

Mạnh và cộng sự. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Mạnh cho thấy gân trên gai là tổn thương hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 97,6%; chỉ 3 trường hợp có tổn thương gân dưới vai chiếm tỷ lệ 7,14%.

4.2. Diễn biến chức năng khớp vai sau phục hồi chức năng theo thời gian. Phân tích thời gian hồi phục khớp vai sau phục hồi chức năng trong thời gian 12 tuần cho thấy điểm UCLA có sự cải thiện rõ rệt, đánh giá tầm vận động khớp vai có tiến triển với $p < 0,001$ có ý nghĩa thống kê và cơ lực nhóm cơ chóp xoay có sự tiến triển từ bậc 1 tại 3 tuần đến bậc 4/5 tại 12 với $p < 0,01$ có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của Phan Đình Mừng [7] cũng cho thấy kết quả phục hồi chức năng có tiến triển trong 3 tháng đầu và tiếp tục tiến triển tối đa trong 12 tháng tiếp theo sau đó không thay đổi nhiều ở năm tiếp theo. Nghiên cứu của Charousset [6] và cộng sự xác định có sự cải thiện của chức năng khớp vai trong 3 tháng đầu và tiếp tục tiến triển trong năm đầu sau phẫu thuật.

Điều này cho thấy phục hồi chức năng đóng vai trò quan trọng trong quá trình phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay.

V. KẾT LUẬN

Chức năng khớp vai sau phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay được phục hồi chức năng trong 12 tuần có sự tiến triển rõ rệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chỉ số UCLA trung bình đạt 26,07 và tối đa là 33. Cơ lực nhóm cơ chóp xoay bao gồm cơ trên gai, cơ dưới gai, tròn bé, cơ

dưới vai tăng lần lượt là $3,36 \pm 0,49$; $3,44 \pm 0,50$; $3,44 \pm 0,50$; $4,28 \pm 0,60$ sau 12 tuần. Tầm vận động khớp vai sau 12 tuần đạt $166,0 \pm 5,9$, gấp đạt $171,3 \pm 3,1$, xoay trong $80 \pm 3,7$ và xoay ngoài đạt $68,3 \pm 5,3$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lin, J.C., Weintraub, N. Aragaki, D.R.** Nonsurgical treatment for rotator cuff injury in the elderly. J Am Med Dir Assoc. 2008.05.003. 9(9): 626-32. 10.1016.
2. **Tăng Hà Nam Anh.** Kết quả điều trị rách chóp xoay qua nội soi, Luận án Tiến sĩ y học. 2014.
3. **Dr. Padmanabh Vora, Dr. Vihang Shah, Dr. Nisarg Patel, Dr. Chirag Chudasama, Dr. Manish Shah and Dr. Mukund Prabhakar.** Results of arthroscopic rotator cuff repair. International Journal of Orthopaedics Sciences. 2018; Volume 4 Issue 1.
4. **Sabo M.T, LeBlanc J, Hildebrand K.A (2021).** Patient gender and rotator cuff surgery: are there differences in outcome? BMC Musculoskeletal Disord. 2021; 22(1), 838.
5. **Nguyễn Hữu Mạnh, Trần Trung Dũng, Lê Khánh Trình (2020).** Điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu gân Mason Allen cải biên qua nội soi. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020; 132(8), 84-94.
6. **Christophe Charousset 1, Jean Grimberg, Louis Denis Duranthon, Laurence Bellaïche, David Petrover, Kunal Kalra.** The time for functional recovery after arthroscopic rotator cuff repair: correlation with tendon healing controlled by computed tomography arthrography. Arthroscopy. 2008 Jan; 24(1):25-33. doi: 10.1016/j.arthro.2007.07.023. Epub 2007 Nov 19.
7. **Phan Đình Mừng.** Kết quả phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay tại bệnh viện 175. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018.

PHẪU THUẬT SỬ DỤNG OMNIPORE ĐIỀU TRỊ KHE HỖ XƯƠNG ỨC Ở TRẺ EM: NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP

Tô Mạnh Tuấn¹, Nguyễn Minh Khôi¹, Phạm Duy Hiền¹
Vũ Thanh Tú¹, Đặng Hanh Tiệp¹, Đặng Ánh Dương¹,
Trần Thị Tuyền¹, Lê Thị Lý¹, Nguyễn Minh Huyền¹, Nguyễn Văn Sáng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khe hở xương ỨC là một dị dạng thành ngực hiếm gặp, xảy ra do sự liền không hoàn toàn của xương ỨC trong thời kì bào thai. Tỷ lệ mắc 1:100 000 trẻ sinh sống và chiếm dưới 1% các trường hợp dị dạng lồng ngực. Phẫu thuật cần được thực hiện nhằm phục hồi cấu trúc giải phẫu, chức năng lồng

ngực và giảm nguy cơ nhiễm trùng. Phẫu thuật nên được thực hiện trong giai đoạn sơ sinh và trẻ nhũ nhi vì sự linh hoạt của thành ngực là tối đa. Phẫu thuật có thể sử dụng trực tiếp với vật màng sụn, trượt ghép sụn hay mảnh cơ ghép hay các vật liệu nhân tạo như Omnipore (Matrix Surgical USA-Atlanta, Georgia 30349 U.S.A.). Nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả ứng dụng Omnipore phẫu thuật nhân 3 bệnh nhân khe hở xương ỨC tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Ca bệnh:** Ba ca bệnh là trẻ nam, tuổi 1-12 tháng, có khe hở toàn bộ xương ỨC ở 2 trẻ và một trẻ có khe hở hình chữ V ngược, được phẫu thuật tạo hình xương ỨC có sử dụng mảnh ghép Omnipore. Kết quả khám lại sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng cho thấy kết quả xương liền, không biến chứng. **Kết Luận:** Khe

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mạnh Tuấn

Email: tuannhpsep2007@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2021

Ngày duyệt bài: 27.12.2021

hở xương ức là một bệnh lý hiếm gặp. Phẫu thuật sớm quanh tuổi sơ sinh thuận lợi hơn, việc sử dụng vật liệu Omnipore hỗ trợ kết hợp xương ức cho kết quả liền xương vững và không có biến chứng, đặc biệt các trường hợp diện khe hở xương ức lớn.

Từ khóa: Khe hở xương ức.

SUMMARY

STERNAL CLEFT SURGERY USING OMNIPORE: A CASE SERIES

Background: Sternal cleft is a rare thoracic wall deformity that occurs due to incomplete healing of the sternum during fetal period. The incidence is 1:100 000 live births and accounted for less than 1% of thoracic malformations. Surgery should be performed to restore the anatomical structure and function of the chest and reduce the risk of infection. Surgery should be performed in newborn or infancy period to optimize the chest wall flexibility. Surgery can be performed directly with meniscus flaps, sliding cartilage grafts or muscle grafts or artificial materials such as Omnipore (Matrix Surgical USA-Atlanta, Georgia 30349 U.S.A.) to help stabilize the sternum. In this study, we evaluated the results of using Omnipore surgery for 3 patients with sternal cleft at the Vietnam National Children's Hospital. **Cases:** Three cases are male children, aged 1-1-12 months, with a total sternal cleft in 2 children and one with an inverted V-shaped cleft, who underwent sternal reconstruction surgery using the use of sternum reconstruction using Omnipore grafts. Follow-ups at 1 month, 3 months, 12 months post-surgery showed that the bone was healed, without complications. **Conclusion:** Sternal cleft is a rare disease. Early surgery at newborn period is more favorable, the use of Omnipore material to support the combination of the sternum for stable and uncomplicated healing results, especially in cases of large sternum cleft.

Keywords: Sternal cleft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở xương ức (Sternal cleft/ SC) là một dị tật của thành ngực hiếm gặp có tỷ lệ mắc 1:100.000 trẻ sinh sống, chiếm 0,15% các trường hợp dị tật bẩm sinh của thành ngực và thường có các dị tật phối hợp như u máu, hội chứng Cantrell, PHACES, lõm ức...[1],[2].

SC có thể phân loại thành hai nhóm là khe hở một phần và toàn bộ, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp cũng như thiếu sự bảo vệ đối với các cấu trúc ở trung thất. Chẩn đoán xác định qua khám lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) hay cộng hưởng từ (MRI) và kết hợp siêu âm tim tìm các tổn thương phối hợp. Vì vậy, phẫu thuật được đặt ra nhằm phục hồi cấu trúc xương ức sớm ngay sau sinh do sự mềm mại của xương ngực cũng như thích ứng phẫu thuật tốt, đặc biệt với trẻ trong 3 tháng tuổi[2],[5], [6].

Kĩ thuật phẫu thuật được thực hiện cho SC đa dạng, gồm: phẫu thuật đóng trực tiếp hai mép

xương ức có hoặc không kết hợp với cắt khớp ức đòn, cắt, ghép sụn, sườn, xương tự thân hay các vật liệu nhân tạo như Marlex mesh, Teflon, silicone, acrylic, Titan, Gore-tex® hay Gore® DualMesh®, hay các polyester, vật liệu tổng hợp tự tiêu LactoSorb® [1], [4], [7], [8], [9].

Báo cáo này chúng tôi trình bày 3 trường hợp bệnh lý khe hở ức được điều trị thành công bằng phẫu thuật kết hợp xương ức có sử dụng vật liệu nhân tạo Omnipore tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ T9/2019 đến T7/2020. Tấm Omnipore (Matrix Surgical USA • 4025 Welcome All Road, Suite 120 • Atlanta, Georgia 30349 U.S.A) là vật liệu polyethylene xốp, tỷ trọng cao, dễ tạo hình hoặc cắt gọt để phù hợp với yêu cầu giải phẫu, chức năng và có các vi hốc liên thông của vật liệu cho phép sợi xơ và mạch máu xâm nhập phát triển làm vững tổ chức được ghép.

II. CA BỆNH

Ca bệnh 1: Bệnh nhi Vũ Nhật T, nam 1 tháng tuổi, con lần 2, đẻ thường, cân nặng 3200g, không có chẩn đoán trước sinh. Sau sinh phát hiện có sự di chuyển đảo ngược lồng ngực tương ứng diện xương ức. Phim cắt lớp vi tính (CLVT) ngực thấy hình ảnh SC toàn bộ xương ức với khoảng giữa 2 đầu xương đòn là 38mm. Kèm theo bệnh nhân có u máu mô dưới, siêu âm tim không có bất thường.



Hình 1: Hình CLVT khe hở xương ức

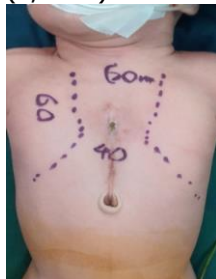
Bệnh nhân được phẫu thuật qua đường mở dọc giữa. Vạt da được phẫu tích sang 2 bên để lộ ra diện khuyết xương ức hoàn toàn với kích thước 4x6cm. Tách vạt cân cơ ngực lớn, cắt bỏ tuyến ức. Màng ngoài tim và màng phổi được phẫu tích tách khỏi lồng ngực phía trước. Tách màng xương ức hai bên mép. Các mũi khâu đóng xương ức được thực hiện qua bờ xương ức và mảnh Omnipore có mặt sau nhẵn, đối xứng 2 bên bằng chỉ Safil® 2/0. Khép kín diện xương ức, theo dõi các chỉ số huyết động và hô hấp, sau 15 phút không có sự biến đổi chèn ép lên các tạng trong lồng ngực. Một dẫn lưu kín được đặt sau xương ức. Khâu phủ vạt cân cơ ngực lớn. Đóng vết mổ với chỉ tiêu trong da. Thời gian

phẫu thuật 170 phút. Sau mổ trẻ thở máy trong 9 ngày. Bệnh nhân được dùng Propranolol uống điều trị u máu 3mg/kg/24h sau mổ 2 tuần và ra viện sau 3 tuần điều trị. Theo dõi sau 12 tháng cho thấy diện xương ức vững, không có biến chứng và điện u máu đã thoái triển.



Hình 2: Hình CLVT sau mổ 12 tháng

Ca bệnh 2: Bệnh nhi Lê Thế H, nam 1 tháng tuổi, con lần 2, đẻ thường, đủ tháng, cân nặng 3100gr. Sau sinh trẻ phát hiện có sự di chuyển bất thường của lồng ngực ngược chiều với nhịp thở tương ứng diện che phủ xương ức. Chụp CLVT thấy hình khe hở toàn bộ xương ức với khoảng cách đo được giữa 2 khớp ức đòn là 56mm. Siêu âm tim phát hiện trẻ có thông liên nhĩ lỗ thứ phát (3,3mm).



Hình 3: Diện khuyết xương ức

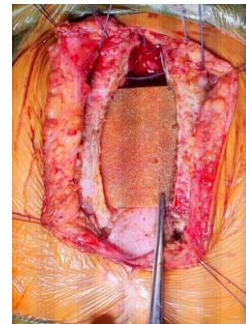
Phẫu thuật được bắt đầu với việc mổ dọc giữa ngực, các vạt da được phẫu tích sang 2 bên để lộ ra diện khuyết xương ức hoàn toàn với kích thước 6x6cm. Tách vạt cân cơ ngực lớn, cắt bỏ tuyến ức. Màng ngoài tim và màng phổi được phẫu tích tách khỏi lồng ngực phía trước. Tách màng xương ức. Các mũi khâu đóng xương ức được thực hiện qua bờ xương ức và mảnh Omnipore đối xứng 2 bên bằng chỉ Safin 2/0. Khép kín diện xương ức, theo dõi các chỉ số huyết động và hô hấp, sau 15 phút không có sự biến đổi chèn ép lên các tạng trong lồng ngực, các mũi chỉ được buộc chặt. Một dẫn lưu kín được đặt sau xương ức. Khâu phủ vạt cân cơ ngực lớn. Đóng vết mổ với chỉ tiêu trong da. Thời gian phẫu thuật kéo dài trong 210 phút. Sau mổ trẻ được thở máy trong 8 ngày. Dẫn ngực được rút sau 3 ngày, vết mổ liền thì đầu,

trẻ xuất viện sau 3 tuần. Khám lại sau mổ sau 6 tháng, diện xương ức liền vững, siêu âm tim không có bất thường, không có bất thường khác.

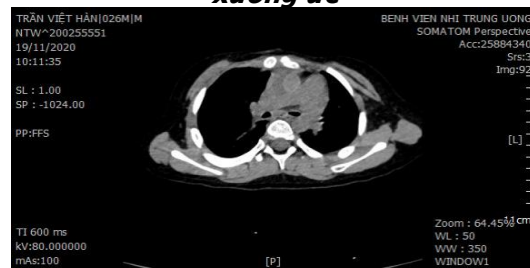


Hình 4: Diện SC trên phim chụp CLVT

Ca bệnh 3: Bệnh nhi Trần Việt H, giới nam, 1 tuổi là con lần 2, đẻ thường, đủ tháng. Sau sinh trẻ phát hiện có một vết lõm nhỏ ở thành trước ngực của lồng ngực trước di chuyển ngược chiều nhịp thở. Trẻ được chụp CLVT ngực cho thấy hình SC chữ V ngược từ ngang sụn sườn thứ 2 trở xuống khoảng các đo được giữa 2 bờ xương ức là 19mm. Siêu âm tim có hình ảnh hẹp quai động mạch chủ.



Hình 5: Đặt mảnh ghép Omnipore sau xương ức



Hình 6: Hình CLVT ngực sau mổ 3 tháng có lồng ngực cân, xương ức vị trí trung gian

Trẻ được phẫu thuật tạo hình xương ức có dùng Omnipore. Diện khuyết trong mổ có hình chữ "V" ngược với đỉnh nằm ngang sụn sườn số 3 và kéo dài 10cm. Sau khi phẫu tích xương ức, cắt bỏ tuyến ức, một tấm Omnipore được đặt vào sau diện thân xương ức, khâu cố định với thân xương ức, kéo chỉ giữ 15 phút, đánh giá không có cản trở tuần hoàn, hô hấp, buộc các

nút chỉ, đặt dẫn lưu sau xương ức. Thời gian phẫu thuật 200 phút. Trẻ được thở máy trong 5 ngày và xuất viện sau 8 ngày sau mổ. Theo dõi sau mổ 3 tháng, diện xương ức vững, không tai biến hay bất thường kèm theo.

IV. BÀN LUẬN

Xương ức được hình thành vào tuần thứ sáu của thai kỳ. Ban đầu, hai thanh xương ức kết hợp dọc theo đường giữa và hoàn thành vào tuần thứ mười của thai kỳ. Sau khi hợp nhất, các điểm cốt hóa tiếp tục phát triển, kết hợp trong thời gian tới 20 tuần thành 4-5 điểm cốt hóa, các điểm cốt hóa mở rộng và hợp nhất để hình thành xương ức trưởng thành. Trong quá trình hình thành, xương ức có thể có khiếm khuyết xảy ra gây tổn thương ở dọc xương ức một phần hay toàn bộ. Thai từ 30 đến 33 tuần sẽ có bốn hoặc năm trung tâm cốt hóa có thể được nhìn thấy bằng siêu âm và khe hở xương ức có thể được thấy tại thời điểm này. Khe hở xương ức chiếm 0,15% các dị tật thành ngực, thường gặp ở nữ hơn và thường có phối hợp với dị tật như: u máu, thông liên thất, thất phải hai đường ra, tổn thương van tim, tứ chứng Fallot, tim trái giảm sản, hội chứng Pentalogy, phình động mạch chủ...[2], [5], [9].

Sau khi ra đời, trẻ thường có biểu hiện triệu chứng với phần da phồng, hô hấp đảo ngược tại vùng khe hở xương ức, hoặc tim nằm ngoài da một phần hay toàn bộ. Chẩn đoán hình ảnh qua chụp CLVT hay cộng hưởng từ thấy khe hở xương ức và tổn thương phối hợp. Phân loại tổn thương được Weese (1818) chia thành 3 nhóm với: Khe hở ức với lạc vị tim, khe hở ức trên, khe hở ức dưới. Sau đó Breschet (1826), rồi Roth (1939), Shao Tsu (1957) đưa ra phân loại với có hay không tim lạc vị. Năm 1990 Shamberger và Welch đề xuất 4 loại với: (1) Tim lạc vị ở ngực; (2) Tim lạc vị ở cổ; (3) Ngực – bụng thoát vị; (4) Khe hở ức tách đôi. Acastello (2003) đề xuất phân loại khe hở hoàn toàn và không hoàn toàn, trong đó dạng không hoàn toàn có thể chia thành trên, dưới, giữa. Trong phần lớn các báo cáo thì tổn thương không hoàn toàn phía trên dạng chữ V chiếm đa số [1], [9].

Tỷ lệ mắc ở nữ chiếm 62%. Có đến 74% trẻ SC sơ sinh bị khe hở xương ức không có triệu chứng. Có đến 72% có tổn thương phối hợp. Có 67% SC là khe hở trên, 19,5% hoàn toàn, 11% khe hở dưới và 2,5% là khe trong xương ức [4].

Phẫu thuật sửa khe hở xương ức được thực hiện để bảo vệ nội tạng ngực hoặc bụng. Phẫu thuật sửa chữa bằng mô tự thân có hay không

kết hợp với vật liệu nhân tạo được báo cáo với kết quả tốt qua các số bệnh nhân không nhiều. Khe hở xương ức nên được phẫu thuật sửa chữa cho dù có triệu chứng hay không. Maier (1949) mổ chữa SC cho 1 trẻ 6 tuần tuổi, tác giả nhấn mạnh việc phẫu thuật sớm có lợi cho trẻ do xương, phần mềm dễ thích nghi hơn trẻ lớn [1]

Kỹ thuật mổ chữa SC được Sabiston (1958) mô tả kỹ thuật làm dài sụn sườn hai bên. Meissner (1964) cắt rời sụn sườn hai bên rồi xoay phủ tổn thương [1]. Một số kỹ thuật bao gồm đóng khe hở trực tiếp có bổ sung cắt trượt sụn sườn, có thể bổ sung ghép tự thân với xương sụn hay cơ hay các vật liệu nhân tạo như Marlex mesh, teflon, silicone hay acrylic, titanium, extracellular dermal matrix, suture... cho kết quả tốt [2], [2], [4], [5], [7].

Semlacher (2017) đã mô tả ca bệnh khe hở xương ức toàn bộ ở trẻ sơ sinh có 3 nhiễm sắc thể 21 sau khi đã được mổ chữa với mesh tổng hợp không kết quả do nhiễm trùng, sau đó trẻ được dùng cấu trúc nội bì da lợn trong phẫu thuật cho kết quả tốt [7]. Alshomer (2017) đã báo cáo 1 ca bệnh sử dụng cấu trúc khung ADM (acellular dermal matrix of fetal bovine origin SurgiMend) dày 4mm cho tạo hình khe hở xương ức trẻ 13 tháng tuổi có kết quả [2]. Dogan (2019) trình bày một trẻ gái hai tháng tuổi, có khe hở xương ức hình chữ V trên 3x4 cm, được mổ chữa thành công với vật màng xương sụn, cắt sụn sườn hai bên, trượt xương ức và ghép sụn. Thân xương ức được khâu với chỉ không tiêu Ethibond® polyestersutures [2].

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng miếng ghép tạo hình Omnipore®, được sản xuất bằng polyethylene xốp, tỷ trọng cao, một vật liệu sinh học dễ dàng được tạo hình hoặc cắt gọt, có các vi hốc lớn trên 100 µm liên thông của vật liệu xốp cho phép sợi xơ và mạch máu xâm nhập tổ chức hóa bên trong miếng ghép. Kích thước dài 50mm, rộng 38mm, dày 1mm. Một mặt ráp cho tổ chức hóa và mặt khác bề mặt mảnh ghép nhẵn để tạo điều kiện cho các mô trượt qua. Các nghiên cứu về tính tương thích sinh học in vitro và in vivo từ các quan sát hệ thống, đã cho thấy miếng ghép tạo hình Omnipore không có bất kỳ tác dụng gây nhiễm độc nào.

Trong quá trình phẫu thuật, xuất hiện tình trạng ép tim ở trẻ 20 ngày tuổi, cân nặng 2995g, có tim bị xoay ngược chiều kim đồng hồ, làm cung lượng tim giảm, tăng CO₂ và hạ ô xy máu. Trẻ được dùng thuốc vận mạch và thở máy sau mổ 2 ngày, duy trì thuốc vận mạch 5 ngày và ra viện sau 13 ngày mổ. Sau 3 tháng, thấy tim

không bị ép, và trở lại vị trí bình thường, ủng hộ cho việc phẫu thuật tuổi sơ sinh [8].

Chúng tôi sử dụng mảnh ghép phía sau xương ức và chỉ tiêu Safil để kết hợp tạo hình xương ức với 3 trẻ mắc SC, với 2 trẻ mắc SC hoàn toàn được mổ tuổi sơ sinh và 1 trẻ có SC chữ V ngược được mổ chữa lúc 12 tháng tuổi, cả 3 trẻ đều phục hồi được giải phẫu và chức năng xương ức, liền xương vững, không có biến chứng.

IV. KẾT LUẬN

Khe hở xương ức là một bệnh lý hiếm gặp. Đánh giá tổn thương phối hợp và phẫu thuật sớm quanh tuổi sơ sinh thuận lợi hơn, sử dụng Omnipore trong phẫu thuật kết hợp xương ức cho kết quả liền xương vững và không có biến chứng, đặc biệt các trường hợp diện khe hở xương ức lớn. Như vậy, ứng dụng Omnipore trong tạo hình xương ức ở trẻ em có khe hở xương ức là khả thi, tuy nhiên cần có nghiên cứu với nhiều bệnh nhân và thời gian dài hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Acastello E, Majluf R, Garrido P, et al.** (2003). "Sternal Cleft: A Surgical Opportunity". *J Pediatr Surg*, 38:178-183.

2. **Alshomer F, Aldaghri F, Alohaideb N, et al.** (2017). "Reconstruction of Congenital Sternal Clefts: Surgical Experience and Literature Review". *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 5: e1567.
3. **Dogan R, Uysal S, Kumbasar U, et al.** (2019). "Surgical repair of a sternal cleft malformation". *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 27(4):597-600.
4. **Torre M, Rapuzzi G, Carlucci M, et al.** (2012). "Phenotypic spectrum and management of sternal cleft: literature review and presentation of a new series". *Eur J Cardiothorac Surg*, 41:4-9.
5. **Fouilloux V, Bertin F, Peltier E, et al.** (2019). "First Sternal Cleft Repair Using a Porous Alumina Ceramic Prosthesis in a 9-Year-Old Child". *Eur J Pediatr Surg Rep*, 7: e20-e23.
6. **Ramdial S, Pillay D, Madaree A.** (2016). "Primary Closure of A Sternal Cleft in A Neonate". *World J Plast Surg*, 5(3):308-312.
7. **Semlacher RA, Nuri MAK.** (2019). "Successful management of absent sternum in an infant using porcine acellular dermal matrix". *Arch Plast Surg*, 46: 470-474.
8. **Yamanaka K, Higuma T, Wantanabe K, et al.** (2012). "Congenital sternal cleft". *Journal of Pediatric Surgery*, 47, 2143-2145.
9. **Raff GW, Hirose S.** (2017). "Surgery for chest wall deformities", © Springer International Publishing Switzerland, 71-81.

Kiến thức, Thái độ và Thực hành Phòng chống dịch COVID-19 của người dân trên 18 tuổi tại tỉnh Đắk Lắk năm 2021

Nguyễn Ngọc Như Khuê¹, Vũ Thị Quỳnh Hậu², Nguyễn Hữu Huyền³

TÓM TẮT

Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang với việc thu thập dữ liệu trực tuyến và đăng liên kết khảo sát trên nhóm Google form. Chúng tôi đã thực hiện khảo sát 1.154 người dân từ 18 tuổi trở lên về kiến thức, thái độ, thực hành phòng, chống dịch COVID-19 tại tỉnh Đắk Lắk. Mẫu nghiên cứu có 44,5% nam giới và 55,5% là nữ giới. Độ tuổi trung bình là 35,9±11,9 tuổi. Dân tộc Kinh chiếm 49,8%, Ê Đê chiếm 39,5% và M'Nông là 10,7%. Có 77,2% người không theo tôn giáo nào. Trình độ học vấn chủ yếu từ cấp 2 trở lên. 41,9% có nghề nghiệp là nông dân. 74,5% có kinh tế hộ gia đình ở mức trung bình. Có 83,9% ở khu vực nông thôn và 16,1% ở khu vực thành thị. Có 7,2% người tham gia nghiên cứu đã mắc

COVID-19 và 4,1% trong gia đình đã hoặc đang có người bị mắc COVID-19. Có 99,39% người tham gia nghiên cứu đã được nghe nói về dịch COVID-19. Kênh tiếp nhận thông tin về dịch COVID-19: 87,8% từ báo chí, truyền hình; 86,3% từ internet, mạng xã hội; 84,4% từ cán bộ y tế và loa phát thanh 82,8%. Điểm trung bình chung của kiến thức là 29,16 ± 5,5/45 điểm. Điểm trung bình chung của thái độ là 14,95 ± 1,6/16 điểm. Điểm trung bình chung của thực hành là 26,7 ± 4,5/32 điểm. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p = 0,96$), giữa các độ tuổi ($p=0,29$) về kiến thức chung, thái độ chung và thực hành chung về phòng, chống dịch COVID-19. Có sự khác biệt kiến thức chung, thái độ chung và thực hành chung về phòng, chống dịch COVID-19 với dân tộc ($p<0,01$), tôn giáo ($p<0,01$), trình độ học vấn ($p<0,01$), nghề nghiệp ($p<0,01$), kinh tế hộ gia đình ($p<0,01$) và khu vực sinh sống ($p<0,01$). Nguồn thông tin về dịch COVID-19 từ báo chí, truyền hình, internet, mạng xã hội, hàng xóm và người thân có liên quan đến kiến thức chung, thái độ chung và thực hành chung phòng, chống dịch COVID-19 ($p=0,000$). Nguồn thông tin về dịch COVID-19 từ loa phát thanh chỉ có liên quan đến kiến thức chung ($p=0,001$). Có mối tương quan thuận giữa kiến thức chung với thái độ chung ($r=0,490$, $N=1.154$ và $p=0,000$) và thực hành chung ($r=0,601$,

¹Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên.

²Trung Tâm Y tế Thành phố Buôn Ma Thuột

³Sở Y tế tỉnh Đắk Lắk.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Như Khuê

Email: nhukhuenguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2021

Ngày duyệt bài: 29.12.2021