm sóc (n=185)

Đặc điểm	Kết quả chăm sóc người bệnh		OR	p	
	Chưa tốt n(%)	Tốt n(%)			
Tai nạn	TNSH	11 (11,8%)	82 (88,2%)	OR=2,095	0,041
	TN khác	18 (19,7%)	74 (80,3%)		
Vị trí tổn thương	Tay phải	18 (26,1%)	51 (73,9%)	OR=10,091	0,032

Loại tai nạn	Tai nạn sinh hoạt	93	50,3
	Tai nạn lao động	49	26,5
	Tai nạn giao thông	40	21,6
	Tai nạn khác	3	1,6
Vị trí tổn thương	Bên Phải	69	37,3
	Bên Trái	107	57,8
	Cả hai bên	9	4,9
Kiểu gãy xương	Gãy dưới	142	76,8
	Gãy gấp	40	21,6
	Không lệch	3	1,6

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu gặp tai nạn sinh hoạt (50,3%), vị trí tổn thương ở bên trái (57,8%), kiểu gãy xương là gãy dưới (76,8%).



Biểu đồ 3.1. Kết quả chăm sóc chung

Nhận xét: Đa số người bệnh có kết quả chăm sóc tốt chiếm tỉ lệ 92%, chăm sóc chưa tốt chiếm tỷ lệ 8%.

thương	Tay trái	9 (8,4%)	98 (91,6%)		
Xử trí trước khi đến viện	Chỉ nẹp cố định	6 (6,5%)	87 (93,5%)	OR=12,037	0,022
	Bó lá, bó nơi khác	23 (25%)	69 (75%)		
Thời gian vào viện	<12 giờ	6 (7,6%)	73(92,4%)	OR=6,811	0,011
	Trên 12 giờ	23 (21,7%)	83(78,3%)		

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh bị tai nạn sinh hoạt có kết quả chăm sóc tốt hơn so với các người bệnh bị tai nạn giao thông hay tai nạn khác với OR là 2,095, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$. Tỷ lệ người bệnh bị tay trái có kết quả chăm sóc tốt hơn so với người bệnh bị tay phải, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,032$. Tỷ lệ người bệnh được nẹp cố

định và chuyển tới bệnh viện điều trị có kết quả chăm sóc tốt hơn so với người bệnh được bó bột ở nơi khác hoặc bó lá trước khi tới bệnh viện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,022$. Người bệnh vào viện dưới 12 giờ sau tai nạn có kết quả điều trị tốt hơn so với người bệnh vào viện sau 12 giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,011$.

Bảng 3.4: Các yếu tố kiểu gãy và số lần nắn ảnh hưởng kết quả chăm sóc (n=185)

Đặc điểm	Kết quả chăm sóc người bệnh		OR	p	
	Chưa tốt SL(%)	Tốt SL(%)			
Kiểu gãy	Không lệch	0 (0%)	3 (100%)	OR _{1/2} = 1.920	p _{1/2} = 0.037
	Gãy duỗi	22 (15,5%)	120 (84,5%)	OR _{1/3} =1.553	p _{1/3} =0.018
	Gãy gập	5 (12,5%)	35 (87,5%)		
Số lần nắn	Không nắn	0 (0%)	3 (100%)	OR _{1/2} = 1.135	p _{1/2} = 0.045
	Nắn 1 lần	16 (9,6%)	150 (90,4%)	OR _{1/3} =1.313	p _{1/3} =0.031
	Nắn 2 lần	6 (37,5%)	10 (62,5%)		

Nhận xét: Người bệnh gãy kiểu duỗi và không lệch có kết quả chăm sóc tốt hơn so với nhóm người bệnh gãy gập, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh không nắn hoặc nắn chỉnh 1 lần có kết quả chăm sóc tốt hơn nhóm nắn chỉnh 2 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Sau cả quá trình điều trị, bằng sự cố gắng của cả đội ngũ nhân viên y tế bao gồm cả bác sĩ, kĩ thuật viên chấn thương chỉnh hình và điều dưỡng, chăm sóc cả thể chất cũng như tâm lý người bệnh, người bệnh được động viên, an ủi, sử dụng thuốc giảm đau kịp thời, hợp lý, người bệnh được chụp chiếu kiểm tra ngay sau nắn chỉnh. Người bệnh sau khi nắn chỉnh xong được hướng dẫn tư thế giảm đau, hướng dẫn tập phục hồi chức năng sớm và hướng dẫn tự theo dõi các dấu hiệu chèn ép bột tại nhà trước khi về. Người bệnh cũng được tư vấn dinh dưỡng, cách ăn uống đảm bảo đủ chất, tăng quá trình liền xương, tư vấn về sử dụng thuốc đúng cách, tư vấn tái khám đúng thời điểm. Kết quả cho thấy người bệnh đạt kết quả chăm sóc tốt là 170/185 (chiếm 92%). Như vậy tỷ lệ người bệnh đạt kết quả chăm sóc tốt chiếm đa số người bệnh thể hiện sự nỗ lực chăm sóc của đội ngũ điều dưỡng chăm sóc. Tuy nhiên vẫn còn các người bệnh chưa được chăm sóc tốt, cần thêm nhiều sự cố gắng của hệ thống y tế để đạt được chỉ tiêu tất cả các người bệnh đều được chăm sóc tốt về y tế khi tới bệnh viện.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả chăm sóc người bệnh gãy đầu dưới xương quay điều trị bảo tồn ngoại trú cho thấy nhóm người bệnh 30-60 tuổi có kết quả chăm sóc cao nhất so với nhóm 18-30 tuổi và nhóm trên 60 tuổi. Nhóm người bệnh có trình độ văn hóa đại học và sau đại học có kết quả tốt hơn các nhóm còn lại với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm người bệnh có địa điểm sinh sống tại các đô thị có kết quả chăm sóc tốt hơn hẳn nhóm ở nông thôn và các vùng khác với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài ra không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ kết quả chăm sóc tốt – chưa tốt giữa các nhóm người bệnh nam với nữ hay các nhóm nghề nghiệp khác nhau.⁵

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm người bệnh không được bổ sung kiến thức cho người bệnh và người nhà có tỷ lệ kết quả chăm sóc ở mức chưa tốt cao hơn so với nhóm được hướng dẫn. Nhóm không được tư vấn dinh dưỡng có kết quả chăm sóc ở mức chưa tốt nhiều hơn so với nhóm người bệnh được tư vấn dinh dưỡng.⁵ Nhóm người bệnh được tư vấn tuân thủ điều trị, tuân thủ khám lại đúng hẹn, các người bệnh được hướng dẫn gác tay cao, tập vận động sớm, phục hồi chức năng sớm có kết quả chăm sóc tốt hơn so với nhóm còn lại với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).⁵

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy kết quả chăm sóc ở nhóm người bệnh bị chấn thương do nguyên nhân tai nạn sinh hoạt có kết quả chăm

sóc tốt hơn so với nhóm người bệnh có nguyên nhân là tai nạn lao động hay tai nạn giao thông với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).⁶

Như vậy từ kết quả của nghiên cứu của chúng tôi về đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh gãy đầu dưới xương quay điều trị ngoại trú tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả chăm sóc ban đầu là một minh chứng khoa học bổ sung thêm cho vai trò chăm sóc của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh sau khi nắn chỉnh, bó bột điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay cũng như các điều trị bảo tồn khác.

Tuy nhiên, do phương pháp thu thập số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi bằng quan sát và tự đánh giá của người bệnh, do vậy, khi đánh giá đôi khi thiếu tính khách quan mà mang tính chủ quan, cảm tính của người bệnh. Mặt khác bên cạnh phân tích yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc chung, chúng tôi chưa thể phân tích sâu các yếu tố có thể ảnh hưởng tới kết quả, biến chứng, chưa có sự so sánh kèm đối chứng giữa các nhóm đối tượng trong cùng độ tuổi nhưng khác nhau về giới, học vấn hoặc giữa nhóm bị tay phải, tay trái với nhóm bị cả hai tay khác biệt về chăm sóc...

Bởi vậy để khắc phục những hạn chế đó, chúng tôi cần mở rộng nghiên cứu với mẫu số lớn hơn, xây dựng khung kết quả chi tiết hơn nữa để thể hiện những điểm mạnh và điểm chưa tốt của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh gãy đầu dưới xương quay được điều trị bảo tồn bằng kéo, nắn bó bột. Bên cạnh đó, chúng tôi cần có những nghiên cứu đánh giá kết quả trung

hạn (3 tháng) hoặc dài hạn (6 tháng) sau khi người bệnh tháo bột để có được kết quả mang tính bao quát hơn.⁷

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 185 người bệnh cho thấy kết quả chăm sóc người bệnh tốt hơn ở nhóm thành thị, được nẹp cố định trước khi tới viện, và thời gian vào viện từ sau tai nạn dưới 12 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh ngoại khoa. In. Hà Nội: Nhà xuất bản Y Học; 2015.
- Bộ Y tế.** Kỹ thuật điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình. In. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2018.
- Đặng Việt Công.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh Viện Trung ương Quân đội 108. Hà Nội, Học viện Quân Y; 2016.
- Phạm Đình Thế, Lê Hoàng Văn Hải.** Kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa với đường mổ xâm lấn tối thiểu tại Bệnh viện TP Thủ Đức. Tạp Chí Khoa học Và Công nghệ Việt Nam. 2023;65(3ĐB).
- Ochen Y, Peek J, van der Velde D, et al.** Operative vs nonoperative treatment of distal radius fractures in adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA network open. 2020;3(4):e203497-e203497.
- Hintringer W, Rosenauer R, Pezzeri C, et al.** Biomechanical considerations on a CT-based treatment-oriented classification in radius fractures. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. 2020;140:595-609.
- Karantana A, Handoll HH, Sabouni A.** Percutaneous pinning for treating distal radial fractures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020(2).

RỐI LOẠN NHỊP THẤT Ở BỆNH NHÂN CÓ ĐỘNG MẠCH VÀNH XUẤT PHÁT BẤT THƯỜNG: NGUYÊN NHÂN ĐỘT TỬ HAY BỆNH LÝ ĐỒNG MẮC

Trần Lê Uyên Phương¹, Trần Cao Đạt¹,
Kiều Ngọc Dũng¹, Hoàng Văn Sỹ¹, Nguyễn Tri Thức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Báo cáo trường hợp 2 ca lâm sàng với bất thường xuất phát động mạch vành và rối loạn nhịp thất được điều trị triệt để bằng việc triệt đốt điện sinh lý sử dụng hệ thống lập bản đồ 3

chiều trong buồng tim. **Đặt vấn đề:** Động mạch vành xuất phát bất thường là một bệnh lý bẩm sinh có thể gây nên đột tử do rối loạn nhịp thất. Dữ liệu tại Việt Nam hiện nay chưa ghi nhận về hiệu quả triệt đốt nhịp nhanh thất ở bệnh nhân có bất thường xuất phát động mạch vành. **Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Hai bệnh nhân nhập viện với triệu chứng gần ngất và nhịp nhanh thất từ buồng tổng thất không đáp ứng với điều trị nội khoa, được phát hiện có bất thường xuất phát động mạch vành bẩm sinh và nằm giữa 2 đại động mạch. Bệnh nhân thứ nhất là nữ 54 tuổi có thân chung động mạch vành trái xuất phát từ xoang Valsalva phải, kèm suy tim với LVEF 29%, có các cơn nhanh thất duy trì và không

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy – Thứ trưởng Bộ Y Tế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lê Uyên Phương

Email: tluenphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025