

7. Đỗ Hồng Phúc, Lê Gia Ánh Thy, Nguyễn Thị Thu Vân. Kết hợp xương bàn tay bằng nẹp ốc tại bệnh viện chấn thương chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí y dược thực hành* 175(19). 2019. 30-35.
8. Trần Văn Dương, Nguyễn Anh Tuấn. Nghiên cứu kết quả điều trị gãy xương bàn tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp ốc. *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam (số đặc biệt)*. 2012. 238-243.
9. Lưu Mạnh Hùng, Bùi Văn Nhân, Nguyễn Hải Dương. Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín xương bàn ngón tay bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*. 2023. 65(3ĐB), 22-24. [https://doi.org/10.31276/VJST.65\(3DB\).22-24](https://doi.org/10.31276/VJST.65(3DB).22-24).
10. Mai Đức Dũng, Vũ Duy Tân, Ngô Thị Vân Huyền, Triệu Quốc Tráng. Kết quả điều trị gãy xương bàn ngón tay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí khoa học & công nghệ Đại học Thái Nguyên*. 2019. 207(14), 243-248. <http://jst.tnu.edu.vn/jst/article/view/1800>.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN XƯƠNG GÓT BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT

Võ Hoàng Tuấn*, Phạm Hoàng Lai

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: vhtuanbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/5/2023

Ngày phản biện: 22/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương gót có tới 75% là gãy phạm khớp, trong vài thập niên gần đây có nhiều loại nẹp vít phù hợp hình thể giải phẫu xương gót ra đời đã thúc đẩy xu thế phẫu thuật điều trị gãy xương gót. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét kết quả sớm điều trị gãy kín xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu 24 bệnh nhân với 29 xương gót gãy, phân loại II, III, IV theo Sanders, được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít xương gót, trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2023 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Góc Bohler trung bình sau mổ đạt $31,28^{\circ} \pm 4,64^{\circ}$ (trước mổ là $5,31^{\circ} \pm 5,18^{\circ}$). Góc Bohler trung bình sau mổ 3 tháng đạt $28,75^{\circ} \pm 4,97^{\circ}$. Thời điểm phẫu thuật trung bình là $8,75 \pm 4,88$ ngày sau chấn thương. Vết mổ liền sẹo kỳ đầu 28 vết mổ và có 1 vết mổ thiếu dưỡng, liền sẹo muộn. Theo dõi được 29 ổ gãy xương gót sau mổ 4 tháng, chức năng khớp cổ chân theo Rowe là $94,66 \pm 10,43$ điểm, kết quả chung theo Hall và Pennal đạt: tốt (79,3%), khá (13,8%), trung bình (6,9%) và không có trường hợp nào đạt kết quả xấu. Điểm AOFAS Ankle - Hindfoot Score đạt $86,90 \pm 9,69$ điểm (55-97 điểm). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương gót bằng nẹp vít là một lựa chọn điều trị mang lại kết quả phục hồi chức năng khớp cổ chân sau mổ tốt. Tuy nhiên cần thận trọng khi bóc tách vật chữ L đủ độ dày và nên dẫn lưu vết mổ để tránh nguy cơ thiếu dưỡng và hoạt tử vật da.

Từ khóa: Gãy xương gót, nẹp vít xương gót, nẹp sau bàn chân.

ABSTRACT

INITIAL RESULTS OF THE OSTEOSYNTHESIS WITH CALCANEAL PLATE FOR TREATMENT OF THE CALCANEAL FRACTURE

Vo Hoang Tuan*, Pham Hoang Lai

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Calcaneus fractures account for up to 75% are intra-articular fractures. In recent decades, many types of plates suitable for calcaneal anatomy have been introduced, promoting the trend of surgery to treat calcaneus fractures. **Objectives:** Evaluate the early results of treatment of closed calcaneal fractures using the osteosynthesis with calcaneal plate. **Materials and methods:** Prospective observational study of 24 patients with 29 calcaneal fractures type II, III, and IV by Sanders' classification had osteosynthesis using the calcaneal plate, between Jan 2021 and Jan 2023 at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, Can Tho Central General Hospital. **Results:** The mean postoperative Bohler's angle was $31.28^{\circ} \pm 4.64^{\circ}$ (pre-op $5.31^{\circ} \pm 5.18^{\circ}$). The mean post-operative 3-month Bohler's angle was $28.75^{\circ} \pm 4.97^{\circ}$. The mean time of surgery was 8.75 ± 4.88 days after injury. The incision was primary healing in 28 incisions and there was 1 incision with malnutrition, late healing. Following up with 29 calcaneal fractures 4 months after surgery, the ankle joint function of Rowe was 94.66 ± 10.43 points, the overall results according to Hall and Pennal achieved: very good (79.3%), good (13.8%), average (6.9%), and no cases of poor results. AOFAS Ankle - Hindfoot Score reached 86.90 ± 9.69 points (55-97 points). **Conclusion:** Calcaneal osteosynthesis with calcaneal plate is a treatment option that brings good results in restoring ankle joint function after surgery. However, be careful with dissect L shape flap of sufficient thickness and should be drainage to avoid the risk of malnutrition and necrosis of skin flaps.

Keywords: Calcaneus fractures, calcaneal plate, hindfoot.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương gót hay gãy trong các gãy xương tụ cốt vùng cổ chân, gãy xương gót chiếm tỉ lệ 1% đến 2% trong tổng số gãy xương nói chung và có tới 75% là gãy phạm khớp [1], [2]. Cơ chế chấn thương chủ yếu là do ngã cao theo chiều đứng dọc, thường có kèm theo lún xẹp thân đốt sống và gãy khung chậu. Trước đây đối với những gãy xương gót phạm khớp có di lệch chủ yếu là được điều trị bảo tồn, điều trị phẫu thuật kết hợp xương gót mới được đề cập đến nhiều trong khoảng vài thập niên gần đây từ khi có chụp cắt lớp vi tính [2], [3], [4]. Điều trị gãy xương gót gồm điều trị bảo tồn như: bó bột, nắn chỉnh và bó bột theo phương pháp Westhus, phương pháp của Bohler; phẫu thuật nâng đồi gót theo phương pháp của tác giả Essex-Lopresti; phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít và phẫu thuật hàn khớp sên gót [1], [3]. Điều trị không phẫu thuật các trường hợp gãy xương gót phạm khớp sẽ khó phục hồi hình thể giải phẫu của xương gót, phẫu thuật hàn khớp sên gót chủ yếu được sử dụng trong trường hợp kết hợp xương thất bại, bệnh nhân đau nhiều, hồi phục chức năng khớp cổ chân kém. Phẫu thuật nắn chỉnh mở và cố định bên trong bằng nẹp vít được áp dụng gần đây đã mang lại những kết quả rất khả quan. Phân loại gãy xương gót của Sander năm 1993 dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính xương gót được ứng dụng nhiều trên lâm sàng [2]. Những trường hợp gãy xương gót phạm khớp có tổn thương mặt khớp sên gót sau thì việc phục hồi lại mặt khớp rất quan trọng, điều này đòi hỏi phải có một dụng cụ cố định, bất động xương gãy sau khi nắn chỉnh [5], [6], [7]. Trong vài thập niên gần đây nẹp vít phù hợp với hình thể giải phẫu của xương gót (nẹp vít xương gót) ra đời đã thúc đẩy xu thế điều trị phẫu thuật kết hợp xương gót [8]. Gần đây trong nước cũng có nhiều tác giả

báo cáo kết quả điều trị gãy xương gót bằng nẹp vít tuy nhiên kết quả thì còn nhiều bàn luận, Phương pháp kết hợp xương gót bằng nẹp vít chưa được nghiên cứu rộng rãi để mang lại giá trị cao hơn. Do đó nghiên cứu “Kết quả bước đầu điều trị gãy kín xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít” được thực hiện với mục tiêu: Nhận xét kết quả sớm điều trị gãy kín xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng lựa chọn trong nghiên cứu gồm 24 bệnh nhân với 29 xương gót gãy đã được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít. Tất cả bệnh nhân đều được mổ theo đường mô hình chữ L mặt ngoài vùng gót chân, kết hợp xương bằng nẹp vít xương gót.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên; bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín xương gót; xương gãy nằm trong phân loại II, III, IV theo Sanders.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Gãy hở; bệnh nhân có yếu tố nguy cơ phẫu thuật như bệnh lý nội khoa nặng kèm theo; bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương); đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học (phân loại theo Sanders, góc Bohler trước mổ, chấn thương kết hợp); đánh giá kết quả điều trị (nắn chỉnh xương dựa vào hình ảnh x-quang sau mổ, tình trạng tại chỗ sau mổ, khả năng liền vết mổ, các tai biến, biến chứng sớm, đánh giá kết quả sớm (sau mổ 4 tháng) dựa trên thang điểm đánh giá chức năng khớp cổ chân theo Rowe, đánh giá kết quả chung theo Hall và Pennal, AOFAS Ankle – Hindfoot score).

- **Quy trình tiến hành nghiên cứu:**

Thăm khám đánh giá gãy xương gót và tình trạng phần mềm tại chỗ, các tổn thương liên quan, tình trạng toàn thân, các bệnh lý mạn tính; đánh giá, phân loại tổn thương gãy xương trên X-quang quy ước, phân loại theo Sanders dựa trên CT-scan; lên kế hoạch phẫu thuật, theo dõi chăm sóc sau mổ; đánh giá kết quả nắn chỉnh, cố định ổ gãy trên X-quang sau mổ; đánh giá kết quả phục hồi chức năng, các biến chứng sau mổ; phân tích nhận xét.

Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân nằm nghiêng về bên chân lành, ga rô đùi, phẫu thuật theo đường mổ mở rộng của Seattle [9] hình chữ L mặt ngoài vùng gót chân. Chỉnh mở ổ gãy, chú ý mặt khớp sên gót sau, phục hồi góc Bohler, kiểm tra trên C-arm, đặt nẹp vít mặt ngoài xương gót, kết xương bằng nẹp vít xương gót. Đặt dẫn lưu kín, đóng vết mổ theo lớp.

Đánh giá kết quả nắn chỉnh: Nắn chỉnh tốt (loại 1) khi góc Bohler $\geq 25^\circ$, mảnh lồi củ gót không di lệch hoặc di lệch không đáng kể, trục xương gót thẳng, mặt khớp sên gót sau không di lệch. Khi các trường hợp không đạt nắn chỉnh tốt, góc Bohler $> 10^\circ$, trục xương gót thẳng, mặt khớp sên gót sau không di lệch thì được xếp vào nhóm nắn chỉnh đạt yêu cầu (loại 2). Nắn chỉnh chưa đạt yêu cầu (loại 3) khi có một trong các yếu tố: góc Bohler $< 10^\circ$, trục xương gót cong vẹo (vẹo trong $> 10^\circ$; vẹo ngoài $> 20^\circ$), có sự di lệch ở mặt khớp sên gót sau.

Tập luyện sau mổ: Đi nặng không chịu lực trong 8 tuần đầu, sau tuần thứ 8 chịu lực một phần, đến tuần thứ 10 thì chịu lực toàn phần và bỏ nạng hoàn toàn vào tuần thứ 12 sau mổ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS (version 26.0).

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2023 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi theo dõi 24 bệnh nhân với 29 ổ gãy xương gót được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 4 tháng, dài nhất 12 tháng.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

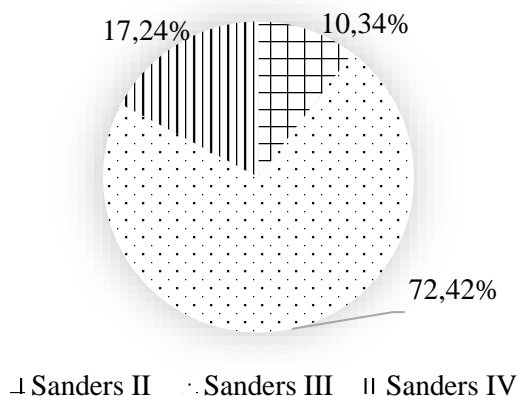
Tuổi trung bình là 41,83 tuổi (nhỏ nhất 25 tuổi, lớn nhất 66 tuổi), tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 31-40, đây là nhóm tuổi lao động. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 22 bệnh nhân nam và 2 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ: 11/1.

Có 20 bệnh nhân do ngã cao chiếm 83,3%, 2 bệnh nhân do tai nạn giao thông chiếm 8,3%, 2 bệnh nhân do tai nạn sinh hoạt (ngã cầu thang) chiếm 8,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Có 3 bệnh nhân chấn thương cột sống không liệt tủy chiếm 12,5%, 3 bệnh nhân gãy xương chi dưới chiếm 12,5%, 1 bệnh nhân gãy xương chậu chiếm 4,2% còn lại 17 bệnh nhân không có tổn thương phối hợp (70,8%). Gãy xương gót hai bên có 7 bệnh nhân chiếm 29,2% (có 5 bệnh nhân mổ cả 2 bên, 2 bệnh nhân mổ 1 bên, bên còn lại được bó bột). Gãy xương gót bên phải chiếm 45,8%, gãy xương gót bên trái chiếm 25%.

Phân loại theo Sanders có 3 ổ gãy loại II chiếm 10,34%, 21 ổ gãy loại III chiếm tỉ lệ cao nhất là 72,42%, 5 ổ gãy loại IV chiếm 17,24%.



Hình 1. Phân loại gãy xương gót theo Sanders

Nhận xét: Góc Bohler trước mổ từ $-8,65^{\circ}$ đến $14,07^{\circ}$, trung bình là $5,31^{\circ} \pm 5,18^{\circ}$.

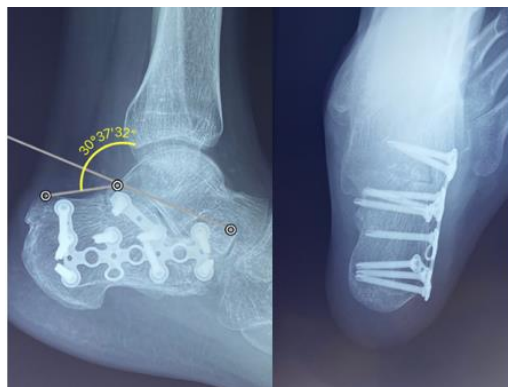
Bảng 1. Phân bố thời gian từ lúc chấn thương đến lúc mổ

Thời gian	< 7 ngày	7-14 ngày	>14 ngày	Tổng
Số ca	7	14	3	24
Tỉ lệ (%)	29,2	58,3	12,5	100

Nhận xét: Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc mổ trung bình $8,75 \pm 4,88$ ngày, ít nhất 1 ngày và nhiều nhất 22 ngày. Thời gian mổ thích hợp là sau khi xuất hiện nếp nhăn da vùng cổ chân và vùng mặt lưng bàn chân, thường sau 7 đến 10 ngày hoặc sau 2 tuần. Vì nếu

trước thời gian này, bàn chân còn sưng nề nhiều, mô sẽ gây nguy cơ không đóng được vết mổ, bung vết mổ, hoại tử mép da và nhiễm trùng vết mổ.

3.3. Kết quả điều trị



Hình 2. X-quang sau mổ kết hợp xương gót bằng nẹp vít

Bảng 2. Góc Bohler sau mổ và sau mổ 3 tháng

Góc Bohler	Sau mổ		Sau mổ 3 tháng	
	10-25°	> 25-45°	10-25°	> 25-45°
Số ca	4	25	6	23
Tỉ lệ (%)	13,8	86,2	20,7	79,3

Nhận xét: Kết quả góc Bohler sau mổ là $31,28^{\circ} \pm 4,64^{\circ}$ (từ $21,12^{\circ}$ đến $39,61^{\circ}$), sau mổ 3 tháng là $28,75^{\circ} \pm 4,97^{\circ}$ (từ $18,34^{\circ}$ đến $39,02^{\circ}$).

Vết mổ liền sẹo kỳ đầu 28 vết mổ (96,6%), có 1 vết mổ (3,4%) thiếu dưỡng mép vạt da hình L, liền sẹo muộn. Không có trường hợp nào nhiễm trùng sau mổ.

Kết quả chức năng khớp cổ chân theo thang điểm Rowe đạt $94,66 \pm 10,43$ điểm. Tốt (79,3%), khá (13,8%), trung bình (6,9%), không có trường hợp kết quả kém.

Bảng 3. Kết quả theo Hall và Pennal

Kết quả	Số ca	Tỉ lệ (%)
Tốt	23	79,3
Khá	4	13,8
Trung bình	2	6,9
Tổng số	29	100

Nhận xét: Kết quả chung theo Hall và Pennal đạt: tốt (79,3%), khá (13,8%), trung bình (6,9%) và không có trường hợp nào đạt kết quả kém.

Bảng 4. Kết quả AOFAS Ankle – Hindfoot score

Kết quả	Số ca	Tỉ lệ (%)
Tốt	13	44,8
Khá	10	34,5
Trung bình	4	13,8
Kém	2	6,9
Tổng số	29	100

Nhận xét: Điểm AOFAS đạt $86,90 \pm 9,69$ điểm. Tốt (44,8%), khá (34,5%), trung bình (13,8%), kém (6,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nắn chỉnh mở và kết hợp xương bên trong bằng nẹp vít cho các trường hợp gãy xương gót phạm khớp giúp duy trì sự tương quan diện khớp, giảm tỉ lệ đau, thoái hoá khớp sên gót [10]. Đường mổ mặt ngoài vùng gót chân hình chữ L bộc lộ rõ ràng các mảnh gãy tạo thuận lợi cho nắn chỉnh và đặt nẹp. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là 41,83 tuổi (25-66 tuổi) tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 31-40, đây là nhóm tuổi lao động, cao hơn so với Lâm Quốc Thanh nghiên cứu ở 48 bệnh nhân với tuổi trung bình là 39,15 tuổi [11]. Nguyên nhân chấn thương phổ biến là ngã cao với 20 bệnh nhân chiếm 83,3%, 2 bệnh nhân do tai nạn giao thông chiếm 8,3%, 2 bệnh nhân do tai nạn sinh hoạt (ngã cầu thang) chiếm 8,3%. Lâm Quốc Thanh gặp nguyên nhân té cao ở 40 bệnh nhân (83,3%) [11]. Chấn thương khác kèm theo gồm có 3 bệnh nhân chấn thương cột sống không liệt tủy (12,5%), 3 bệnh nhân gãy xương chi dưới (12,5%), 1 bệnh nhân gãy xương chậu (4,2%). Tỉ lệ nam/nữ là 11/1.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Chấn thương gãy xương gót thường kèm theo phù nề nhiều ở vùng bàn chân. Liu G.T. khuyến cáo nên đợi cho phần mềm vùng nửa sau bàn chân giảm nề nhiều rồi hãy tiến hành phẫu thuật, thông thường phải chờ khoảng 7 đến 14 ngày. Có những trường hợp phẫu thuật phải chậm lại sau chấn thương 3 tuần, nhưng tác giả cũng khuyên không nên để quá 3 tuần, sẽ khó chỉnh ổ gãy do can xương hình thành [12]. Các tác giả Zwipp H. và cộng sự đã tiến hành phẫu thuật cho 496 bệnh nhân gãy xương gót vào thời điểm trung bình là 8,8 ngày sau chấn thương (từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 23) bằng nhiều đường mổ khác nhau [13]. Trong nghiên cứu, thời điểm mổ trung bình $8,75 \pm 4,88$ ngày (ít nhất 1 ngày và nhiều nhất 22 ngày), thời gian từ lúc bị chấn thương đến khi mổ kết hợp xương ở nhóm 7-14 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (58,3%).

Phân loại gãy xương theo Sanders chúng tôi gặp 3 ổ gãy loại II chiếm 10,34%, 21 ổ gãy loại III chiếm tỉ lệ cao nhất là 72,42%, 5 ổ gãy loại IV chiếm 17,24%. Trong nghiên cứu của Lâm Quốc Thanh ổ gãy loại Sanders II có 3 bệnh nhân (6,25%), loại III có 38 bệnh nhân (79,2%), loại IV có 7 bệnh nhân (14,6%) [11]. Chúng tôi nhận thấy trong lúc phẫu thuật kỹ thuật chỉnh mặt khớp mức độ khó tăng dần từ Sanders loại II đến loại IV. Qua đường mổ mặt ngoài, rất khó kiểm soát mảnh gãy di lệch phía bên trong, ở những trường hợp gãy loại Sanders IIC, IIIAC, IIIIC và IV. Theo Zwipp H. những trường hợp gãy loại II, III, IV theo Sanders có đường gãy C nên mổ thêm 1 đường mổ mặt trong, theo trục bàn chân đi qua mỏm chân đế của xương gót (sustentaculum) để chỉnh mảnh gãy và cố định từ phía trong [13].

4.3. Kết quả điều trị

Góc Bohler là số đo quan trọng dự đoán kết quả gãy xương. Trong nghiên cứu, góc Bohler trước phẫu thuật giảm với độ lớn trung bình $5,31^\circ \pm 5,18^\circ$ (từ $-8,65^\circ$ đến $14,07^\circ$). Sau phẫu thuật tăng lên là $31,28^\circ \pm 4,64^\circ$ (từ $21,12^\circ$ đến $39,61^\circ$). Sau mổ 3 tháng là $28,75^\circ \pm 4,97^\circ$ (từ $18,34^\circ$ đến $39,02^\circ$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Cao H. và cộng sự, góc Bohler sau mổ đạt trung bình $28,4^\circ \pm 6,1^\circ$ [4]. Các tác giả Wei N. và cộng sự cho rằng trong nắn chỉnh gãy xương gót, góc Bohler là quan trọng cần phải đạt được về giá trị bình thường trong khoảng từ 20° đến 45° khi chỉnh di lệch sập lún ở diện khớp sên gót sau [2].

Đường mổ mở rộng hình chữ L có thể bộ lộ rõ khớp sên gót sau và mặt ngoài xương gót, thuận lợi cho nắn chỉnh mặt khớp, trục xương gót và kết hợp xương. Tuy nhiên, các tác giả cũng cảnh báo đường mổ của Seattle [9] rất có nguy cơ thiếu dưỡng vật da chữ L nếu bóc tách không đủ độ dày hoặc để máu tụ dưới vật da sau mổ [5]. Trong 453 bệnh nhân, Zwipp H. và cộng sự gặp biến chứng máu tụ dưới vật da chiếm 4,7%, hoại tử một phần vật da 6,7%, nhiễm khuẩn phần mềm là 4,3%, nhiễm khuẩn xương 2,2% [13]. Chúng tôi gặp 1 trường hợp biến chứng tại vết mổ, vết mổ thiếu dưỡng mép vật da hình L, liền sẹo muộn sau đó.

Trong nghiên cứu, theo dõi sau mổ 4 tháng 29 ổ gãy xương gót kết quả chức năng khớp cổ chân theo thang điểm Rowe đạt $94,66 \pm 10,43$ điểm; đánh giá kết quả chung theo Hall và Pennal đạt tốt (79,3%), khá (13,8%), trung bình (6,9%) và không có trường hợp nào cho kết quả kém. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Lâm Quốc Thanh tốt (81,2%), khá (10,4%), trung bình (8,3%), kém (0%) [11]. Điểm AOFAS ở nghiên cứu của chúng tôi đạt $86,90 \pm 9,69$ điểm gần tương đồng với nghiên cứu của Cao H. và cộng sự đạt $84,6 \pm 4,7$ điểm [4].

Hạn chế của nghiên cứu: Số lượng bệnh nhân chưa nhiều và thời gian theo dõi ngắn. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương gót bằng nẹp vít là phương pháp điều trị gãy xương gót loại II, III, IV (theo phân loại của Sanders) cho kết quả phục hồi chức năng khá tốt. Thời điểm phẫu thuật nên thực hiện ở tuần thứ 2 sau chấn thương, chờ phần mềm tại chỗ giảm phù nề. Bằng đường mổ mở rộng mặt ngoài hình chữ L thuận lợi cho việc nắn chỉnh các mảnh gãy và kết hợp xương. Tuy nhiên, vết mổ hình chữ L có nguy cơ thiếu dưỡng vật da. Cần thận trọng khi bóc tách vật chữ L đủ độ dày và nên dẫn lưu vết mổ để tránh nguy cơ thiếu dưỡng, hoại tử vật da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bába V., Kopp L. Calcaneal fractures - current trends and pitfalls. *Rozhl Chir.* 2021. 100(8), 369-375, <https://doi.org/10.33699/pis.2021.100.8.369-375>.
2. Wei N., Zhou Y., Chang W., Zhang Y., Chen W. Displaced Intra-articular Calcaneal Fractures: Classification and Treatment. *Orthopedics.* 2017. 40(6), e921-e929, <https://doi.org/10.3928/01477447-20170907-02>.
3. Diranzo G. J., Bertó M. X., Castillo M. L., Estrems D. V., Hernández F. L., et al. Treatment of intraarticular calcaneal fractures by reconstruction plate. Results and complications of 86 fractures. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol (Engl Ed).* 2018. 62(4), 267-273, <https://doi.org/10.1016/j.recot.2018.01.010>.
4. Cao H., Li Y. G., An Q., Gou B., Qian W., et al. Short-Term Outcomes of Open Reduction and Internal Fixation for Sanders Type III Calcaneal Fractures With and Without Bone Grafts. *J Foot Ankle Surg.* 2018. 57(1), 7-14, <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2017.05.037>.
5. Zhang L., Su P., and Li J. Complications in the Management of Displaced Intra-articular Calcaneal Fractures: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of 2538 Patients. *J Foot Ankle Surg.* 2022. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2022.07.001>.
6. Swords M. P., Penny P. Early fixation of calcaneus fractures. *Foot and Ankle Clinics.* 2017. 22(1), 93-104.

7. Jain S., Jain A. K., Kumar I. Outcome of open reduction and internal fixation of intraarticular calcaneal fracture fixed with locking calcaneal plate. *Chin J Traumatol*. 2013. 16(6), 355-60.
8. Chen K., Zhang H., Wang G., Cheng Y., Qian Z., et al. Comparison of nonlocking plates and locking plates for intraarticular calcaneal fracture. *Foot Ankle Int*. 2014. 35(12), 1298-302, <https://doi.org/10.1177/1071100714547520>.
9. Rammelt S., Swords M. P. Calcaneal Fractures-Which Approach for Which Fracture? *Orthop Clin North Am*. 2021. 52(4), 433-450, <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2021.05.012>.
10. Gougoulas N., McBride D., Maffulli N. Outcomes of management of displaced intra-articular calcaneal fractures. *Surgeon*. 2021. 19(5), e222-e229, <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.10.003>.
11. Lâm Quốc Thanh. Đánh giá kết quả điều trị gãy lún nhiều mảnh xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp ốc. Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch. 2015. 81.
12. Liu G. T., Vanpelt M. D., Lalli T., Raspovic K. M., Wukich D. K. Surgical Management of Displaced Intra-Articular Calcaneal Fractures: What Matters Most? *Clin Podiatr Med Surg*. 2019. 36(2), 173-184, <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2018.10.002>.
13. Zwipp H., Rammelt S., and Barthel S. Calcaneal fractures--open reduction and internal fixation (ORIF). *Injury*. 2004. 35 Suppl 2(2), SB46-54, DOI:10.1016/j.injury.2004.07.011.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC CỦA SINH VIÊN Y KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VỀ DỊCH COVID-19 TRONG ĐỢT BÙNG PHÁT DỊCH LẦN THỨ 4 NĂM 2021

*Phan Nguyễn Hồng Loan**, Phan Hữu Khang, Lê Thanh Mai,
Lê Huỳnh Anh Thư, Trần Thiện Thắng

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: 1953010219@student.ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 09/01/2023

Ngày phản biện: 17/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam đang trải qua đợt bùng phát dịch lần thứ 4, việc sinh viên có kiến thức đúng về COVID-19 là rất cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát kiến thức của sinh viên Y khoa Trường Đại học Y Dược Cần Thơ về dịch COVID-19 trong đợt bùng phát dịch lần thứ 4 và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của sinh viên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 134 sinh viên Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong tháng 2 năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung về COVID-19 chiếm 79,9%, kiến thức không có mối liên quan với tình trạng hôn nhân và tình trạng cư trú. Có mối liên quan giữa kiến thức khái niệm, tình hình và nguồn thông tin từ phương tiện truyền thông đại chúng, giữa kiến thức phòng ngừa và nguồn thông tin từ Internet. **Kết luận:** Khảo sát cho thấy sinh viên tham gia có kiến thức tốt chiếm tỉ lệ khá cao về các vấn đề bệnh học, phòng ngừa dịch COVID-19 và các chỉ thị. Đối tượng nghiên cứu có thái độ tích cực tiên phong trong các công tác tuyên truyền và phòng chống dịch.