

mắt), 66,7% nhóm C (4/6 mắt), 50% nhóm D (4/8 mắt) và thấp nhất 16,7% nhóm E (1/6 mắt). Khối u kích thước càng lớn thì tỷ lệ điều trị thành công càng thấp.

**Ảnh bệnh nhân nghiên cứu**



**BN Giàng Thị Thúy B.**

Khối u nhóm B trước và sau điều trị



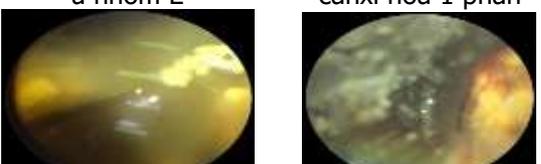
**BN Phạm Minh H.**

U nhóm E trước và sau điều trị



Trước điều trị - khối u nhóm E

Sau 2 đợt hóa chất - canxi hóa 1 phần



Sau 4 đợt điều trị - khối

biến chứng phát tán

u thoái triển 1 phần      dịch kính toàn bộ  
Điều trị thất bại

**BN Vi Tâm L.**

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Kivelä T.** The epidemiological challenge of the most frequent eye cancer: retinoblastoma, an issue of birth and death. *Br J Ophthalmol.* 2009;93(9):1129-1131.
- Seregard S.** Incidence of retinoblastoma from 1958 to 1998 in Northern Europe. Advantages of birth cohort analysis. *Ophthalmology.* 2004; 111(6):1228-1232.
- Kaatsch P.** Epidemiology of childhood cancer. *Cancer Treatment Reviews.* 2010;36(4):277-285.
- Shields CL, Bas Z, Tadepalli S, et al.** Long-term (20-year) real-world outcomes of intravenous chemotherapy (chemoreduction) for retinoblastoma in 964 eyes of 554 patients at a single centre. *Br J Ophthalmol.* Published online February 12, 2020;bjophthalmol-2019-315572.
- Global Retinoblastoma Study Group, Fabian ID, Abdallah E, et al.** Global Retinoblastoma Presentation and Analysis by National Income Level. *JAMA Oncol.* 2020;6(5):685-695.
- Gündüz K, Günalp I, Yalçındağ N, et al.** Causes of chemoreduction failure in retinoblastoma and analysis of associated factors leading to eventual treatment with external beam radiotherapy and enucleation. *Ophthalmology.* 2004;111(10):1917-1924.
- Jain M, Rojanaporn D, Chawla B, Sundar G, Gopal L, Khetan V.** Retinoblastoma in Asia. *Eye (Lond).* 2019;33(1):87-96.
- Chawla B, Jain A, Seth R, et al.** Clinical outcome and regression patterns of retinoblastoma treated with systemic chemoreduction and focal therapy: A prospective study. *Indian J Ophthalmol.* 2016;64(7):524-529.
- Lumbroso-Le Rouic L, et al.** (2008), Conservative treatments of intraocular retinoblastoma. *Ophthalmology,* 115(8): p. 1405-10.

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY PHẠM KHỚP BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHOA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108**

Lê Hoài Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Năng Giới<sup>1</sup>, Nguyễn Lâm Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Tuấn Anh<sup>1</sup>, Phạm Thanh Tùng<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Phong<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lượng<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả kết xương nẹp khóa điều trị gây kín đầu dưới xương chày phạm khớp tại

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng  
Email: luongnv108@gmail.com  
Ngày nhận bài: 3.7.2025  
Ngày phản biện khoa học: 8.8.2025  
Ngày duyệt bài: 15.9.2025

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng, tiền cứu trên 46 bệnh nhân gây kín đầu dưới xương chày phạm khớp, được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 trong giai đoạn từ tháng 1/2022- 8/2024. Kết quả gần, kết quả xa sau phẫu thuật 6 tháng và các biến chứng được đánh giá. **Kết quả:** Đa số các trường hợp được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu theo tiêu chuẩn Teeny-Wiss; kết quả nắn chỉnh tốt đạt tỉ lệ là 67,0%, trung bình chiếm 17,4%. Kết quả liền xương cho thấy 100% có can xương. Kết

quả phục hồi chức năng theo thang điểm AOFAS kết quả tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao 80,4%, khá chiếm tỉ lệ 13%, không có biến chứng xa sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy kín đầu dưới xương chày phạm khớp cho kết quả khả quan về giải phẫu và chức năng.

**Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương chày phạm khớp, kết hợp xương nẹp khóa, kết quả điều trị

## SUMMARY

### THE RESULT OF THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL'S LOCKING PLATE SURGERY FOR A CLOSED INTRAARTICULAR TIBIA FRACTURE

**Objective:** Evaluate the results of locking plate surgery for a closed intra-articular fracture of the distal tibia at the 108 Military Central Hospital. **Methods:** From January 2022 to August 2024, we conducted a prospective clinical study in which we diagnosed and evaluated the results of locking plate surgery for 46 patients who had closed intraarticular fractures of the distal tibia. **Results:** The results of anatomical correction according to Teeny-Wiss standards revealed that the majority of cases were corrected to the anatomical position with favorable results of 67.0%, an average of 17.4%. The results of bone healing revealed that 100% of the bones were calcified. According to the AOFAS scale, the functional recovery was good to very good with a high rate of 80,4%, fair with a rate of 13%, and there was no long-term follow-up complication. **Conclusion:** Locking plate surgery for patients with closed intraarticular fracture of the distal tibia showed positive anatomical and functional results.

**Keywords:** intraarticular fracture of the distal tibia, locking plate surgery, treatment results.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương chày phạm khớp là loại gãy thuộc vùng hành xương đầu dưới xương chày và có đường gãy đi vào khớp cổ chân. Đây là loại thương tổn phức tạp, ảnh hưởng đến chức năng của cẳng chân và khớp chày sên, một khớp chịu lực quan trọng của cơ thể. Tỷ lệ gãy đầu dưới xương chày chiếm khoảng 1% gãy xương ở chi dưới và 3-10% gãy xương chày [1]. Có nhiều phương pháp điều trị gãy kín đầu dưới xương chày phạm khớp như bó bột, kết xương bên trong, kết xương bằng khung cố định ngoài... Mỗi phương pháp đều có chỉ định, ưu nhược điểm nhất định. Trên thế giới đã có nhiều tác giả nghiên cứu về điều trị phẫu thuật kết hợp xương bên trong cho gãy đầu dưới xương chày phạm khớp và cho thấy kết quả khả quan [2]. Ở Việt Nam có khá ít các nghiên cứu về đánh giá kết quả phẫu thuật ở bệnh nhân gãy gãy kín đầu dưới xương chày phạm khớp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày phạm khớp bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp

khóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương chày phạm khớp được điều trị bằng kết xương nẹp khóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong thời gian từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 2 năm 2024.

### \* Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương chày phạm khớp (Loại B2, B3, Nhóm C theo phân loại của AO)

+ Tuổi từ 18 tuổi trở lên.

+ Hồ sơ bệnh án, phim X quang trước, sau mổ đầy đủ, rõ ràng.

### \* 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 như: gãy xương gót, xương sên, các tổn thương phức tạp ở bàn chân vì có ảnh hưởng đến việc lựa chọn đường mổ và đánh giá kết quả xa.

+ Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân hoặc tình trạng phần mềm tại chỗ không cho phép phẫu thuật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng kết hợp giữa hồi cứu và tiền cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu, đã tiến hành lựa chọn được 46 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu này.

### Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới.
- Vị trí gãy (chân phải và chân trái, cả hai chân).
- Nguyên nhân (TNGT, TNSH, TNLD, TNTT), cơ chế chấn thương.
- Thời gian: từ khi bị gãy đến khi vào viện, từ khi vào viện đến khi phẫu thuật.
- Hình ảnh X quang, CT-Scanner gãy đầu dưới xương chày được phân loại theo AO.
- + Hình ảnh tổn thương các cột trụ.
- + Phân loại tổn thương gãy xương theo AO.
- Phương pháp phẫu thuật:
- + Đường mổ:
- + Phương tiện sử dụng: Số lượng nẹp khóa cố định đầu dưới xương chày.
- Thời gian nằm viện (từ khi vào viện đến khi ra viện).
- Kết quả gần.

+ Diễn biến tại vết mổ (liền kỳ đầu, nhiễm khuẩn nông, liền vết mổ kỳ hai hoặc nhiễm khuẩn sâu gây viêm xương rò mủ kéo dài).

+ Kết quả nắn chỉnh sau mổ theo tiêu chuẩn của Teeny - Wiss

- Kết quả xa:

+ Đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy dựa vào phim X-Quang

+ Can xương được đánh giá dựa vào hình ảnh XQ sau mổ, và được chia làm 4 mức độ: Can xương vững chắc, can xương chắc nhưng còn khe sáng, can xương mờ, không có can xương.

+ Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo AOFAS.

**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 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### \* Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình của BN là  $48,4 \pm 14,0$  tuổi. Nhóm tuổi từ 18-50 tuổi chiếm chủ yếu với 56,5%; nhóm từ 50-70 tuổi chiếm 37,0% và nhóm >70 tuổi chiếm 6,5%.

Nam giới chiếm chủ yếu với 65,2%, nữ giới chỉ chiếm 34,8%.

Phần lớn nguyên nhân chấn thương là do tai nạn sinh hoạt (50,0%), tai nạn giao thông (43,5%). Chỉ có 6,5% do tai nạn lao động.

Vị trí chân gãy: Chân trái: 28/46 BN (60,9%), chân phải: 18/46 BN (39,1%).

#### **Bảng 1. Đặc điểm tổn thương xương chày theo phân loại AO (n=46)**

Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ
B2	24	52,2
B3	6	13,0
C1	5	10,9
C2	6	15,2
C3	5	8,7
Tổng	46	100,0

**Nhận xét:** Đặc điểm tổn thương xương chày theo phân loại AO cho thấy, loại B2 chiếm chủ yếu với 24/46 BN (52,2%), loại C3 chiếm tỉ lệ ít nhất với 8,7%.

#### **Bảng 2. Đặc điểm tổn thương cột trụ (n=46)**

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ
Cột trụ ngoài	4	8,7
Cột trụ trước	16	34,8
Cột trụ sau	3	6,5
Cột trụ trong	3	6,5
Kết hợp	20	43,5
Tổng	46	100,0

**Nhận xét:** Tổn thương kết hợp các cột trụ chiếm chủ yếu với 43,5%, cột trụ trước chiếm

34,8%. Các cột trụ khác gặp với tỉ lệ thấp.

Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật: phần lớn được phẫu thuật  $\leq 7$  ngày từ lúc chấn thương (58,7%). >7-14 ngày chiếm 37,0% và >14 ngày chiếm 4,3%.

Gãy xương mác: 18/46 BN (39,1%) có gãy xương mác kèm theo. 18 BN này đều gãy 1/3 dưới xương mác và có 1 BN gãy 3 đoạn xương mác ở 1/3 dưới và 1/3 giữa.

\***Đặc điểm phẫu thuật:** Số đường mổ chủ yếu là 1 đường (50,0%), 2 đường chiếm 43,5%, 3 đường (6,5%).

Đa số BN sử dụng 2 nẹp (chiếm 45,7%); 1 nẹp chiếm 41,3%; 3 nẹp (13,0%).

Số BN được ghép xương trong phẫu thuật là 4/46 BN chiếm 8,7%.

Thời gian phẫu thuật trung bình  $78,4 \pm 7,4$  phút.

Điều trị gãy xương mác: 17/18 BN được kết hợp xương bằng nẹp khoá hoặc nẹp lòng máng, các BN này đều gãy ở vị trí 1/3D. Có 1/18 BN, xương mác được kết xương bằng đinh Kirschner do xương mác gãy 3 đoạn.

\***Kết quả gân sau phẫu thuật:** Tình trạng vết mổ: Có 95,7% (44/46) số BN liền kỳ đầu, sẹo mổ tốt. Chỉ có 2 BN có nhiễm khuẩn nông sau mổ chiếm 4,3%, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn sâu phải mổ lại.

Thời gian nằm viện trung bình là  $8,8 \pm 2,3$  ngày. Trong đó phần lớn BN ra viện từ  $\leq 8$  ngày (52,2%), có 47,8% số BN ra viện 8-12 ngày.

- Kết quả nắn chỉnh ổ gãy xương chày theo thang điểm Teeny Wiss:

#### **Bảng 3. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy (n=46)**

Kết quả nắn chỉnh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Về vị trí giải phẫu	10	21,7
Tốt	25	54,3
Khá	8	17,4
Kém	3	6,5
Tổng	46	100,0

Kết quả nắn chỉnh theo thang điểm Teeny Wiss ngay sau mổ cho thấy phần lớn đạt kết quả tốt (54,3%). Có 10/46 BN nắn chỉnh ổ gãy về đúng vị trí giải phẫu (21,7%). Chỉ có 3/46 BN (6,5%) có kết quả nắn chỉnh kém sau mổ.

#### \***Kết quả xa (đánh giá sau phẫu thuật >6 tháng)**

- Kết quả liền xương sau phẫu thuật 6 tháng

#### **Bảng 4. Kết quả về liền xương sau phẫu thuật (n=46)**

Kết quả liền xương	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Can xương chắc	41	89,1
Can chắc nhưng còn khe sáng	5	10,9
Can xương mờ	0	0

Không có can xương	0	0
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Sau phẫu thuật 6 tháng 100% có can xương, trong đó 89,1% đã can xương chắc và có 10,9% can xương chắc nhưng trên XQ còn khe sáng.

- Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm AOFAS (sau phẫu thuật 6 tháng)

**Bảng 5. Kết quả phục hồi chức năng theo điểm AOFAS (n=46)**

Kết quả PHCN	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rất tốt	8	17,4
Tốt	29	63,0
Khá	6	13,0
Xấu	3	6,5
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Sau 6 tháng sau mổ, có 80,4% BN đạt kết quả PHCN tốt và rất tốt, 13% có kết quả PHCN khá và có 3 BN có kết quả phục hồi chức năng kém chiếm 6,5%.

- Biến chứng xa: Không gặp biến chứng nhiễm khuẩn, lỏng vít, gãy nẹp, lộ nẹp.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $48,4 \pm 14,0$  tuổi. Nhóm tuổi từ 18-50 tuổi chiếm chủ yếu với 56,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả Sagar (tuổi trung bình là 43,7) [2], Nguyễn Bá Ngọc [3] (tuổi trung bình là 47,8), Satnam [4] (tuổi trung bình là 45 tuổi) và đa số BN ở độ tuổi lao động.

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt (50,0%), đa số là do ngã cao. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Wu D. (2020) tỉ lệ BN phẫu thuật chiếm 70,6% [5], Liangjun (2017) tỉ lệ BN bị tai nạn sinh hoạt chiếm 80,8% [6].

Loại gãy B2 chiếm chủ yếu với 24/46 BN (52,2%), loại C3 chiếm tỉ lệ ít nhất với 8,7%. Kết quả này phù hợp với Wu D. (2020), với 29,4% loại B2 và 41,2% loại C1, loại 11,8% loại C3 [5]; hay Liangjun (2017), có 40,9% gãy loại B2 [6].

Thời gian nằm viện trung bình là  $8,8 \pm 2,3$  ngày, trong đó BN ra viện từ  $\leq 8$  ngày chiếm 52,2%, có 47,8% số BN ra viện 8-12 ngày. Một số nghiên cứu có thời gian nằm viện trung bình từ 12 đến 15 ngày [5], dài hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, lí do có lẽ là do các nghiên cứu này có tiêu chuẩn chọn BN rộng rãi hơn. Các nghiên cứu này có các BN gãy hở độ II, IIIA theo Gustilo và gãy loại B, C theo AO, trong khi nghiên cứu của chúng tôi có đối tượng nghiên cứu là BN gãy kín đầu dưới xương chày phạm khớp.

Chúng tôi có 26 BN gãy loại C, 20 BN có gãy ít nhất 2 cột trụ. Tuy nhiên, chings không gặp BN nào nhiễm trùng sâu sau mổ, chỉ gặp 2 BN bị

nhiễm khuẩn nông. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu về điều trị gãy xương chày bằng kết xương nẹp khóa [3], [5]. Điều này cho thấy việc lựa chọn phù hợp thời điểm phẫu thuật, đường mổ, phương tiện kết xương trong nghiên cứu của chúng tôi. Những trường hợp gãy phức tạp, chúng tôi chủ trương kéo liên tục và khi có dấu hiệu nhân da mới phẫu thuật. Về đường mổ, chúng tôi lựa chọn đường mổ vào trực tiếp ổ gãy với những BN bị gãy nhiều cột trụ.

Nhiều nghiên cứu cho thấy nắn chỉnh xương gãy không tốt về mặt giải phẫu sẽ dẫn đến sự liền xương kém, can lệch và để lại di chứng như viêm khớp, ngắn chi, đi lại khó khăn cho BN. Trong nghiên cứu này cho thấy phần lớn đạt kết quả nắn chỉnh tốt (54,3%); 10/46 BN (21,7%) được nắn chỉnh ổ gãy về đúng vị trí giải phẫu. Chỉ có 3/46 BN (6,5%) có kết quả nắn chỉnh kém sau mổ, đây là những BN gãy phức tạp, nhiều mảnh rời, có loại C3. Kết quả chúng tôi phù hợp với các tác giả khác, nghiên cứu của Gulabi D. (2012) trên 24 BN gãy đầu dưới xương chày phạm khớp, kết quả cho thấy có 37,5% về vị trí giải phẫu, 54,2% kết quả tốt và 8,3% kết quả khá, không có BN nào có kết quả kém [7]. Sagar (2021), 56,7% về vị trí giải phẫu, 33,3% kết quả tốt, 1% khá [2]. Kết quả chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Dhanasekaran (2019), tác giả có 72% BN được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu, 18% BN có kết quả tốt, 8% khá, 2% kết quả kém [8]. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của tác giả này chủ yếu là gãy kín loại A theo phân loại AO, nên kết quả điều trị khả quan hơn nghiên cứu của chúng tôi. Việc lựa chọn đường mổ tiếp cận trực tiếp vào ổ gãy sẽ cho phép nắn chỉnh ổ gãy về vị trí giải phẫu, đồng thời tránh bóc tách phần mềm rộng.

Việc sử dụng nẹp khóa cho phép cố định vững chắc ổ gãy xương chày, xương mác, đặc biệt ổ gãy phạm khớp, ổ gãy phức tạp, ổ gãy lún ở đầu dưới xương chày; đồng thời cho phép kết xương với đường mổ nhỏ. Có 12 BN được kết xương chày với đường mổ. Trong nghiên cứu, có 4 BN có ổ khuyết xương lớn sau nắn chỉnh mặt khớp đầu dưới xương chày đã được ghép xương đồng loại. Ghép xương giúp tránh di lệch thứ phát ổ gãy, giúp liền xương nhanh hơn, cho phép bệnh nhân tỉ nén sớm trên chi bệnh. Sau phẫu thuật 6 tháng, 100% BN có can xương, trong đó 89,1% đã can xương chắc và có 10,9% can xương nhưng trên XQ còn khe sáng. Bệnh nhân sau mổ được tập phục hồi chức năng sớm. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm AOFAS: 80,4% BN đạt kết quả tốt và rất tốt, 13% có kết quả khá và có 3 BN (chiếm 6,5%) có

kết quả kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Singh (2023) với tỷ lệ PHCN khá chiếm 13,3%, rất tốt và tốt chiếm 86,7% [4]. Trong nghiên cứu, có 3 BN đạt kết quả kém, đây là những BN gãy nhóm C3, với tổn thương gãy vụn và lún phần mặt khớp và hành xương.

Chúng tôi không gặp viêm xương, chậm liền xương, khớp giả, gãy nẹp vít. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Bá Ngọc [3] và nhiều tác giả khác.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 46 BN gãy kín đầu dưới dưới xương chày phạm khớp bằng kết hợp xương nẹp vít khóa, tuổi trung bình  $48,4 \pm 14,0$  tuổi, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt, gãy loại B2 chiếm tỉ lệ cao nhất. Kết quả nghiên cứu khả quan, đa số các BN được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu và kết quả nắn chỉnh tốt đạt tỉ lệ 67,0%, trung bình đạt 17,4%. 100% BN có can xương tại ổ kết xương. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm AOFAS đạt tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao 80,4%, khá chiếm tỉ lệ 13%. Đây là phương pháp hiệu quả, an toàn, đem lại phục hồi chức năng tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luo T.D., Eady J.M., Aneja A., et al. (2017). Classifications in brief: Ruedi Allgower

- classification of tibial platfond fractures. Clin Orthop Relat Res, 475: 1923–28.
2. Sagar H.S., Arun K.N., Prabhanjan K. (2021). Distal tibia metaphyseal fractures treated with minimally invasive percutaneous plate osteosynthesis. International Journal of Orthopaedics Sciences 7(4): 477-80.
3. Nguyễn Bá Ngọc, Phạm Ngọc Thắng, Nguyễn Sỹ Triều (2023). Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kết hợp xương nẹp khóa tại bệnh viện Quân Y 103. Tạp chí Y học Việt Nam, 532(1B): 6-10.
4. Satnam Singh (2023). Prospective study on distal tibial locking plating vs interlock nailing in the management of distal tibia shaft fracture. International Journal of Life Sciences, Biotechnology and Pharma Research, 12(3): 1742-46.
5. D. Wu, C. Peng, G. Ren, et al. (2020). Novel anterior curved incision combined with MIPO for Pilon fracture treatment. BMC Musculoskeletal Disorders, 21: 1-9.
6. Jiang Liangjun, Zheng Qiang, Li Hang, et al. (2017). Injury mechanism, fracture characteristics and clinical treatment of pilon fracture with intact fibula—A retrospective study of 23 pilon fractures. Journal of Clinical Orthopaedics Trauma, 8: S9-S15.
7. Deniz Gulabi, Özgür Toprak, Cengiz Sen, et al. (2012). The mid-term results of treatment for tibial pilon fractures. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, 18(5): 429-425.
8. P.R. Dhanasekaran, D.S. Anandan, M. Sathish (2019). Outcome analysis of management of tibial pilon fracture by medial locking compression plating. International Journal of Orthopaedics Sciences, 5(1.5): 481-486.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ SƠ SINH MẮC NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI CƠ NHIỄM VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Phạm Thị Tươi<sup>1</sup>, Thái Bằng Giang<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm và kết quả điều trị trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV) tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, được thực hiện trên 82 bệnh nhân. Các biến số khảo sát bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. **Kết quả:** Nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh gặp ở bé trai nhiều hơn bé gái, với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1; tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thời gian từ

khí xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện trung bình là  $2,96 \pm 0,96$  ngày. Các triệu chứng thường gặp nhất bao gồm: ho (100%), khò khè (80,5%), ran ẩm nhỏ hạt (97,6%), ran rít và ran ngáy (30,5%), suy hô hấp (53,7%). Về cận lâm sàng, số lượng bạch cầu và nồng độ CRP chủ yếu nằm trong giới hạn bình thường. Hình ảnh X-quang phổi cho thấy các tổn thương thường gặp là đám mờ hoặc mờ rải rác (63,4%), dày thành phế quản (25,6%) và ứ khí (15,9%). Tỷ lệ nuôi cấy phát hiện vi khuẩn, cũng như kết quả tìm vi khuẩn và virus đồng nhiễm, đều tương đối thấp. Có 100% bệnh nhân điều trị khỏi và đỡ, trong đó 75,6% bệnh nhân khỏi hẳn và được ra viện. Không có bệnh nhân nặng chuyển viện hoặc xin về. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đối điển hình, với triệu chứng hô hấp chiếm ưu thế. Hầu hết các chỉ số huyết học, vi sinh và hình ảnh học đều nằm trong giới hạn nhẹ đến trung bình. Việc điều trị chủ yếu khỏi và đỡ, cho thấy sự thành công của phác đồ hiện tại. **Từ khóa:** Trẻ sơ sinh; Nhiễm khuẩn hô hấp; Virus hợp bào hô hấp.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025