

sẽ có tiên lượng tốt hơn ở những bệnh nhân không có tổn thương tuyến tụy. Tiên lượng bệnh cũng phụ thuộc vào kiểu hình đột biến CFTR, đường thở, giới tính, môi trường, tình trạng kinh tế xã hội, sự tuân thủ điều trị và chăm sóc...

## V. KẾT LUẬN

Xơ nang tụy là một bệnh lý di truyền do đột biến gen gây nên sự biến đổi protein liên kết màng gọi là điều hòa dẫn truyền qua màng xơ nang (CFTR), điều chỉnh sự vận chuyển clorua, natri và bicarbonat qua màng biểu mô. Bệnh tổn thương chính tại phổi gây nên các bệnh nhiễm trùng mạn tính và tái phát do vi khuẩn, ngoài ra tổn thương tuyến tụy gây nên tình trạng kém hấp thu và suy dinh dưỡng nặng. Ở các nước có tỷ lệ mắc bệnh cao, bệnh được chẩn đoán bệnh qua sàng lọc sau sinh, test mồ hôi. Tại bệnh viện Nhi Trung ương, đây là ca bệnh đầu tiên được chẩn đoán nhờ phân tích gen.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beryl J. Rosenstein.** Cystic Fibrosis. MSD Manual. Aug 2021
2. **Stanojevic S, Davis SD, Retsch-Bogart G, et al:** Progression of lung disease in preschool patients with cystic fibrosis. Am J Respir Crit Care Med 195:1216–1225, 2017. doi: 10.1164/rccm.201610-2158OC
3. **Adriana Haack, Giselle Gonçalves Aragão et al.** Pathophysiology of cystic fibrosis and drugs used in associated digestive tract diseases. World J Gastroenterol. 2013 Dec 14; 19(46): 8552–8561
4. **Melzi ML, Kelly DA, Colombo C, Jara P, Manzanares J, Colledan M, Strazzabosco M, DeLorenzo P, Valsecchi MG, Adam R, et al.** Liver transplant in cystic fibrosis: a poll among European centers. A study from the European Liver Transplant Registry. Transpl Int. 2006;19:726–731
5. **Salvatore D, Buzzetti R, Baldo E, Furnari ML, Lucidi V, Manunza D, Marinelli I, Messore B, Neri AS, Raia V, et al.** An overview of international literature from cystic fibrosis registries. Part 4: update 2011. J Cyst Fibros. 2012;11:480–493

## PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN DUỖI RIÊNG NGÓN TAY TRỎ TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỨT GÂN DUỖI DÀI NGÓN TAY CÁI ĐẾN MUỘN: BÁO CÁO 4 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Mộc Sơn<sup>1,2</sup>, Đỗ Văn Minh<sup>2</sup>, Lưu Danh Huy<sup>1</sup>,  
Hoàng Minh Thắng<sup>2</sup>, Phạm Ngọc Đình<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Khánh<sup>1</sup>,

### TÓM TẮT

Đứt kín gân duỗi dài ngón tay cái được báo cáo trong y văn không thường gặp. Chúng tôi tiến hành báo cáo nhóm 4 ca lâm sàng đứt kín gân duỗi dài ngón I đến muộn được phẫu thuật tái tạo bằng chuyển gân duỗi riêng ngón II, đánh giá tại thời điểm vào viện: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, thời điểm được phẫu thuật, tổn thương trong mổ và đánh giá sau mổ: biên độ vận động duỗi, dạng, đối chiếu ngón I, khoảng mất duỗi theo thang điểm Geldmacher's. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/ nữ là 1:1, độ tuổi 43-59 tuổi, nguyên nhân do chấn thương cổ tay hoặc kèm theo gãy đầu dưới xương quay. Kết quả sau phẫu thuật: Biên độ ngón I thiếu hụt không đáng kể, theo thang điểm Geldmacher's 100% đạt kết quả tốt và xuất sắc.

**Từ khóa:** Đứt gân duỗi dài ngón I, chuyển gân, gân duỗi riêng ngón II

### SUMMARY

#### EXTENSOR INDICIS PROPRIUS TENDON

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức.

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mộc Sơn

Email: drmocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2021

Ngày duyệt bài: 11.01.2022

### TRANSFER FOR REPAIR OF EXTENSOR POLLICIS LONGUS TENDON DELAYED RUPTURE: 4 CASES REPORT

Extensor pollicis longus tendon rupture is uncommon in the literature. We report on a group of 4 clinical cases of delayed rupture of extensor pollicis longus tendon that were reconstructed by transferring the extensor indicis proprius tendon, assessed at the time of admission: age, gender, cause of injury, time of surgery, intraoperative injury lesions and post-operative assessment: extensor range of motion: flexion, opposition, extension loss motion according to Geldmacher's scale. RESULTS: Male/female ratio 1:1, age 43-55 years old, caused by wrist injury or accompanied by fracture of the distal radius. Postoperative results: ROM of thumb is almost normal, according to Geldmacher's 100% scale: good and excellent results.

**Keywords:** Extensor pollicis longus tendon rupture, tendon transfer, extensor indicis proprius tendon

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt kín gân duỗi dài ngón tay cái là tổn thương hiếm gặp. Phần lớn đứt gân duỗi dài ngón tay cái thường xảy ra một cách tự nhiên mà không do chấn thương, đặc biệt ở những bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Những nguyên

nhân thường gặp khác của đứt gân duỗi dài ngón tay cái là xảy ra cấp tính hoặc mạn tính sau gãy đầu dưới xương quay, sau tiêm corticoid hoặc sau vi chấn thương lặp đi lặp lại nhiều lần ở những người lao động sử dụng bàn tay nhiều. Một số báo cáo ghi nhận một vài trường hợp đứt gân duỗi dài ngón tay cái sau gãy xương thuyền, trật xương nguyệt, trật khớp quay cổ tay, gãy lồi củ Lister xương quay, biến dạng Madelung và bệnh Kienböck.

Điều trị đứt gân duỗi dài ngón tay cái bằng phẫu thuật nối gân tận tận, ghép gân hoặc chuyển gân. Đối với đứt gân duỗi dài ngón tay cái đến sớm, nối gân tận tận là phương pháp điều trị tốt nhất. Đối với đứt gân duỗi dài ngón tay cái đến muộn hoặc một số trường hợp đứt gân duỗi dài ngón cái ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, không thể thực hiện được phẫu thuật nối gân tận tận thì phẫu thuật ghép gân hoặc chuyển gân thường được lựa chọn. Từ năm 1876, kỹ thuật chuyển gân duỗi cổ tay quay điều trị đứt gân duỗi dài ngón tay cái được thông báo trên y văn. Đến năm 1970, Bunnell, rồi Bunnell và Boyes đã công bố nguyên tắc cơ bản trong phẫu thuật chuyển gân vẫn còn nguyên giá trị cho đến ngày nay. Mặc dù có một số kỹ thuật chuyển gân khác nhau để điều trị đứt gân duỗi dài ngón tay cái đến muộn được thông báo trên y văn nhưng nhiều tác giả ủng hộ phương pháp chuyển gân duỗi riêng ngón tay trở để phục hồi gân duỗi dài ngón cái. Tại Việt Nam, theo hiểu biết của chúng tôi, hiện chưa có nhiều phẫu thuật viên quan tâm đến bệnh lý này. Bởi vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu báo cáo 4 trường hợp phẫu thuật chuyển gân duỗi riêng ngón tay trở điều trị đứt kín gân duỗi dài ngón tay cái đến muộn và nhìn lại y văn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu 4 trường hợp đứt kín gân duỗi dài ngón tay cái đến muộn được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật chi trên

và Y học thể thao- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 06/2019 đến 06/2020.

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt gân duỗi dài ngón cái dựa trên lâm sàng, thời điểm chẩn đoán và điều trị > 4 tuần. Ngoài ra cần khai thác các thông tin khác như: Tiền sử chấn thương, tiền sử bệnh lý toàn thân hoặc tiêm Corticoid tại chỗ, X-quang cổ tay.

Tất cả các bệnh nhân đều được chỉ định mổ chuyển gân duỗi riêng ngón trở để phục hồi lại gân duỗi dài ngón tay cái.

Kỹ thuật mổ chuyển gân duỗi riêng ngón tay trở điều trị đứt gân duỗi dài ngón tay cái:

- Bước 1: Bộc lộ gân duỗi dài ngón cái, đánh giá thương tổn.

Rạch da từ dọc vị trí khớp cổ tay trên mạc hãm gân duỗi hướng về phía khớp đốt bàn ngón I (~5cm), phẫu tích bộc lộ diện gân duỗi dài ngón I tổn thương: Vùng gân cơ, hay theo phân vùng gân duỗi, cắt lọc phần gân chất lượng xấu và đánh giá khoảng khuyết gân. Trong quá trình phẫu tích tránh làm thương tổn nhánh nông thần kinh quay.

- Bước 2: Bộc lộ gân duỗi riêng ngón trở.

Rạch da ngang vị trí cách khớp bàn ngón II khoảng 1 cm để bộc lộ đầu ngoại vi gân duỗi ngón riêng ngón II, đây là gân nằm phía sâu hơn và gần bờ trụ hơn, phẫu tích cắt gân duỗi riêng ngón II tại sát khớp bàn ngón.

- Bước 3: Luồn gân (chuyển gân) duỗi riêng ngón trở qua đường hầm dưới da đến vị trí đầu ngoại vi gân duỗi dài ngón I

- Bước 4: Khâu nối gân duỗi riêng ngón trở vào gân duỗi dài ngón cái. Sử dụng kỹ thuật khâu gân Pulvertaft với 2-3 lần luồn gân, lúc khâu nối với tư thế duỗi tối đa của ngón I và cổ tay ở tư thế trung tính. Sau nối kiểm tra mối nối gân đủ chắc và đạt tư thế của ngón cái khi gấp, duỗi cổ tay.

- Bước 5: Khâu đóng vết mổ. (Minh họa bằng hình 1)



**Hình 1:** Các bước phẫu thuật chuyển gân. A: Bộc lộ diện gân duỗi dài ngón cái đứt, B: Lấy gân duỗi riêng ngón trở, chuẩn bị khâu gân, C: Sau nối gân bằng kỹ thuật Pulvertaft

Sau phẫu thuật bệnh nhân được bất động cổ bàn tay bên phẫu thuật bằng nẹp bột căng bàn tay ở tư thế hỗ trợ liên gân, ôm ngón cái: Cổ tay

duỗi nhẹ 20 độ, ngón cái duỗi và dẹt, trong thời gian 6 tuần. Bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động thụ động trong bột và phục hồi chức

năng bàn tay theo một quy trình thống nhất. Bệnh nhân được tháo bỏ nẹp bột sau 6 tuần.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được hẹn khám lại ở các thời điểm 2,6,12 tuần, 6 tháng sau phẫu

thuật. Đánh giá các thông số tại chỗ: Vết mổ, biên độ và cơ lực ngón cái và các ngón dài. Đánh giá chức năng bàn tay sau phẫu thuật ít nhất 1 năm theo thang điểm Geldmacher's.

**Bảng 1.** Thang điểm Geldmacher's đánh giá chức năng ngón cái sau phẫu thuật [2]

Chỉ tiêu	Góc dạng quay (Radial abduction range)	Khoảng thiếu duỗi (Elevation deficit)	Khoảng đôi chiều (Opposition distance)	Chênh lệch âm vận động khớp bàn ngón tay cái (Flexion-extension deficit)	
<b>Cách thực hiện</b>	Góc giữa ngón cái và ngón trỏ khi dạng ngón cái hết tâm ( $^{\circ}$ )	Bàn tay sấp trên mặt bàn, làm động tác duỗi và dạng tối đa ngón cái lên cao, tính khoảng chênh lệch giữa mặt bàn và búp ngón cái 2 bên (mm)	Khoảng cách giữa đầu ngón cái đến khớp bàn ngón của ngón út khi thực hiện động tác đôi chiều (mm)	Chênh lệch biên độ gấp – duỗi tối đa khớp bàn ngón ngón tay cái so với bên đối diện ( $^{\circ}$ )	
<b>Điểm</b>	<b>6</b>	$70^{\circ}$	0-10	0-25	$0^{\circ}$ - $5^{\circ}$
	<b>4</b>	$51^{\circ}$ - $70^{\circ}$	11-20	25-40	$6^{\circ}$ - $30^{\circ}$
	<b>2</b>	$31^{\circ}$ - $51^{\circ}$	21-30	41-60	$31^{\circ}$ - $60^{\circ}$
	<b>0</b>	$9^{\circ}$ - $30^{\circ}$	>30	>60	> $60^{\circ}$
<b>Tổng</b>	0-9: Kém, 10-16: Khá, 17-21: Tốt, 22-24: Rất tốt				

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận kết quả gồm thành 2 bảng: Đặc điểm chung của 4 bệnh nhân và đặc điểm chức năng bàn tay sau mổ.

Trong nghiên cứu có 4 bệnh nhân, tuổi trung bình 51 tuổi (43-59 tuổi), tỷ lệ Nam: Nữ là 1:1.

**Bảng 2.** Đặc điểm chung của 4 bệnh nhân

Tuổi	Giới	Nghề	Tay thuận	Nguyên nhân tổn thương	Thời điểm mổ	Tổn thương trong mổ
48	Nữ	Giáo viên	Có	Chấn thương cổ tay	4 tuần	Vị trí chuyển tiếp gân cơ, tụt xa 2 đầu
59	Nữ	Làm ruộng	Có	Ngã chống tay	4 tuần	Viêm thoái hóa gân, tụt xa 2 đầu, dày lên của hãm gân duỗi
43	Nam	Thợ xây	Có	Sau gãy đầu dưới xương quay	3 tháng	2 đầu gân đứt mất đoạn dài, tụt xa 2 đầu
55	Nam	Kỹ sư	Có	Sau gãy đầu dưới xương quay	4 tuần	2 đầu gân đứt mất đoạn dài, tụt xa 2 đầu

Về các tổn thương trong mổ: Chúng tôi ghi nhận các tổn thương trong mổ đều là tổn thương gân duỗi dài ngón cái, 2 đầu gân đều tụt xa nhau không có khả năng khâu nối tận-tận trực tiếp, ca bệnh số 2 thấy kèm theo tổn thương viêm dày của hãm gân duỗi và hoạt dịch gân duỗi.

**Bảng 3.** Đặc điểm chức năng bàn tay của 4 bệnh nhân

Bệnh nhân	Thời gian theo dõi	Biên độ duỗi khớp liên đốt I	Biên độ duỗi khớp bàn ngón I	Góc dạng quay	Khoảng thiếu duỗi	Khoảng đôi chiều	Chênh lệch tâm vận động khớp bàn ngón I	Điểm Geldmacher's
1	1,5 năm	$+10^{\circ}$	$0^{\circ}$	90	0	10	0	24
2	1 năm	$0^{\circ}$	$0^{\circ}$	90	5	10	0	22
3	1,5 năm	$-10^{\circ}$	$0^{\circ}$	90	15	10	0	21
4	1 năm	$0^{\circ}$	$0^{\circ}$	90	5	15	0	22

Về biên độ duỗi khớp sau phẫu thuật: Biên độ duỗi khớp bàn ngón I tốt, duỗi hết chiếm 100%, duỗi hết khớp liên đốt chiếm 75%, 1 trường hợp hạn chế duỗi  $10^{\circ}$ .

Đánh giá theo thang điểm Geldmacher's, 100% bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt, trong đó kết quả tốt có 1 ca (21 điểm) và kết quả rất tốt có 3 ca (22-24 điểm).

**IV. BÀN LUẬN**

Về cơ chế tổn thương, trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 4 bệnh nhân đứt gân kín đều bị chấn thương vùng cổ tay, trong đó có 2 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay kèm theo. Theo các báo cáo trên y văn, đứt kín gân duỗi dài ngón I ít gặp, thường liên quan đến các yếu tố như: gãy đầu dưới xương quay [3], chấn thương trực tiếp do vật tù [4], những vi chấn thương cổ tay lặp đi lặp lại [5], tình trạng viêm tại chỗ hoặc sau tiêm Steroid [4,6]. Trong đó, gãy đầu dưới xương quay là nguyên nhân thường gặp nhất liên quan đến đứt kín gân duỗi dài ngón I. Như vậy, lực tác động trực tiếp từ thành sau đầu dưới xương quay bị biến dạng là nguyên nhân chính dẫn đến đứt gân. Điều đáng chú ý là đứt kín gân duỗi dài ngón I thường được báo cáo liên quan đến các trường hợp gãy đầu dưới xương quay không di lệch (nhiều hơn các trường hợp gãy đầu dưới xương quay di lệch) [1, 3,]. Trong các trường hợp này, hãm gân duỗi cổ tay thường không bị tổn thương, nó giữ gân duỗi dài ngón I sát với thành xương đầu dưới xương quay.

Những yếu tố này thường dẫn đến sự giảm lượng máu cung cấp cho gân duỗi dài ngón I tại vùng lồi củ Lister [4]. Những nghiên cứu vi mô báo cáo rằng gân duỗi dài ngón I được cấp máu bởi nguồn máu xa và gân lồi củ Lister. Khi có tăng áp lực ở xung quanh gân do phản ứng viêm (như trong các trường hợp gãy đầu dưới xương quay hoặc các chấn thương khác), nguồn cung cấp máu trực tiếp cho gân duỗi dài ngón I sẽ bị tổn thương, gân duỗi dài ngón I sẽ chỉ được nuôi dưỡng qua nguồn khuếch tán từ bao hoạt dịch, dẫn tới thiếu máu cục bộ và nguy cơ đứt gân duỗi dài ngón I [3].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ

khi chấn thương đến lúc được phẫu thuật trung bình là 60 ngày (40-120 ngày), trong khi theo tác giả Roth là 46 ngày [7], 1 số nghiên cứu khác dao động từ 7-18 tháng [1].

Về độ tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân 4 bệnh nhân (2 nữ, 2 nam) đều được chẩn đoán đứt gân duỗi dài ngón I, đến muộn ở tay thuận. Tuổi trung bình là 51 tuổi (43-55 tuổi). Theo các tác giả khác: Đứt gân duỗi dài gặp nhiều hơn ở phụ nữ chiếm đến 60-100% [1,7]. Nguyên nhân thường do hội chứng Dequervain, bệnh lý về viêm gân dạng dài, duỗi ngắn tỷ lệ gặp nhiều hơn ở phụ nữ, đặc biệt trong nhóm có thai, cho con bú; trong hội chứng này, ngoài yếu tố cơ học, các yếu tố nội tiết tố được cho là làm tăng tỷ lệ mắc bệnh của nữ giới [7]. Sự liên kết này vẫn chưa có thể là vấn đề đáng quan tâm trong các trường hợp đứt gân duỗi dài ngón I không tìm được nguyên nhân.

Tổn thương trong mổ: Chúng tôi ghi nhận tổn thương ở vị trí gân lồi củ Lister, các đầu gân đều bị tụt xa không có khả năng nối trực tiếp, hãm gân duỗi còn toàn vẹn và viêm dày trong 1 trường hợp. Đánh giá hãm gân duỗi cổ tay đóng góp phần đáng kể vào việc cản trở cơ học cũng như làm giảm nguồn cấp máu cho gân duỗi dài ngón I. Điều này cũng đề cập trong các nghiên cứu của Roth, Ching-Hsuan Hu,...[1,3]

Sau mổ bệnh nhân được theo dõi và tập luyện phục hồi chức năng theo quy trình, theo dõi xa ít nhất 1 năm, kết quả sau mổ đều cho kết quả tốt hoặc xuất sắc theo thang điểm Geldmacher's, biên độ duỗi chủ động ngón I gần như tối đa và bệnh nhân đều quay lại sinh hoạt và lao động bình thường. Bảng 3 cho thấy kết quả sau mổ ở thời điểm sau theo dõi xa ít nhất 1 năm, tất cả bệnh nhân đều quay trở lại sinh hoạt bình thường, kết quả sau mổ tốt hoặc xuất sắc theo thang điểm Geldmacher's, biên độ duỗi chủ động ngón I gần như tối đa, kết quả tương đồng với tác giả Hirasawa và Ching-Hsuan Hu [1,3].



**Hình 2:** Biên độ ngón I đạt tối đa sau phẫu thuật: A: Dạng, B: Duỗi, C: Đối chiếu

Các phương pháp phẫu thuật đối với đứt kín gân duỗi dài ngón I đề xuất gồm có: Khâu nối trực tiếp, ghép gân gan tay dài, chuyển gân duỗi

riêng ngón II. Trong đó, khâu nối gân trực tiếp không khả thi vì gân sau đứt thường co rút tụt xa và chất lượng đầu gân thường kém [1]. Với

chuyển gân, gân duỗi riêng ngón II là lựa chọn hàng đầu tuy nhiên cần nắm rõ giải phẫu cũng như các biến thể của gân duỗi này. Bình thường, gân duỗi riêng ngón II đi ra xa trong ô gân duỗi IV, nằm sâu hơn gân duỗi chung ngón II, cùng bám tận vào điểm bám của gân duỗi chung ngón II ở phía bờ trụ của gân này. Trong nghiên cứu của Cauldwell và cộng sự trên 263 bệnh nhân có bất thường giải phẫu của gân duỗi riêng ngón II là: Thiếu hụt, 2 gân duỗi riêng ngón II, bám tận bất thường vào ngón I, IV, III còn Thiếu hụt gân duỗi riêng ngón II chiếm khoảng 1-4% [8], trong trường hợp này có thể sử dụng gân gan tay dài để thay thế gân duỗi riêng ngón II. Kết quả sau mổ của chúng tôi cho kết quả tốt và xuất sắc, tương đồng tác giả Ching-Hsuan Hu [1], Adrian Bullon [2]... tuy nhiên trong phạm vi mẫu nghiên cứu nhỏ, chúng tôi còn rất nhiều hạn chế. Nhiều yếu tố nguy cơ với tình trạng đứt gân duỗi ngón I trên y văn chúng tôi cần tiếp tục theo dõi và tìm ra mối liên quan như: bệnh lý toàn thân, rối loạn nội tiết tố, ....

## V. KẾT LUẬN

Đứt kín gân duỗi dài ngón tay cái là tổn thương hiếm gặp. Phẫu thuật chuyển gân duỗi riêng ngón trở điều trị đứt gân duỗi dài ngón cái là phẫu thuật phù hợp với nguyên tắc chuyển gân, an toàn, hiệu quả, và phục hồi tốt chức

năng bàn tay sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ching-Hsuan Hu (2015).** Revisiting spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon: eight cases without identifiable predisposing factor. *HAND* (2015) 10:726–731. DOI 10.1007/s11552-015-9746-y.
2. **Adrián Bullón, Elena Bravo (2007).** Reconstruction after Chronic Extensor Pollicis Longus Ruptures. *CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH* Number 462, pp. 93–98.
3. **Hirasawa Y, Katsumi Y, Akiyoshi T et al (1990).** Clinical and microangiographic studies on rupture of the E.P.L. tendon after distal radial fractures. *J Hand Surg Br.* 1990;15:51–7.
4. **Bjorkman A, Jorgsholm P (2004).** Rupture of the extensor pollicis longus tendon: a study of aetiological factors. *Scand J Plast Reconstr.* 2004;38:32–5.
5. **Choi JC, Kim WS, Na HY, et al (2011).** Spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon in a tailor. *Clin Orthop Surg.* 2011;3:167–9.
6. **Straub LR, Wilson Jr EH (1956).** Spontaneous rupture of extensor tendons in the hand associated with rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg Am.* 1956;38-A:1208–17. Passim.
7. **Roth KM, Blazar PE, Earp BE, et al (2012).** Incidence of extensor pollicis longus tendon rupture after nondisplaced distal radius fractures. *J Hand Surg-Am.* 2012;37:942–7.
8. **Cauldwell EW, Anson BJ, Wright RR (1943).** The extensor indicis proprius muscle. A study of 263 consecutive specimens. *Q Bull Northwest Univ Med Sch.* 1943;17:267–79.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Phương Dung<sup>1</sup>, Võ Thị Hoa<sup>1</sup>, Trần Quỳnh Như<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Ngọc Thuỳ<sup>1</sup>, Bùi Thị Hương Quỳnh<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Nhiễm khuẩn huyết là một hội chứng lâm sàng do kết quả của phản ứng viêm mất kiểm soát đối với nhiễm khuẩn dẫn đến rối loạn chức năng cơ quan. Sử dụng kháng sinh thích hợp cần thiết để đảm bảo kết quả điều trị tích cực. **Mục tiêu:** Khảo sát và so sánh việc sử dụng kháng sinh, tính hợp lý của kháng sinh và kết quả điều trị ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn trước và sau khi ban

hành hướng dẫn kháng sinh, triển khai chương trình quản lý kháng sinh tại bệnh viện Thống Nhất (ASP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang mô tả, so sánh 2 giai đoạn được tiến hành trên bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn. Bệnh nhân được chọn ở 2 giai đoạn trước và sau khi triển khai ASP: giai đoạn 1 - từ tháng 01/2018 đến 6/2018 và giai đoạn 2 - từ 10/2019 đến 3/2020. Sự hợp lý của kháng sinh được đánh giá dựa trên phác đồ của Bộ Y tế năm 2015, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bệnh viện Thống Nhất năm 2019 và Sanford guide năm 2020. **Kết quả:** Có 213 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó 107 bệnh nhân ở giai đoạn 1 và 106 bệnh nhân ở giai đoạn 2. Beta-lactam và fluoroquinolone là hai nhóm kháng sinh được chỉ định phổ biến nhất. Tỷ lệ lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm hợp lý chung tăng từ 49,5% lên 63,2% ( $p = 0,044$ ).

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 12.01.2022