

Khi tần số cơn co tử cung <2 thì tỷ lệ thành công của Atosiban cắt cơn co tử cung là 96,2%. Khi tần số cơn co bằng 3 thì tỷ lệ thành công của Atosiban cắt cơn co tử cung là 88,3%. Và khi tần số cơn co > 3 thì tỷ lệ thành công của Atosiban cắt cơn co tử cung chỉ còn 42,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh với tác dụng của Nifedipin trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hà thì có 3 trường hợp có cơn co tử cung là 3 trong đó có 2 trường hợp thành công, 2 trường hợp cơn co TC = 4 thì đều thất bại, 60 trường hợp có cơn co TC tần số ≤ 2 thì trong đó có 48 trường hợp thành công chiếm 73,8%. Từ kết quả trên cho thấy tần số cơn co TC nhiều hay ít đều có ảnh hưởng đến thời gian cắt được cơn co TC và khả năng kéo dài tuổi thai.

V. KẾT LUẬN

Atosiban có hiệu quả điều trị dọa sinh non thời gian duy trì thai kỳ được 48 giờ khá cao (87,5%) đây là thời gian cần thiết cho tác dụng tối đa của thuốc trường thành phổi. Hiệu quả cắt cơn co đạt được sau >3h dùng Atosiban có tỷ lệ khá cao, bên cạnh đó tỷ lệ điều trị thành công giảm dần theo số lượng cơn co tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Papatsonis DN, Kok JH, van Geijn HP et al (2000). Neonatal effects of nifedipine and ritodrine for preterm labor. *Obstetrics and gynecology*, 95(4), 477-481.
2. Ingemarsson I, Lamont RF (2003). An update on the controversies of tocolytic therapy for the prevention of preterm birth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 1-9.
3. Gyetvai K, Hannah ME, Hodnett ED et al (1999). Tocolytics for preterm labor: a systematic review. *Obstetrics and gynecology*, 94(5 Pt 2), 869-877.
4. Papatsonis D, Flenady V, Cole S et al (2005). Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), Cd004452.
5. Helmer H, Brunbauer M, Rohrmeister K (2003). Exploring the role of Tractocile in everyday clinical practice. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 110 Suppl 20, 113-115.
6. Phạm Thị Ngọc Diệp (2010). Đánh giá hiệu quả điều trị của ATOSIBAN trong điều trị dọa sanh non tại Bệnh viện Từ Dũ. Hội nghị tiết sinh sản và vô sinh thành phố Hồ Chí Minh.
7. Nguyễn Hữu Tiên và Lê Lam Hương (2017). Hiệu quả của atosiban trong điều trị dọa sinh non từ 28 đến 34 tuần. *Tạp chí Phụ sản*, 15(3), 37 - 41.
8. Kashanian M, Akbarian AR, Soltanzadeh M (2005). Atosiban and nifedipin for the treatment of preterm labor. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 91(1), 10-14.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ AMYLASE HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THỦ ĐỨC

Nguyễn Thị Bé¹, Đào Bùi Quý Quyên², Lê Việt Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ amylase huyết tương ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 80 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Tất cả các bệnh nhân được định lượng nồng độ amylase huyết tương. **Kết quả:** Nồng độ amylase huyết tương trung bình là 112 (92,25 - 140,75) U/L, có 77,5% bệnh nhân tăng nồng độ so với tham chiếu. Nồng độ amylase tương quan thuận với nồng độ ure máu, $r=0,303$, $p < 0,01$. Nồng độ creatinine lại là yếu tố độc lập liên quan đến tăng amylase huyết tương, $p < 0,05$. **Kết luận:** Tăng amylase huyết tương là thường gặp và có liên quan đến tăng nồng độ ure và creatinine máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

Từ khóa: Thận nhân tạo chu kỳ, amylase huyết tương, creatinine máu.

SUMMARY

SURVEY ON CONCENTRATION OF PLASMA AMYLASE IN THE PATIENTS TREATING WITH MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT THU DUC AREA GENERAL HOSPITAL

Objectives: To determine of plasma amylase levels in patients with end stage chronic kidney disease treating with maintenance maintenance hemodialysis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study on 80 regular hemodialysis patients. The plasma amylase levels measured in all the patients. **Results:** The median plasma amylase concentration was 112 (92.25 - 140.75) U/L, with 77.5% of patients increasing the concentration. Amylase concentration was positively correlated with blood urea concentration, $r=0.303$, $p < 0.01$. Creatinine concentration was an independent factor associated with increased plasma amylase, $p < 0.05$. **Conclusion:** Elevated plasma amylase is common and is associated with increased blood urea and creatinine concentrations in patients with regular hemodialysis.

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Chợ Rẫy, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt Thắng

Email: lethangviet@yahoo.com.uk

Ngày nhận bài: 5/4/2021

Ngày phản biện khoa học: 8/5/2021

Ngày duyệt bài: 20/5/2021

Keywords: Maintenance hemodialysis, plasma amylase, blood creatinine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu chu kỳ sử dụng quả lọc và máy lọc (thận nhân tạo chu kỳ-TNTCK) chỉ thay thế được chức năng bài tiết của thận, loại bỏ các chất độc trong máu bệnh nhân, siêu lọc để duy trì trọng lượng khô cơ thể, điều chỉnh rối loạn cân bằng điện giải, chứ không thay thế được chức năng nội tiết của thận như: sản sinh yếu tố kích thích tạo hồng cầu, điều hòa huyết áp, chức năng nội tiết...và không điều trị được nguyên nhân gây bệnh thận [1],[2]. Những bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ ngoài những tổn thương mắc phải do hậu quả suy thận mạn tính gây ra như thiếu máu, tăng huyết áp, bệnh cơ xương khớp... còn có thể mắc thêm bệnh lý của lọc máu chu kỳ dài ngày như: nhiễm các bệnh lây truyền qua đường máu, viêm, suy dinh dưỡng... Tăng nồng độ amylase cũng là một biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ. Việc định lượng amylase trong huyết thanh phổ biến ở các cơ sở điều trị trên các bệnh nhân nghi ngờ viêm tụy, tuy nhiên ở bệnh nhân suy thận mạn theo nhiều nghiên cứu cho thấy amylase máu tăng do mức lọc cầu thận giảm mà không có viêm tụy [3],[4]. Vì vậy, bệnh nhân bệnh thận mạn khi có triệu chứng viêm tụy cấp, xét nghiệm amylase máu trở nên khó đánh giá. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát nồng độ amylase huyết tương ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 80 bệnh nhân bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối được lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ, tại Khoa Thận tiết niệu, Bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức. Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021.

-Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu bằng TNT chu kỳ
+ Thời gian lọc máu >3 tháng.
+ Các bệnh nhân được lọc máu đủ tuần 3 lần, mỗi lần 4 giờ, đảm bảo hiệu quả lọc Kt/V > 1,2.
+ Các bệnh nhân đều được áp dụng theo một phác đồ điều trị thống nhất về chế độ lọc máu, điều trị thiếu máu, điều trị tăng huyết áp...

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

+ Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu nghi

ngờ mắc bệnh ngoại khoa.

+ Bệnh nhân viêm nhiễm nặng như viêm phổi, viêm tụy cấp....

+ Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Tính cỡ mẫu theo công thức:

$$(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p(1-p)$$

$$N = \frac{\quad}{D^2}$$

Trong đó: Z= 1,96, với độ tin cậy là 95%

p = 0,78 (giá trị thấp nhất tỷ lệ ở các nghiên cứu trước)

D = 0,1, độ chính xác mong muốn.

Theo cách tính, tối thiểu nghiên cứu phải có 55 bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi có 80 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

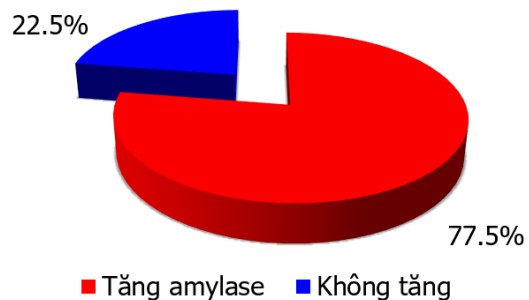
-Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng. Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu các chỉ số: glucose, ure, creatinine, albumin, protein...

-Định lượng nồng độ amylase huyết tương: bằng phương pháp enzyme, đánh giá tăng nồng độ dựa vào hướng dẫn của Labo thực hiện xét nghiệm (> 90 UI/L).

3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình 53,55 ± 14,72, tỷ lệ nam là 45,0%, nữ chiếm 55,0%. Nhóm nghiên cứu có thời gian TNT trung bình là 46 (13 - 76) tháng. Nồng độ amylase huyết tương trung bình là 112 (92,25 - 140,75) U/L, nhỏ nhất là 36 U/L, lớn nhất là 318 U/L.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân tăng amylase huyết tương (n=80)

Nhận xét: Tăng amylase huyết tương là thường gặp ở bệnh nhân TNT, tỷ lệ tăng trong nghiên cứu này là 77,5%.

Bảng 1. Liên quan nồng độ amylase huyết tương với tuổi và giới

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nữ (n=44)	Tăng	33	75,0
	Trung vị (Tứ phân vị)	109 (87,25 – 144,25)	
Nam (n=36)	Tăng	29	80,6
	Trung vị (Tứ phân vị)	113 (93,25 – 140)	
p		> 0,05	
≥ 60 tuổi (n=31)	Tăng	21	67,7
	Trung vị (Tứ phân vị)	96 (75 – 121)	
< 60 tuổi (n=49)	Tăng	41	83,7
	Trung vị (Tứ phân vị)	119 (96 – 144)	
p		< 0,05	

Không có mối liên quan nồng độ amylase huyết tương với giới, tuy nhiên bệnh nhân tuổi cao có nồng độ amylase thấp hơn nhóm tuổi < 60 có ý nghĩa, $p < 0,05$.

Bảng 2. Liên quan với thời gian thận nhân tạo

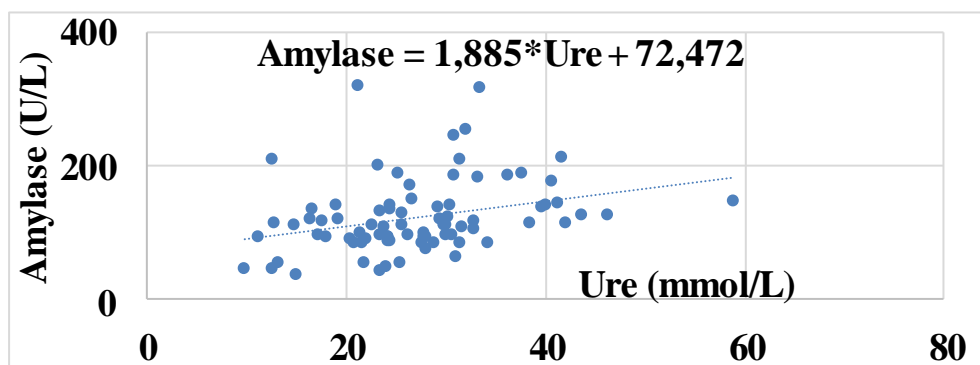
Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 5 năm (n=51)	Tăng	39	76,5
	Trung vị (Tứ phân vị)	113 (91 – 146)	
5 đến < 10 năm (n=20)	Tăng	16	80,0
	Trung vị (Tứ phân vị)	103 (92,25 – 135,25)	
≥ 10 năm (n=9)	Tăng	7	77,8
	Trung vị (Tứ phân vị)	118 (88,5 – 171,5)	
pANOVA		> 0,05	

Không có mối liên quan nồng độ amylase huyết tương với thời gian TNT chu kỳ.

Bảng 3. Tương quan nồng độ amylase với ure và creatinine máu

Chỉ số	Amylase (U/l)		Phương trình tương quan
	r	p	
Ure (mmol/l)	0,303	< 0,01	Amylase = 1,885*Ure + 72,472
Creatinine (μ mol/l)	0,175	> 0,05	-

Chỉ thấy mối tương quan giữa nồng độ amylase với nồng độ ure máu ở bệnh nhân TNT chu kỳ, $p < 0,05$.

**Biểu đồ 2.** Tương quan giữa Amylase và Ure máu (n=80)

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa nồng độ amylase và nồng độ ure máu có ý nghĩa, $r=0,303$, $p < 0,05$.

Bảng 4. Hồi quy logistic các yếu tố nguy cơ tăng amylase máu

Yếu tố	Odds ratio (OR)	Khoảng tin cậy 95%	p
Giới nam	0,879	0,248 – 3,119	> 0,05
Thời gian lọc máu ≥ 10 năm	0,662	0,099 – 4,413	> 0,05
BMI ≥ 23	0,885	0,164 - 4,763	> 0,05
Rối loạn lipid máu	0,652	0,178 - 2,392	> 0,05
Albumin < 35 g/l	0,409	0,095 - 1,765	> 0,05
Nhiễm virus viêm gan	2,531	0,438 - 14,636	> 0,05

ĐTĐ	0,630	0,146 - 2,719	> 0,05
Creatinine	1,003	1,000 - 1,005	< 0,05

Nồng độ creatinin máu là yếu tố độc lập liên quan đến tăng nồng độ amylase máu ở bệnh nhân TNT chu kỳ, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nồng độ amylase huyết tương ở bệnh nhân nghiên cứu: Tất cả các nghiên cứu đều cho thấy tăng amylase là phổ biến ở bệnh nhân BTMT nói chung, bệnh nhân TNT chu kỳ nói riêng và tỷ lệ tăng hầu hết các nghiên cứu đều công bố > 70%.

Bảng 5. So sánh nồng độ amylase huyết tương các nghiên cứu

Tác giả	Đối tượng	Tỷ lệ tăng	Nồng độ trung bình (UI/L)
Jiang C.F. và cộng sự năm 2002 [7]	- 49 BN lọc máu chu kỳ trong đó có: 37 BN TNT và 12 BN lọc màng bụng - Chẩn đoán tăng amylase huyết tương: từ 80 UI/L	-Nhóm LMB: 66,7% -TNT: 83,7%.	-
Lee S.Y. và cộng sự năm 2005 [5]	- 344 BN bệnh thận mạn trong đó: 73 bệnh nhân điều trị nội khoa, 105 BN TNT chu kỳ và 71 BN sau ghép thận.	-	93,7 ± 76,5 UI/L
Pal A. và cộng sự năm 2018 [6]	- 128 BN bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 trong đó mỗi nhóm giai đoạn là 42 bệnh nhân. - Chẩn đoán tăng amylase huyết tương từ 80 UI/l	Tỷ lệ tăng nhóm BN giai đoạn 5 là 76,2%	-
Lê Quang Hải và cộng sự năm 2017 [7]	- 108 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 trong đó có 57 BN TNT chu kỳ. - Chẩn đoán tăng amylase từ 90 UI/L trở lên	Tỷ lệ tăng là 78,9%	-
Chúng tôi 2021	- 80 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối TNT chu kỳ. - Chẩn đoán tăng khi amylase huyết tương từ 90 UI/l trở lên.	Tỷ lệ tăng là 77,5%	112 (92,25 – 140,75)

Thận giảm chức năng, dẫn đến đào thải amylase không được gây ứ lại amylase máu, đây là lý do chính dẫn đến tăng amylase máu ở bệnh nhân BTMT [5],[6]. Chính vì vậy, tăng amylase máu ở bệnh nhân BTMT thường không kèm theo biểu hiện viêm tụy hoặc tuyến nước bọt. Mức độ tăng amylase máu không cao so với những tổn thương cấp tính tại tụy như viêm tụy, hoại tử tuyến...Nguyên nhân thứ nữa dẫn đến tăng amylase máu chính là nuôi dưỡng tại tuyến tụy kém do vôi hóa mạch máu và tuyến. Những tổn thương tại tuyến này sẽ trở thành yếu tố kích thích viêm không nhiễm khuẩn, phần viêm của tuyến sẽ tăng tiết amylase máu. Bệnh nhân BTMT giai đoạn cuối thường có biểu hiện rối loạn lipid máu (tăng triglycerid), đây cũng là một nguyên nhân gây tăng tiết amylase máu ở những bệnh nhân suy thận mạn tính. Tăng các hormon tiêu hóa khác nhau như cholecystokinin, polypeptid ức chế dạ dày và glucagon ở bệnh nhân BTMT có thể kích thích tăng tiết các enzym tuyến tụy như trypsin có thể góp phần làm suy giảm chức năng tuyến tụy.

2. Liên quan nồng độ amylase với một số đặc điểm bệnh nhân: Kết quả nghiên cứu cho thấy tăng amylase máu không liên quan đến

giới, thời gian thận nhân tạo, tuy nhiên có mối tương quan thuận giữa nồng độ amylase máu và nồng độ ure máu $r=0,303$, $p < 0,05$. Ở bệnh nhân viêm tụy cấp, tình trạng tăng ure và creatinine có ý nghĩa tiên lượng bệnh, đặc biệt bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, tăng cao amylase và lipase máu. Có rất nhiều cơ sở, dựa vào đó ure máu đã được chọn làm tiên lượng về diễn biến viêm tụy cấp [8]. Nồng độ ure lúc nhập viện có thể phản ánh tình trạng sinh lý cơ bản của bệnh nhân, bao gồm suy giảm thể tích nội mạch và tăng ure huyết ngoài thận. Thứ hai, sự gia tăng liên tục hoặc sự gia tăng sau đó của ure có thể phản ánh sự thất bại trong việc hồi sức đầy đủ cho bệnh nhân sớm trong giai đoạn bệnh của họ, suy giảm chức năng thận hoặc tình trạng cân bằng nitơ âm liên tục liên quan đến tăng dị hóa protein do viêm tụy cấp gây ra. Thứ ba, người ta cho rằng, mặc dù không có dấu hiệu lâm sàng của viêm tụy và thay đổi hình ảnh tụy, sự dao động của ure đặc biệt dễ xuất hiện do thiếu máu cục bộ của tụy. Bên cạnh ảnh hưởng của các enzym tuyến tụy, các yếu tố gây viêm có thể gây rối loạn chức năng thận thông qua rối loạn chức năng tim, trụ tuần hoàn, giảm tưới máu, nhiễm toan chuyển hóa, sốc và tạo ra hội chứng suy hô

hấp cấp tính. Tuy nhiên, ở bệnh nhân của chúng tôi giải thích bởi sự gia tăng ure có liên quan đến quá trình lọc máu chưa thực sự tốt gây các rối loạn trong đó có rối loạn tiết tụy ngoại tiết. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy tăng creatinine máu liên quan độc lập với tăng amylase máu và giảm albumin độc lập liên quan với xuất hiện rối loạn dạ dày ruột. Tăng amylase máu là phổ biến ở bệnh nhân BTMT nói chung, bệnh nhân TNT chu kỳ nói riêng. Ở bệnh nhân BTMT giai đoạn cuối có nhiều yếu tố liên quan đến tăng nồng độ amylase máu trong đó có giảm mức lọc cầu thận [6],[7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khẳng định creatinine một lần nữa giảm chức năng thận, không đào thải được amylase qua đường niệu là nguyên nhân chủ yếu gây tăng amylase máu.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ amylase huyết tương trung bình là 112 (92,25 - 140,75) U/L, có 77,5% bệnh nhân tăng nồng độ.

- Nồng độ amylase tương quan thuận với nồng độ ure máu, $r=0,303$, $p < 0,01$. Nồng độ creatinine lại là yếu tố độc lập liên quan đến tăng amylase huyết tương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Dũng, Đỗ Gia Tuyển (2021).

Điều trị thay thế thận suy bằng thận nhân tạo chu kỳ. Bệnh học nội khoa thận tiết niệu. Nhà xuất bản Y học, tập2: 225-244.

2. Lê Việt Thắng (2019). Chẩn đoán và điều trị một số bệnh cầu thận, khe ống thận. Cập nhật chẩn đoán, điều trị và dự phòng một số bệnh thận. Học viện Quân y: 83,86-98.
3. Chen YH, Yang WC, Wang FM, et al. (2011). Risk factors associated with elevated serum pancreatic amylase levels during hemodialysis. Hemodial Int.2011 Jan 12, [Epub ahead of print].
4. Jiang CF, Ng KW, Tan SW, et al. (2002). Serum level of amylase and lipase in various stages of chronic renal insufficiency. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 65(2): 49-54.
5. Lee SY, Lee KT, Kang TW, et al. (2005). Pancreatic enzyme elevations in Korean chronic renal failure patients. Korean J Gastroenterol. 45(2): 125-9.
6. Pal A, Mandal L. (2018). Serum Amylase in Patients of Chronic Kidney Disease Stage Three to Stage Five. Birat Journal of Health Sciences, 3(2), 403-407.
7. Lê Quang Hải, Nguyễn Hữu Dũng, Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự (2017). Khảo sát nồng độ amylase huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 12 số 5: 36-41.
8. Pando E, Alberti P, Mata R, et al. (2021). Early Changes in Blood Urea Nitrogen (BUN) Can Predict Mortality in Acute Pancreatitis: Comparative Study between BISAP Score, APACHE-II, and Other Laboratory Markers-A Prospective Observational Study. Can J Gastroenterol Hepatol. eCollection.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU GÂY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Lê Tất Thắng*, Đặng Hoàng Anh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chính xác tổn thương giải phẫu đóng vai trò quan trọng trong xây dựng kế hoạch điều trị phẫu thuật gãy liên mấu chuyển xương đùi. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 101 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phân loại tổn thương giải phẫu dựa trên X quang theo phân loại của AO và phân loại theo Etsuo dựa trên hình ảnh CT 3D. Tìm hiểu mức độ phù hợp của phân loại theo AO dựa trên X quang so với phân loại theo Etsuo dựa trên hình ảnh CLVT. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy gãy liên mấu chuyển xương đùi tồn tại 3 đường gãy chính: đường gãy ở phía trước gặp ở 101 trường hợp

(100%), đường gãy ở phía sau gặp ở 92 trường hợp (91,09%) và đường gãy ở phía ngoài gặp ở 53 trường hợp (52,47%). Phân loại theo Etsuo gồm: gãy 2 phần chiếm 19,80%, gãy 3 phần chiếm 72,28% và gãy 4 phần chiếm 7,92%. Gãy 3 phần loại chỏm – mấu chuyển lớn + mấu chuyển bé + thân xương chiếm tỷ lệ cao nhất (41,10%). Trong 41 trường hợp gãy 2 phần trên X quang qui ước, chụp CLVT dựng hình 3 D phát hiện 21 trường hợp gãy 3 phần. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có sự phù hợp kém về phân loại theo số phần gãy giữa XQ và CLVT với $K = 0,405$. **Kết luận:** Phân loại gãy liên mấu chuyển dựa trên phim X quang có sự hạn chế về độ chính xác. Hình ảnh chụp CLVT có dựng hình 3 D đã được chứng minh là chính xác cao hơn do phát hiện đầy đủ hơn về vị trí, hình thái các đường gãy và số lượng mảnh gãy

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, gãy liên mấu chuyển, X quang.

SUMMARY

EVALUATION OF CHARACTERISTICS OF ANATOMICAL INJURIES OF

*BV Đa khoa vùng Tây Nguyên

**Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tất Thắng

Email: phamdangninh103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/4/2021

Ngày phản biện khoa học: 1/5/2021

Ngày duyệt bài: 18/5/2021