

ĐẶC ĐIỂM GÂY LIÊN MẮU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN KHÔNG XI MĂNG Ở BỆNH NHÂN TỪ 70 TUỔI TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Đàm Quang Kha^{1*}, Trần Công Nam¹
Trịnh Quang Khiêm¹, Vũ Gia Vĩnh¹, Nguyễn Văn Hân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên, gãy liên mấu chuyển xương đùi, tại Bệnh viện Quân y 110.

Đối tượng, phương pháp: Tiến cứu mô tả cắt ngang không đối chứng trên 57 bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên, gãy liên mấu chuyển xương đùi, điều trị bằng phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022 đến tháng 03/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình bệnh nhân là $84,65 \pm 7,11$; 63,1% bệnh nhân ở nhóm tuổi 80-89. Tỷ lệ bệnh nhân nữ/nam là 2,5/1. Bệnh lý kèm theo chủ yếu là bệnh tim mạch (47,1%) và đái tháo đường (31,6%). Đa số bệnh nhân gãy xương do tai nạn sinh hoạt (87,7%). 100% bệnh nhân có triệu chứng đau, mất vận động khớp háng bên tổn thương, bàn chân đổ ngoài. Trên phim X quang, gãy thể A2 (63,2%) gặp nhiều hơn A1 (36,8%). Kết quả sau phẫu thuật: 84,2% bệnh nhân có độ áp khít chuôi khớp trên 80%; chênh lệch chiều dài chân sau phẫu thuật chủ yếu dưới 1 cm (80,7%). 78,1% bệnh nhân đạt chức năng khớp háng tốt và rất tốt, không có bệnh nhân chức năng khớp háng kém. Biến chứng sau phẫu thuật gặp ở 12/57 bệnh nhân (21,1%), hay gặp nhất là sưng nề chi thời gian dài sau phẫu thuật (8,8%) và nhóm biến chứng do nằm lâu (8,8% viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, loét điểm tì).

Kết luận: Phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng là lựa chọn điều trị phù hợp, cho kết quả tốt ở những bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi từ 70 tuổi trở lên.

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển xương đùi, thay khớp háng bán phần.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical, radiographic characteristics, and outcomes of cementless hemiarthroplasty in patients aged 70 years and older with intertrochanteric femoral fractures, treated at Military Hospital 110.

Subjects and methods: A prospective, descriptive, uncontrolled cross-sectional study was conducted on 57 patients aged 70 years and older with intertrochanteric femoral fractures, treated with cementless hemiarthroplasty at Military Hospital 110 from January 2022 to March 2024.

Results: The mean age of patients was 84.65 ± 7.11 years; 63.1% of patients were in the 80-89 age group. The female-to-male ratio was 2.5/1. The most common comorbidities were cardiovascular disease (47.1%) and diabetes mellitus (31.6%). Most fractures were caused by domestic accidents (87.7%). All patients presented with pain, loss of hip mobility on the affected side, and external rotation of the foot. On radiographs, A2 type fractures (63.2%) were more frequent than A1 (36.8%). Postoperative outcomes showed that 84.2% of patients achieved a stem fit exceeding 80%; postoperative leg length discrepancy was mostly less than 1 cm (80.7%). A total of 78.1% of patients achieved good to excellent hip function, with no cases of poor function. Postoperative complications occurred in 12/57 patients (21.1%), the most common being prolonged limb swelling (8.8%) and complications related to prolonged bed rest (8.8% including pneumonia, urinary tract infection, and pressure ulcers).

Conclusions: Cementless hemiarthroplasty is an appropriate treatment option, providing favorable outcomes in patients aged 70 years and older with intertrochanteric femoral fractures.

Keywords: Intertrochanteric femoral fracture, hemiarthroplasty.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đàm Quang Kha, Email: quangkha.dqk@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/7/2025; mời phản biện: 7/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) là loại gãy xương ngoài bao khớp, đường gãy nằm trong vùng từ nền cổ xương đùi đến sát bờ dưới mấu chuyển bé. Gãy LMCXĐ gặp khá phổ biến, chiếm 55% tổng số các ca gãy đầu trên xương đùi, chủ yếu gặp ở người cao tuổi (95%), đặc biệt ở phụ nữ. Nguyên nhân chủ yếu gây gãy LMCXĐ là do bệnh loãng xương [1].

Gãy LMCXĐ có thể điều trị bằng phương pháp bảo tồn hoặc phẫu thuật. Trước đây, điều trị bảo tồn bằng bó bột, xuyên đinh kéo liên tục, nhưng phương pháp điều trị này yêu cầu bệnh nhân (BN) phải nằm bất động lâu, gặp nhiều biến chứng, tỉ lệ tử vong cao. Điều trị phẫu thuật có 2 lựa chọn: kết hợp xương hoặc thay khớp háng. Phẫu thuật kết hợp xương sử dụng nhiều phương pháp khác nhau: bắt vít, đóng đinh Ender, đinh Gama, nẹp vít khóa... Các kỹ thuật này hiện vẫn đang được thực hiện tại nhiều cơ sở y tế. Tuy nhiên, trên các BN gãy LMCXĐ đã cao tuổi, chất lượng xương kém hoặc đã loãng xương, tiên lượng diễn biến khó liên xương. Hơn nữa, nhiều nguy cơ cố định xương không vững, dễ lỏng, gãy phượng tiện kết hợp xương... Từ đó, BN không thể tập phục hồi chức năng sớm, phải nằm lâu, gặp nhiều biến chứng toàn thân như loét do tì đè, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu...

Để khắc phục nhược điểm của các phương pháp trên đối với người cao tuổi, phẫu thuật thay khớp háng bán phần (TKHBP) được lựa chọn, cho phép BN tập phục hồi chức năng sớm, rút ngắn thời gian nằm viện. Trên thế giới, Moore đã thực hiện thay chỏm xương đùi nhân tạo để điều trị gãy cổ xương đùi và gãy LMCXĐ từ năm 1952. Năm 2021, Vũ Văn Khoa báo cáo kết quả phẫu thuật TKHBP cho 147 BN cao tuổi gãy xương vùng nền cổ - mấu chuyển xương đùi, tại Bệnh viện Việt Đức, giai đoạn 2017-2020, thấy 80,9% BN đạt kết quả tốt và rất tốt sau phẫu thuật [2].

Những năm gần đây, Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 110 đã triển khai phẫu thuật TKHBP không xi măng điều trị gãy LMCXĐ ở người cao tuổi, ghi nhận kết quả tương đối khả quan. Góp phần nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị chuyên khoa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang của gãy LMCXĐ và đánh giá kết quả phẫu thuật TKHBP không xi măng điều trị gãy LMCXĐ tại Bệnh viện Quân y 110.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

57 BN từ 70 tuổi trở lên, chẩn đoán xác định gãy LMCXĐ do chấn thương, phân loại A1 và A2 theo phân loại AO; có chỉ định và được phẫu thuật TKHBP không xi măng tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 110, từ năm 2022-2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN: các BN đi lại bình thường trước chấn thương; BN có đầy đủ hồ sơ quá trình điều trị và tái khám sau phẫu thuật.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN gãy xương bệnh lý; BN không đi lại được trước khi gãy xương; BN không theo dõi được sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng.

- Quy trình tiến hành nghiên cứu:

+ Lựa chọn BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, ghi nhận các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, diễn biến và kết quả phẫu thuật theo mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất.

+ Thu thập, xử lý số liệu và kết luận.

- Quy trình phẫu thuật:

+ Phương pháp vô cảm: gây tê tùy sống.

+ Tư thế BN và đường vào ổ khớp: BN nằm nghiêng 90° về bên không thay khớp, cố định chắc chấn khung chậu, bộc lộ rõ vùng phẫu thuật, sát khuẩn, trải sạch. Vào ổ khớp bằng đường mổ phía sau (đường mổ Gibson).

+ Các bước tiến hành cơ bản: kiểm tra tổn thương; cắt bỏ chỏm-cổ xương đùi; doa ống tử; lắp chuôi và lắp chỏm nhân tạo; đặt lại khớp háng nhân tạo; kiểm tra độ vững và biên độ vận động khớp mới.

+ Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ và kết thúc phẫu thuật.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, thời gian từ lúc bị bệnh đến lúc phẫu thuật, nguyên nhân tổn thương, bệnh lý nội khoa kèm theo.

+ Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và loại chuôi khớp sử dụng: các dấu hiệu đau, bầm tím, ngấn chi, bàn chân đỏ ngoài; phân loại gãy xương theo AO; loại chuôi khớp sử dụng trên BN.

+ Kết quả điều trị: kết quả phục hồi giải phẫu sau phẫu thuật; các tai biến, biến chứng phẫu thuật; chức năng khớp háng và kết quả chung sau phẫu thuật ít nhất 6 tháng.

- Các tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu:

+ Phân loại gãy LMCXĐ theo AO [10]: kiểu gãy A1 và A2 là 2 nhóm có đường gãy thuận đi từ mấu chuyển lớn đến thành sau trong xương đùi; kiểu gãy A3 là nhóm gãy không vững với đường gãy nghịch. Trong đó, nhóm A1 (gồm các phân nhóm A1.1, A1.2, A1.3) là kiểu gãy đơn giản, gãy vững, thành ngoài còn nguyên vẹn (độ dày thành ngoài > 20,5 mm); nhóm A2 (gồm các phân nhóm A2.1, A2.2, A2.3) là kiểu gãy không vững, gãy nhiều mảnh, thành ngoài yếu (độ dày thành ngoài < 20,5 mm). Ngoài mảnh rời sau trong, phân nhóm A2.2 còn đặc trưng bởi một mảnh gãy trung gian, trong khi phân nhóm A2.3 là nhiều mảnh gãy trung gian.

+ Đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu sau phẫu thuật: đánh giá hình ảnh X quang sau phẫu thuật, gồm vị trí khớp nhân tạo và độ áp khít chuôi (chuôi khớp lấp đầy trên 80% ống tủy xương đùi là chặt; lấp đầy dưới 80% ống tủy là không đạt độ vững cơ học ban đầu [11]); đánh giá sự cân bằng chiều dài chi bệnh so với chi lành (đo từ gai chậu trước trên đến đỉnh mắt cá trong mỗi chân).

+ Đánh giá chức năng khớp háng (theo chỉ số Merle D'Aubigné-Postel [12]): căn cứ vào mức độ đau, biên độ vận động khớp, khả năng đi bộ. Phân loại chức năng khớp háng theo tổng điểm 3 tiêu chí này theo 5 mức độ: rất tốt (từ 17-18 điểm), tốt (từ 15-16 điểm), khá (từ 13-14 điểm), trung bình (từ 10-12 điểm), kém (dưới 10 điểm).

- Xử lý số liệu: bằng chương trình SPSS 20.0.

- Đạo đức: nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 110. BN được giải thích rõ về mục đích, quy trình, nội dung và tình nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục tiêu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN

Đặc điểm chung		Số BN (n = 57)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	70-79	12	21,0
	80-89	36	63,2
	≥ 90	9	15,8
Giới tính	Nữ giới	41	71,9
	Nam giới	16	28,1

Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	6	10,5
	Tai nạn sinh hoạt	50	87,7
	Ngã cao	1	1,8
Bệnh lý kèm theo	Bệnh hô hấp	8	14,0
	Bệnh tim mạch	27	47,4
	Đái tháo đường	18	31,6
	Bệnh tiết niệu	6	10,5
	Bệnh cơ xương khớp	5	8,8
	Các bệnh khác	5	8,8
	Không có	7	12,3
Thời gian*	Trước 48 giờ	33	57,9
	Sau 48 giờ	24	42,1
* Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật			

Bảng 1 cho thấy BN phân bố từ 70-95 tuổi, trung bình $84,65 \pm 7,11$ tuổi; đa số BN từ 80-89 tuổi (63,2%), BN là giới nữ (71,9%), có ít nhất 1 bệnh lý mạn tính kèm theo (87,7%). Nguyên nhân gãy LMCXĐ chủ yếu là những chấn thương nhẹ do tai nạn sinh hoạt (trượt chân ngã đập hông xuống nền nhà chiếm 87,7%), các chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, ngã cao chỉ chiếm 12,3%. Thời gian từ khi BN bị tai nạn đến khi được phẫu thuật quá 48 giờ chiếm tỉ lệ lớn hơn BN được phẫu thuật trước 48 giờ (tỉ lệ lần lượt là 57,9% và 42,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và loại chuôi khớp sử dụng

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng		Số BN (n = 57)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	Đau, mất vận động háng	57	100
	Bầm tím tam giác Scarpa	51	89,5
	Bàn chân đỏ ngoài	57	100
	Ngắn chi	48	84,2
Phân loại gãy xương theo AO	Loại gãy A1.2	7	12,2
	Loại gãy A1.3	14	24,6
	Loại gãy A2.2	22	38,6
	Loại gãy A2.3	14	24,6

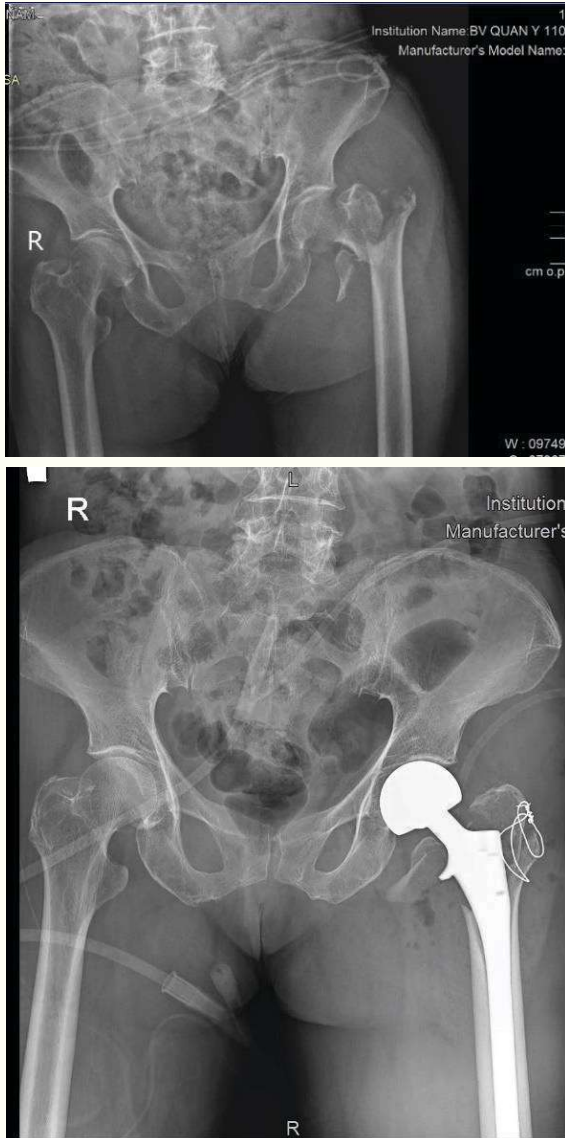
Bảng 2 cho thấy tất cả các BN đều có các triệu chứng: đau, mất vận động khớp háng bên tổn thương, bàn chân đỏ ngoài. Gãy thể A2 (63,2%) gặp nhiều hơn A1 (36,8%).

- Loại chuôi khớp sử dụng trong phẫu thuật:

+ Chuôi khớp ngắn: 26 BN (45,6%).

+ Chuôi khớp dài: 31 BN (54,4%).

Tỉ lệ chuôi khớp ngắn và chuôi khớp dài được sử dụng không có sự chênh lệch nhiều.



Hình ảnh X quang BN chấn thương gãy LMCXD trái loại A2.2 trước phẫu thuật (hình A) và sau phẫu thuật TKHBP không xi măng chuôi dài (hình B).

3.3. Kết quả điều trị

- Kết quả phục hồi giải phẫu sau phẫu thuật:
 - + Vị trí khớp háng: hình ảnh X quang sau phẫu thuật cho thấy 100% BN có khớp háng nhân tạo đúng vị trí.
 - + Độ áp khít chuôi khớp: 48 BN (84,2%) có độ áp khít chuôi khớp trên 80% so với ống tủy xương đùi và 9 BN (15,8%) có độ áp khít chuôi khớp dưới 80% so với ống tủy xương đùi.
 - + Chênh lệch chiều dài chi sau phẫu thuật: 46 BN (80,7%) chênh lệch chiều dài chi dưới 1 cm; 10 BN (17,5%) chênh lệch chiều dài chi từ 1-2 cm và 1 BN (1,8%) chênh lệch chiều dài chi trên 2 cm.

- Chức năng khớp háng sau phẫu thuật 6 tháng (n = 55):

- + Rất tốt: 24 BN (43,6%).
- + Tốt: 19 BN (34,6%).
- + Khá: 9 BN (16,4%).
- + Trung bình: 3 BN (5,4%).

Có 55 BN đến khám lại sau phẫu thuật 6 tháng (2 BN tử vong), thấy đa số BN có chức năng khớp háng tốt và rất tốt (77,9%); không BN nào có chức năng khớp háng kém.

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	Số BN (n = 57)	Tỉ lệ (%)
Sưng nề chi thời gian dài	5	8,8
Viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, loét điểm tì	5	8,8
Nhiễm trùng vết mổ	2	3,5
Huyết khối tĩnh mạch sâu	2	3,5
Sai khớp háng	2	3,5
Gãy xương quanh chuôi	1	1,8
Không biến chứng	45	78,9

Có 12 BN (21,1%) gặp ít nhất 1 biến chứng sau phẫu thuật. Tỉ lệ biến chứng sưng nề chi diễn ra thời gian dài sau phẫu thuật và loét điểm tì, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu đều chiếm 8,8%.

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi BN trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 70 tuổi, cao nhất là 95 tuổi. Đa số BN ở nhóm tuổi từ 80-89 (63,2%). Tuổi trung bình BN là $84,65 \pm 7,11$. Đa số BN là nữ, tỉ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,5/1. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Phú (BN trung bình $82 \pm 1,5$ tuổi; tỉ lệ nữ/nam xấp xỉ 3/1) [3]. Kết quả này là do nguy cơ loãng xương của nữ giới cao hơn nam giới, chính sự giảm sút về mật độ xương và cấu trúc xương xốp của vùng mấu chuyển, từ đó làm tăng nguy cơ gãy xương vùng này ở nữ giới.

Số BN mắc ít nhất 1 bệnh mạn tính kèm theo là 50/57 (87,7%), trong đó, nhóm BN mắc bệnh tim mạch và đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 47,4% và 31,6%. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Võ Thành Toàn (75% mắc bệnh lí tim mạch huyết áp, 12,5% đái tháo đường) [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi và Võ Thành Toàn đều phản

ánh mối liên quan giữa các bệnh mạn tính kèm theo với tình trạng loãng xương - yếu tố làm tăng nguy cơ gãy xương.

Nguyên nhân gãy xương chủ yếu là những chấn thương nhẹ do tai nạn sinh hoạt (87,7% do trượt chân ngã đập hông xuống nền nhà). Các chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, ngã cao chỉ chiếm 12,3%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Phí Mạnh Công (91,3% gãy xương do tai nạn sinh hoạt) [5]. Điều này là do sự giảm sút về mật độ xương và cấu trúc xương xốp của vùng mấu chuyển khiến BN dễ gãy xương vùng này với chỉ một chấn thương nhẹ.

Tỉ lệ BN được phẫu thuật sau 48 giờ từ khi xảy ra tai nạn (57,9%) cao hơn BN được phẫu thuật trước 48 giờ (42,1%). Kết quả này do nhiều nguyên nhân: không phát hiện kịp thời, BN đã điều trị bảo tồn trước đó, BN có nhiều bệnh lý kết hợp cần điều trị ổn định trước khi phẫu thuật.

Tất cả các BN đều có các triệu chứng: đau, mất vận động khớp háng bên tổn thương, bàn chân đỏ ngoài. Chúng tôi nhận thấy triệu chứng gãy LMCXD thường điển hình, dễ chẩn đoán trên lâm sàng.

Gãy thể A2 (63,2%) gặp nhiều hơn A1 (36,8%) vì ở BN lớn tuổi có độ loãng xương cao thì chỉ cần một chấn thương nhẹ cũng gây gãy xương mức độ nặng với nhiều mảnh vỡ nhỏ. Kết quả này của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đình (79,9% gãy thể A2) [6].

Tỉ lệ sử dụng chuỗi khớp loại ngắn (45,6%) và chuỗi dài (54,4%) trong phẫu thuật không có sự chênh lệch nhiều. Việc lựa chọn chuỗi khớp nào phụ thuộc vào tình trạng ổ gãy vững hay không vững, tình trạng loãng xương. Với chuỗi dài, chuỗi khớp nằm sâu hơn trong ống tủy, giúp hạn chế tình trạng lỏng chuỗi sau phẫu thuật, cũng như giảm nguy cơ gãy xương quanh chuỗi.

Độ áp khít là sự làm đầy lòng ống tủy của chuỗi khớp. Độ áp khít giúp phẫu thuật viên tiên lượng nguy cơ lỏng chuỗi sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu, đa số BN có độ áp khít của chuỗi khớp trên 80% (84,2%), chỉ 15,8% BN có độ áp khít của chuỗi khớp dưới 80%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mai Đắc Việt (74,5% BN có độ áp khít chuỗi khớp trên 80% và 25,5% BN có độ áp khít chuỗi khớp dưới 80%) [7].

Chênh lệch chiều dài chân sau phẫu thuật chủ yếu dưới 1 cm (80,7%). Có 1 BN chân bệnh sau phẫu thuật dài hơn chân lành trên 2 cm (1,8%).

Kết quả này của chúng tôi tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt (75,8% BN có chênh lệch chiều dài chi sau phẫu thuật dưới 1 cm) [8]. Theo nhiều nghiên cứu, mức chênh lệch chiều dài chân trên 2 cm sẽ gây ảnh hưởng rõ rệt tới chất lượng cuộc sống của BN [13].

Tại thời điểm khám lại sau 6 tháng, chúng tôi kiểm tra được 55/57 BN (2 BN tử vong do tuổi cao, suy mòn, nhiều bệnh lý nền kèm theo). Đa số BN có chức năng khớp háng tốt và rất tốt (77,9%). Không BN nào có chức năng khớp háng kém. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Cường (84,6% BN đạt kết quả tốt và rất tốt; 15,4% khá; không BN nào có kết quả trung bình và kém) và Singh J (76,7% BN đạt tốt và rất tốt; 16,7% BN đạt khá) [9], [14].

Có 12 BN (21,1%) gặp ít nhất 1 biến chứng sau phẫu thuật. 5 BN gặp tình trạng sưng nề chi diễn ra thời gian dài sau phẫu thuật. Những trường hợp này đều được siêu âm để kiểm tra xem có huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc tụ dịch vết mổ hay không, sau đó được điều trị bằng băng ép cách quãng, dùng thuốc chống đông, theo dõi sát tình trạng toàn thân, tại chỗ. 5 BN gặp biến chứng loét điểm tì, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu do nằm lâu ngày. Để phòng ngừa các biến chứng này, chúng tôi đã xây dựng kế hoạch tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật một cách chi tiết để BN có thể vận động sớm, giúp tránh các biến chứng do nằm lâu và giảm nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Gashi và cộng sự (5,0% BN nhiễm trùng, 8,3% BN loét tì đè, 1,7% BN trật khớp) [15].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 57 bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên, gây liên mấu chuyển xương đùi, điều trị phẫu thuật thay khớp háng bán phần, tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022 đến tháng 03/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Bệnh nhân trung bình $84,65 \pm 7,11$ tuổi; 63,2% bệnh nhân ở độ tuổi từ 80-89; 71,9% bệnh nhân là nữ giới; 87,7% gãy xương do tai nạn sinh hoạt; 100% bệnh nhân đau tại chỗ, mất vận động khớp háng và có dấu hiệu bàn chân đỏ ngoài; 89,5% bệnh nhân bầm tím vùng mấu chuyển xương đùi; 85,2% bệnh nhân ngắn chi so với chân lành; 87,7% bệnh nhân có bệnh lý kèm theo (trong đó 47,7% có bệnh tim mạch và 31,6% có bệnh đái tháo đường); 63,2% bệnh nhân gãy xương

nhóm A2 và 36,8% bệnh nhân gãy xương nhóm nhóm A1.

- Sau phẫu thuật, 84,2% bệnh nhân có độ áp khít chuôi khớp trên 80%; 80,7% bệnh nhân có chênh lệch chiều dài chân dưới 1 cm. Có 21,1% bệnh nhân gặp ít nhất 1 biến chứng phẫu thuật. Sau phẫu thuật 6 tháng, chức năng khớp háng ở 77,9% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt; không bệnh nhân nào có chức năng khớp háng kém.

Như vậy, phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi-măng là lựa chọn điều trị phù hợp, cho kết quả tốt ở những bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi từ 70 tuổi trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc (2013), *Chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 390-393.
2. Vũ Văn Khoa, Nguyễn Ngọc Hân (2021), “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không cement điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi, tại Bệnh viện Việt-Đức năm 2017-2020”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021; 501(2).
3. Nguyễn Đình Phú, Phan Thế Minh (2015), *Đánh giá bước đầu kết quả điều trị gãy mất vững liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực chuôi dài*, Hội nghị thường niên lần thứ XXII - Hội chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, 2015; tr. 115-120.
4. Võ Thành Toàn, Ngô Hoàng Viễn (2016), *Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực chuôi dài tại bệnh viện Thống Nhất*, Hội nghị thường niên lần thứ XXIII - Hội chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Phí Mạnh Công (2009), *Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết hợp xương nẹp vít động tại bệnh viện Xanh-Pôn và Bệnh viện 198*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2009.
6. Nguyễn Văn Dinh (2013), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần trong chỉ định điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người già*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Mai Đắc Việt (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn IV, V, VI*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
8. Nguyễn Văn Việt (2023), *Kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở BN trên 70 tuổi tại Bệnh viện E*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2023.
9. Nguyễn Mạnh Cường, Trần Trung Dũng, Nguyễn Đình Hiếu (2017), “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar trong điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người lớn tuổi tại Bệnh viện Xanh-Pôn”, *Tạp chí Y học thực hành*, 2017; 8 (1055), tr. 41-43.
10. Meinberg E.G, Agel J, Roberts C.S, et al. (2018), “Fracture and dislocation classification compendium”, *J Orthop Trauma*, 32 (1), S1-S170.
11. Van der Wal B.C, Kramer B.J, Grimm B, et al (2008), “Femoral fit in ABG-II hip stems, influence on clinical outcome and bone remodeling: A radiographic study”, *Arch Orthop Trauma Surg*, 2008; 128(10), 1065-1072.
12. Merle d’Aubigné R (1970), “Cotation chiffrée de la fonction de la hanche”, *Rev Chir Ortho Reparatrice Appar Mot*, 56 (5), pp. 481-86.
13. Aravind S.D, Asterios D, Tim N.B (2013), *Leg length discrepancy after total hip arthroplasty: a review of literature*, Current reviews in musculoskeletal medicine, 6(4), 336-341.
14. Singh Jasveer, et al. (2022), “Functional outcome of hemiarthroplasty of the hip for unstable intertrochanteric fractures of the femur in elderly patients: a prospective study”, *Cureus*, 14.12: e32526, doi. 10.7759/cureus.32526.
15. Gashi Y.N, Elhadi A.S, Elbushra I.M (2018), “Outcome of primary cemented bipolar hemiarthroplasty compared with dynamic hip screw in elderly patients with unstable intertrochanteric fracture”, *Malaysian orthopaedic Journal*, 12(1), pp. 36-41. □