

chủ mà điều trị bảo tồn không hiệu quả. Với các trường hợp có tình trạng đau vùng chậu có chu kỳ (thống kinh) và đau không chu kỳ thì triệu chứng giảm rõ rệt sau mổ 1 tháng và 3 tháng. Tuy nhiên, vẫn có một số ít trường hợp, tình trạng đau vẫn còn tồn tại, và có liên quan tới việc sử dụng giảm đau nonsteroid trước phẫu thuật hoặc lạc nội mạc lan từ tử cung qua các cấu trúc lân cận, có lẽ cần khảo sát các trường hợp này để có chọn lựa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. S. Upson K**, "Epidemiology of Adenomyosis.," *Semin Reprod Med.*, pp. 38(2-03):89, Oct 26 2020.
2. **M. P. S. L. B. S. S. M. J. J. Weiss G**, "Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN).," *Fertil Steril*, p. 91(1):201, 2008 Feb 20 2009.
3. **R. S. B. M. Struble J**, "Adenomyosis: a clinical review of a challenging gynecologic condition.,"

- Journal of minimally invasive gynecology., pp. 23(2):164-185., 2016.
4. **C. M. M. E. e. a. Ajao M**, ".Recurrence of Symptoms After Hysterectomy in Patients with Adenomyosis.," p. 23(7):S214., 2016.
5. **Đ. M. Hưng.**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u tuyến cơ tử cung được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 08/2020 đến 06/2021.," 2021.
6. **L. X. G. S. Li X**, "Clinical profiles of 710 premenopausal women with adenomyosis who underwent hysterectomy. .," *The journal of obstetrics and gynaecology research*, pp. Feb 2014;40(2):485-94. doi:10.1111/jog.12211.
7. **X. H. Y. S. e. a. Wu J**, "Macrophage and nerve interaction in endometriosis.," *J Neuroinflammation*, pp. 14(1):53.doi:10.1186/s12974-017-0828-3, 2017.
8. **L. M. M. S. e. a. As-Sanie S**, "Development of a visual, patient-reported tool for assessing the multi-dimensional burden of endometriosis.," pp. 37(8):1443-1449., 2021.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH PFNA KHÔNG DÙNG BÀN CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn*, Phan Ngọc Tuấn*, Nguyễn Bảo Lục*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA không sử dụng bàn chỉnh hình tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 28 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh PFNA. **Kết quả:** đa số bệnh nhân là nữ ở độ tuổi trên 60, thường do tai nạn sinh hoạt, thời gian theo dõi ít nhất 3 tháng dài nhất là 6 tháng, đánh giá bằng thang điểm Harris khả quan: tốt và rất tốt đạt 90,4 ± 4,3, lượng máu mất trung bình 208,9 ± 84,3 ml, BN có thể tập đi lại có sử dụng khung hỗ trợ sau 5 - 10 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật gãy LMCXĐ bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng không dùng bàn chỉnh hình cũng có nhiều ưu điểm tương đương so với tư thế nằm ngửa dùng bàn chỉnh hình. **Từ khoá:** gãy liên mấu chuyển xương đùi, đinh PFNA, bàn chỉnh hình

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL NAIL ANTIROTATION IN INTERTROCHANTERIC FRACTURE WITHOUT AN ORTHOPEDIC SURGICAL TABLE AT THONG NHAT HOSPITAL

*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

Objective: to evaluate the results of treatment of proximal femoral nail anti-rotation (PFNA) in intertrochanteric fracture without an orthopedic surgical table at Thong Nhat Hospital. **Subjects and methods:** a retrospective, descriptive, non-randomized study was conducted on 28 patients who has intertrochanteric fracture treatment with PFNA. **Results:** the majority of patients are females aged above 60 years old, often due to a life-related accident, the follow-up period is at least 3 months, and the longest is 6 months, assessed by the Harris scale as positive: good and very good, reaching 90.4. ± 4.3, average blood loss 324.4 ± 145.7, and patients can walk with a support frame after 5-10 days. **Conclusion:** intertrochanteric fracture surgery with PFNA in the lateral decubitus position without using an orthopedic table also has many similar advantages compared to the supine position using an orthopedic table. **Keywords:** intertrochanteric fracture, proximal femoral nailing anti-rotation, orthopedic surgical table.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) là dạng gãy xương thường gặp trong chấn thương vùng háng, chủ yếu xảy ra ở những người trên 60 tuổi. Dân số già tăng lên thì tỷ lệ gãy LMCXĐ tăng lên theo từng năm [1]. Đối với người cao tuổi, tình trạng loãng xương và nguy cơ té ngã luôn là yếu tố nguy cơ gia tăng số lượng bệnh nhân (BN) gãy LMCXĐ [2]. Theo tổ chức loãng xương thế giới (IOF) ước tính tỷ lệ gãy xương ở vùng khớp háng sẽ tăng lên đến 6,3 triệu ca vào

năm 2050 [2]. Đặc biệt là phụ nữ cao tuổi có loãng xương, gãy xương do té ngã là nguyên nhân chính gây ra gãy LMCXD [2]. Do ưu điểm phục hồi chức năng và chức năng vận động sớm nên điều trị phẫu thuật là ưu tiên hàng đầu điều trị gãy LMCXD. Điều trị phẫu thuật gồm cố định nội tuỷ và cố định ngoài tuỷ. So với cố định ngoài tuỷ, cố định nội tuỷ có nhiều ưu điểm hơn [3]. Có báo cáo cho rằng cố định nội tuỷ tốn ít thời gian phẫu thuật hơn và ít mất máu hơn [4]; Cùng với quan điểm cơ sinh học, việc cố định nội tuỷ có thể phân chia đồng đều tải trọng phân bố một cách hiệu quả qua đường gãy, đồng thời cũng giảm nguy cơ xẹp cổ xương đùi khi sử dụng đinh – vít qua cổ xương đùi có thể chịu lực tốt hơn vùng xương vỏ quanh cổ [5]. Hiện nay phẫu thuật gãy LMCXD bằng đinh nội tuỷ chống xoay PFNA ngày càng phổ biến, nhờ thiết kế lưỡi xoắn ốc của đinh PFNA không chỉ có thể nén xương xốp để tránh mất xương mà còn tăng diện tích tiếp xúc với xương dẫn đến tăng cường tính ổn định và hiệu suất chống xoay [5].

Phẫu thuật gãy LMCXD bằng đinh PFNA có thể mang lại rất nhiều lợi điểm cho BN, tuy nhiên kiến thức và kinh nghiệm về kỹ thuật đóng đinh cũng là yếu tố bắt buộc. Rohilla và cộng sự báo cáo 41 BN gãy thân xương đùi được đóng đinh nội tuỷ tư thế nằm nghiêng không sử dụng bàn chỉnh hình và màn hình tăng sáng cho kết quả giải pháp này đáng tin cậy và an toàn [6]. Kim và cộng sự đã nhận xét rằng đóng đinh kín nội tuỷ xương đùi trên BN tư thế nằm nghiêng có màn hình tăng sáng mang lại kết quả an toàn và giảm nguy cơ biến chứng thấp hơn so với sử dụng bàn chỉnh hình [7]. Li Xue và cộng sự nhận xét tư thế tiếp cận nằm nghiêng là kỹ thuật đơn giản và thuận tiện để điều trị gãy LMCXD ở BN cao tuổi [4]. Bên cạnh thực tế hiện nay một số cơ sở y tế vẫn chưa có bàn chỉnh hình. Chúng tôi đã thực hiện các ca phẫu thuật gãy LMCXD bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng trong thời gian từ năm 2021 cho đến nay và đã mang lại nhiều giá trị tích cực cho BN. Chính vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị gãy LMCXD bằng đinh PFNA không sử dụng bàn chỉnh hình tại Bệnh viện Thống Nhất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy LMCXD và điều trị phẫu thuật đóng đinh PFNA tại Bv Thống Nhất từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024.

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán trên lâm sàng và X - quang có gãy LMCXD.

- Được phẫu thuật đóng đinh PFNA.
- Gãy LMCXD đơn thuần không kèm gãy cổ hay thân xương đùi cùng bên.
- Tình trạng vận động trước khi gãy BN còn đi lại được.
- Ý thức được và tiếp xúc tốt.
- Thời gian theo dõi ít nhất 6 tháng.
- ❖ Tiêu chuẩn loại trừ:
 - BN không hợp tác nghiên cứu.
 - Đa chấn thương, gãy đa xương, gãy xương bệnh lý.
 - Có nhiễm trùng cấp tính vùng gãy xương hoặc bất kì vị trí nào khác.
 - Có can thiệp phẫu thuật vùng LMCXD trước đó.
 - Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang không đối chứng.

Thu thập thông tin: trực tiếp khám bệnh hoặc mời tái khám. Thu thập thông tin dữ liệu của BN và phân loại: độ tuổi, giới tính, cơ chế chấn thương, mức độ tổn thương (sử dụng phân độ AO). Theo dõi và khám sau mổ để đánh giá biến chứng gần, hẹn tái khám sau 3 tháng và 6 tháng tính từ thời điểm phẫu thuật để đánh giá kết quả xa.

Phương pháp phẫu thuật:

- Tư thế phẫu thuật BN được nằm kê nghiêng hơi sấp trên bàn mổ, chi gãy nằm phía trên, kê thêm säng mổ chêm giữa 2 chân (hình 2.1).
- Nắn chỉnh xương gãy trên màn hình tăng sáng. Xác định vị trí trên mẫu chuyển lớn 3 – 5 cm rạch da vào đinh mẫu chuyển lớn (hình 2.2).
- Dùng đinh dẫn đường đi vào từ đinh mẫu chuyển lớn đến khi xác định chắc chắn vào lòng tuỷ. Đặt ống dẫn và dụng cụ doa lòng tuỷ theo đinh dẫn đường.
- Đưa đinh gamma vào lòng tuỷ kết hợp quan sát trên màn hình tăng sáng để chắc chắn đinh đến đúng vị trí. Lắp khung bẫy vít chốt cổ xương đùi, khoan đinh dẫn đường xác định vị trí và kích thước chiều dài vít cổ cần đóng.
- Bắt vít cổ xương đùi, kiểm tra trên màn hình tăng sáng. Khoan vít chốt thân xương và lắp nắp đinh.



Hình 2.1. Tư thế bệnh nhân (Nguồn: tác giả)



Hình 2.2. Nắn chỉnh và xác định vị trí rạch da (Nguồn: tác giả)

Các đặc điểm nghiên cứu:

Bảng 2.1. Thang điểm chức năng khớp háng theo Harris

<p>Đau (chọn 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Không đau hoặc không để ý (44) Đau nhẹ, thỉnh thoảng không làm ảnh hưởng đến hoạt động (40) Đau trung bình, không ảnh hưởng đến hoạt động thông thường, ít khi đau nhiều liên quan đến các hoạt động không thường xuyên và cần phải dùng thuốc (20) Đau rõ, giới hạn nghiêm trọng đến các hoạt động (10) Hoàn toàn không đi lại được, tàn tật, đau khi nằm trên giường, nằm liệt giường (0) 	<p>Đi lên cầu thang</p> <ul style="list-style-type: none"> Đi bình thường mà không dùng tay vịn (4) Đi bình thường có dùng tay vịn (2) <ul style="list-style-type: none"> Đi trong bất cứ cách nào (1) Không thể đi lên cầu thang (0) <p>Mang tất và giày</p> <ul style="list-style-type: none"> Mang dễ (4) Mang khó (2) Không thể mang (0)
<p>Đi khắp khiếm</p> <ul style="list-style-type: none"> Không (11) Nhẹ (8) Trung bình (5) Nặng (0) 	<p>Biến dạng khớp (Tất cả có = 4; nhỏ hơn 4 ý có = 0) · Có · Không</p> <p>Co cứng gấp cố định nhỏ hơn 30 độ Dạng cố định nhỏ hơn 10 độ Xoay trong tư thế duỗi nhỏ hơn 10 độ Sự khác nhau về chiều dài chi nhỏ hơn 3,2cm</p>
<p>Hỗ trợ</p> <ul style="list-style-type: none"> Không (11) Dùng gậy khi đi bộ dài (7) Dùng gậy trong hầu hết thời gian (5) <ul style="list-style-type: none"> Dùng 1 nạng (3) Dùng 2 gậy (2) Dùng 2 nạng hoặc không thể đi (0) 	<p>Giới hạn vận động (*chỉ số bình thường)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gấp (*140) Dạng (*40) Khép (*40) Xoay ngoài (*40) Xoay trong (*40) <p>Tổng giới hạn vận động</p>
<p>Khoảng cách đi bộ</p> <ul style="list-style-type: none"> Không giới hạn (11) <ul style="list-style-type: none"> 6 toà nhà (8) 2 – 3 toà nhà (5) Chỉ đi lại trong nhà (2) Chỉ nằm giường hoặc ngồi trên ghế (0) 	<p>211^o - 300^o (5) 161^o - 210^o (4) 101^o - 160^o (3) 61^o - 100^o (2) 31^o - 60^o (1) 0^o - 30^o (0)</p>
<p>Ngồi</p> <ul style="list-style-type: none"> Ngồi thoải mái trên ghế thông thường trong 1 giờ (5) <ul style="list-style-type: none"> Ngồi trên ghế cao trong 30 phút (3) Không thể ngồi trên bất kì ghế nào (0) 	<p>Điểm số giới hạn vận động</p> <p>Tham gia giao thông công cộng</p> <ul style="list-style-type: none"> Có (1) Không (0) <p>Tổng điểm harris:</p> <p>< 70: xấu 70 – 79: trung bình 80 – 89: tốt 90 – 100: rất tốt</p>

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành hồi cứu trên 28 trường hợp gãy LMCXD, được phẫu thuật kết hợp xương

- Đặc điểm chung: giới tính, tuổi, cơ chế chấn thương, thời gian phẫu thuật, phân loại kiểu gãy theo AO, đo mật độ xương.

- Đánh giá sau mổ và kết quả sau 3 tháng 6 tháng: điểm đau VAS trước và sau mổ, thời điểm BN tập ngồi tập đi, X – quang sau mổ (góc cổ thân, TAD, liền xương), đánh giá nắn chỉnh ổ gãy (đúng giải phẫu, dương tính và âm tính), đánh giá thang điểm khớp háng Harris (Bảng 2.1).

Phương pháp xử lý số liệu: thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 24.

bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng, không dùng bàn chỉnh hình. Kết quả nghiên cứu chia làm hai phần đặc điểm chung và kết quả sau mổ.

3.1 Đặc điểm chung: Trong 28 mẫu nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phân độ AO: A1 8 ca (28,6%), A2 11 ca (39,3%), A3 9 ca (32,1%).

Tuổi thấp nhất là 20, tuổi cao nhất là 91, tuổi trung bình $72,2 \pm 18,2$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là > 60 tuổi với 78,6%

Giới tính nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ xấp xỉ 2,5 nữ/1 nam.

Nguyên nhân chấn thương thường gặp nhất là tai nạn sinh hoạt (21 ca) chiếm tỷ lệ 75%, các ca còn lại là tai nạn giao thông.

Đo mật độ xương với T – score < -2,5 chiếm tỷ lệ 78,6%

3.2 Kết quả sau mổ

Bảng 3.1. Phân loại thời gian phẫu thuật theo phân loại gãy xương (n = 28)

Đặc điểm		Thời gian phẫu thuật (phút)			P
		Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	
Phân loại gãy xương (AO)	A1	45	70	$56,3 \pm 10,3$	0.000
	A2	60	120	$82,3 \pm 23,6$	
	A3	70	130	$92,2 \pm 22,2$	
Lixue	Không bàn chỉnh hình	$50,6 \pm 12,1$ phút			
	Có bàn chỉnh hình	$65,7 \pm 16,2$ phút			
Zhengbing Su	Không bàn chỉnh hình	$64,5 \pm 12,6$ phút			

Thời gian phẫu thuật ngắn nhất ở những BN gãy xương phân loại A1 tối thiểu 45 phút (trung bình $56,3 \pm 10,3$ phút) và lâu nhất ở BN phân loại A3 tối đa 130 phút (trung bình $92,2 \pm 22,2$ phút)

Bảng 3.2. Ước tính lượng máu mất sau phẫu thuật (n = 28)

Đặc điểm		Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Lượng máu mất (ml)		39,2	413,2	$208,9 \pm 84,3$
Lixue	Không bàn chỉnh hình	$159 \pm 26,3$ ml		
	Có bàn chỉnh hình	$201 \pm 38,0$ ml		
Zhengbing Su	Không bàn chỉnh hình	$156 \pm 50,9$ ml		

Trong nghiên cứu chúng tôi, BN mất máu ít nhất 39,7 ml, nhiều nhất 413,2 ml.

Bảng 3.3. Thời điểm tập đi và mức độ đau (n = 28)

Đặc điểm	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Thời điểm tập đi (ngày)	5	10	$7,4 \pm 2,3$

Lixue	Không bàn chỉnh hình	9.97 ± 2.37 ngày	
	Có bàn chỉnh hình	12.2 ± 2.87 ngày	
Mức độ đau trước mổ	6	9	$7,3 \pm 0.3$
Mức độ đau sau mổ (48 – 72 giờ)	2	5	$3,4 \pm 1,2$

Thời điểm tập đi trung bình $7,4 \pm 2,3$ ngày, mức độ đau (VAS) trước và sau mổ có giảm rõ từ $7,3 \pm 0.3$ xuống còn $3,4 \pm 1,2$.

Bảng 3.4. Đánh giá X – quang sau mổ và các thời điểm 3 tháng 6 tháng (n = 28)

Đặc điểm X - quang	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Góc cổ thân (độ)	130	135	$133,2 \pm 2,4$
Khoảng cách đầu đỉnh – TAD (mm)	15	30	$24,4 \pm 3,6$
Zhengbing Su	TAD $22,86 \pm 1,2$		
Đặc điểm liên xương	Liên xương		Chưa liền
	Thời gian liền xương	12 tuần	24 (85,7%)
	24 tuần	28 (100%)	0 (0%)
Lixue	trung bình $12 \pm 2,8$ tuần		
Zhengbing Su	trung bình $13 \pm 3,2$ tuần		

Góc cổ thân trung bình $133,2 \pm 2,4$ độ, khoảng cách đầu đỉnh trung bình $24,4 \pm 3,6$ mm. Sau 6 tháng các BN đều liền xương, các bề mặt xương liền kết, đường gãy mờ dần.

Bảng 3.5. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy (n = 28)

Nắn ổ gãy	Số lượng	Tỷ lệ
Đúng giải phẫu	16	57,1 %
Dương tính	7	25%
Âm tính	5	17,9 %

Nhóm nghiên cứu ghi nhận đạt chuẩn đúng giải phẫu 16 ca chiếm 57,1%. Các ca nắn còn di lệch dương tính hoặc âm tính chiếm tỷ lệ 42,9%

Bảng 3.6. Đánh giá chức năng theo thang điểm Harris thời điểm 3 tháng 6 tháng (n = 28)

Điểm Harris	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Thời điểm sau 3 tháng	72	90	$81,1 \pm 4,3$
Thời điểm sau 6 tháng	84	99	$90,4 \pm 4,3$
Lixue thời điểm sau 6 tháng	$83,1 \pm 4,5$		
Zhenbing Su thời điểm sau 6 tháng	$80,4 \pm 2,1$		

Thời điểm tái khám sau 3 tháng, còn nhiều BN chức năng vận động khớp háng chỉ đạt mức trung bình, nhưng đến thời điểm 6 tháng thì hầu hết đạt tốt và rất tốt ($90,4 \pm 4,3$).

IV. BÀN LUẬN

Trong 28 BN của chúng tôi tỷ lệ gãy LMCXĐ tăng dần theo độ tuổi, gặp nhiều ở nữ giới với

nguyên nhân thường gặp là tai nạn sinh hoạt (năng lượng thấp), hầu hết các ca gãy LMCXD có loãng xương nặng đó cũng là yếu tố nguy cơ chính gây ra tình trạng gãy xương ở phụ nữ lớn tuổi. Điều này tương đồng với một số nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước như Sadic Sahmir và cộng sự có tuổi trung bình 75,9 và tỷ lệ nữ:nam là 2,6:1 [8], nghiên cứu của Li Xue trên 120 trường hợp ghi nhận tuổi trung bình 75,7 và 70% các trường hợp là gãy phân độ A2 [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình nhanh nhất ở nhóm A1 $56,3 \pm 10,3$ phút, thời gian phẫu thuật dài nhất ở nhóm A3 $92,2 \pm 22,2$ phút. Với $P < 0,05$ thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và phân độ gãy. Sự thay đổi này liên quan đến khó khăn khi nắn chỉnh ổ gãy trong lúc phẫu thuật, các trường hợp gãy phức tạp hơn thì thời gian phẫu thuật dài hơn. Kết quả chúng tôi có sự tương đồng nhẹ so với nghiên cứu trên người Châu Á của tác giả Li Xue và cộng sự trung bình $50,6 \pm 12,1$ phút [4], nghiên cứu của Zhengbing Su có thời gian dài hơn không nhiều $64,5 \pm 12,6$ phút [9].

Lượng máu mất trung bình chúng tôi ghi nhận là $208,9 \pm 84,3$ ml. Mất nhiều hơn so với các nghiên cứu về kết hợp xương gãy LMCXD bằng đinh gamma của các tác giả khác như Lixue với $159 \pm 26,3$ ml và Zhenbing Su với $156 \pm 50,9$ ml khi phẫu thuật ở tư thế nằm nghiêng [4][9]. Điều này giải thích bằng khả năng kiểm soát và thời gian phẫu thuật của chúng tôi chưa tốt bằng các tác giả các nước khác.

Thời điểm tập đi trung bình $7,4 \pm 2,3$ ngày, mức độ đau cũng giảm dần theo từng thời điểm tái khám. Trong nghiên cứu chúng tôi cho BN tập đi khá sớm tương tự một số tác giả Li Xue và cộng sự nghiên cứu trung bình sau $9,97 \pm 2,37$ ngày BN có thể đi được và tác giả cho rằng có thể tập đi sớm cho BN đóng đinh PFNA [4].

Góc cổ thân trung bình $133,2 \pm 2,4$ độ tối thiểu là 130 độ, tối đa là 135 độ. TAD trung bình $24,4 \pm 3,6$ độ tối thiểu là 15mm, tối đa là 30. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho giá trị gần tương đương với giới hạn bình thường gần tương tự với Lixue có TAD trung bình $22,86 \pm 1,2$ [4], kết quả TAD cũng nằm trong giới hạn khuyến cáo phòng ngừa biến chứng cut – out (TAD < 25mm). Thời gian liền xương tăng dần theo các lần tái khám đạt 100% liền xương sau 6 tháng. BN nằm nghiêng trên bàn mổ cũng có khó khăn nhất định khi nắn chỉnh vào đúng tư thế giải phẫu, đôi khi cần bộc lộ thêm để đưa dụng cụ vào nắn chỉnh và cố định các mảnh gãy với nhau, chụp C – arm nhiều lần hơn. Tuy nhiên ghi nhận số lượng trường hợp chúng tôi thực hiện đạt

đúng giải phẫu khả quan chiếm 57,1%. So với nghiên cứu của Li Xue ghi nhận liền xương trung bình $12 \pm 2,8$ tuần [4] và Zhengbing Su ghi nhận liền xương trung bình $13 \pm 3,2$ tuần [9].

Đánh giá chức năng khớp háng thời điểm 3 tháng ghi nhận điểm Harris trung bình là $81,1 \pm 4,3$, thời điểm 6 tháng $90,4 \pm 4,3$ So với các nghiên cứu của Li Xue ở thời điểm tái khám 6 tháng đạt $83,1 \pm 4,5$ [4] và so với tác giả Zhengbing Su ở thời điểm tái khám 6 tháng đạt $80,4 \pm 2,1$ [9], kết quả của chúng tôi ghi nhận có phần tốt hơn so với các nghiên cứu trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật gãy LMCXD bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng không dùng bàn chỉnh hình mang lại nhiều ưu điểm như thời gian phẫu thuật trung bình, lượng máu mất trung bình tương tự như tư thế sử dụng bàn chỉnh hình. Điểm chức năng khớp háng Harris sau 3 - 6 tháng đạt tốt và rất tốt, BN có thể tập đi lại có sử dụng khung hỗ trợ sau 5 - 10 ngày. Qua đó có thể thấy rằng phẫu thuật gãy LMCXD tư thế nằm nghiêng không dùng bàn chỉnh hình cũng có nhiều ưu điểm tương đương so với tư thế nằm ngửa dùng bàn chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T. Jegathesan and E. B. K. Kwek**, "Are intertrochanteric fractures evolving? trends in the elderly population over a 10- year period" *Clinics in orthopedic surgery*, vol. 14, no. 1, pp. 13–20, 2022
2. **N. Veronese và S. Maggi (2017)**, "Epidemiology of Hip Fracture and Social Costs", *Orthogeriatrics*, tr. 19-30
3. **N. Adulkasem, P. Phinyo, J. Khorana, D. Pruksakorn, and T. Apivatthakakul**, "Development of clinical prediction rules for one-year postoperative functional outcome in patients with intertrochanteric fractures: the intertrochanteric fracture ambulatory prediction (IT-AP) tool," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, no. 1, p. 177, 2021
4. **Li Xue, Li Zha, Qin Chen, Yi-jian Liang, Kang-ren Li, Zheng Zhou, Jin-long Guan, Hui Qin, and You-ping Li**, "Randomized Controlled Trials of Proximal Femoral Nail Antirotation in Lateral Decubitus and Supine Position on Treatment of Intertrochanteric Fractures", *Clinical Study of Hindawi Publishing Corporation, The ScientificWorld Journal*, Volume 2013, Article ID 276015, 7 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/276015>
5. **Kempf I, Grosse A, Taglang G, Favreul E**. Gamma nail in the treatment of closed trochanteric fractures. Results and indications of 121 cases. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2014 Feb;100(1):75-83. doi: 10.1016/j.otsr.2013.12.013. Epub 2014 Jan 20. PMID: 24456767.

6. **I. Aktselis, D. Papadimas, E. Fragkomichalos, A. Deligeorgis, and C. Kokoroghiannis,** "Intramedullary nailing of trochanteric fractures—operative technical tips," *Injury*, vol. 43, no. 6, pp. 961–965, 2012
7. **Pastor, I. Zderic, D. Gehweiler et al.,** "Biomechanical analysis of recently released cephalomedullary nails for trochanteric femoral fracture fixation in a human cadaveric model," *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 2021
8. **Sadic S, Custovic S, Jasarevic M, Fazlic M, Krupic F.** Proximal Femoral Nail Antirotation in Treatment of Intertrochanteric Hip Fractures: a Retrospective Study in 113 Patients. *Med Arch*. 2015 Dec;69(6):352-6. doi: 10.5455/medarh.2015.69.353-356. PMID: 26843723; PMCID: PMC4720467.
9. **Zhengbing Su, Minghui Yang, Gang Luo, Linlin Liang, and Yong Hao,** "Treatment of Elderly Femoral Intertrochanteric Fracture by InterTan Intramedullary Nail and PFNA" *Research Article Hindawi, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Volume 2022, Article ID 5020960, 7 pages, <https://doi.org/10.1155/2022/5020960>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN DO VI KHUẨN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Công Long², Nguyễn Thị Vân Hồng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan do vi khuẩn ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu 58 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan có kết quả cấy dịch ổ áp xe mọc vi khuẩn ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Trung tâm tiêu hóa - gan mật bệnh viện Bạch Mai từ 1/2022 đến 4/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61,9 tuổi ± 12,3. Tỷ lệ nam/nữ: 2,41/1. Triệu chứng gặp chủ yếu là sốt (94,8%), sau đó đau hạ sườn phải (93,1%). Ngoài đái tháo đường thì bệnh lý đi kèm thường gặp khác là sỏi mật (13,8%), lạm dụng rượu (10,3%). 89,7% bệnh nhân có tăng số lượng bạch cầu; tăng CRP (100%); giảm albumin máu (63,8%), giá trị trung bình của đường huyết lúc nhập viện là 12,7 ± 4,3 mmol/l, HbA1c là 9,2 ± 1,8%, có 60,3% số trường hợp rối loạn đường huyết lúc nhập viện. 69% có 1 ổ áp xe đơn độc, 79,3% ở vị trí gan phải, 29,3% hình thành khí trong ổ áp xe. Căn nguyên vi sinh thường gặp gây áp xe gan là *Klebsiella pneumoniae* chiếm 89,7% và *Escherichia coli* 3,4%. Số ngày nằm viện trung bình là 15,3 ngày (dao động từ 4 đến 52 ngày). Số ngày hết sốt trung bình là 3,9 ngày. Tỷ lệ điều trị Cephalosporin thế hệ 3 phối hợp Metronidazol là nhiều nhất chiếm 44,8%, tiếp đến là điều trị Carbapenem đơn độc chiếm 27,6%. Có 67,2% bệnh nhân được điều trị khỏi bệnh và 32,8% bệnh nhân được điều trị đỡ và chuyển tuyến dưới, không có bệnh nhân tử vong. Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nằm viện có ý nghĩa thống kê là bệnh nhân có đường huyết, CRP, số lượng bạch cầu lúc nhập viện cao và Albumin máu thấp. **Kết**

luận: Áp xe gan do vi khuẩn ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có triệu chứng thường gặp là sốt, đau hạ sườn phải, thường gặp 1 ổ áp xe ở thùy gan phải, căn nguyên vi sinh chủ yếu do *Klebsiella pneumoniae*. Đường huyết, CRP, số lượng bạch cầu lúc nhập viện cao và Albumin máu thấp là các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nằm viện. **Từ khóa:** Áp xe gan, vi khuẩn, *Klebsiella pneumoniae*, đái tháo đường typ 2.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PYOGENIC LIVER ABSCESS IN TYPE 2 DIABETES

Objective: To describe clinical, subclinical characteristics and treatment outcomes of pyogenic liver abscess in type 2 diabetes. **Subject and method:** Retrospectively and prospectively study 48 patients were diagnosed with pyogenic liver abscess had positive cultured bacterial in type 2 diabetes which treated at Bạch Mai Hospital from 1/2022 to 4/2024. **Result:** The majority of patients presented with fever (94.8%); right upper abdominal pain in (93.1%); In addition to diabetes, other common comorbidities were gallstones (13.8%), alcohol abuse (10.3%); leukocytosis 75%; hypoalbuminemia (63.8%). The average value of Glucose was 12.7 ± 4.3 mmol/l, HbA1c (9.2 ± 1.8%). 69% with a solitary abscess, 79.3% in the right hepatic lobe, 29.3% gas formation. Common bacteriological characteristics were *Klebsiella pneumoniae* (89.7%) and *Escherichia coli* 3.4%. The average hospital stay of the patients were 15.3 days, arrange 4 – 52 days. The average number of days without fever is 3.9 days. 67.2% of patients recovered and 32.8% of patients were transferred to lower levels, no patients died. Hyperglycemia, increased CRP, leukocytosis and hypoalbuminemia affect hospital stay. **Conclusion:** Pyogenic liver abscess in type 2 diabetes has prominent symptoms such as fever, right upper abdominal pain, with a single abscess in the right hepatic lobe and the main bacteriological characteristics is *Klebsiella pneumoniae*.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Trung tâm Tiêu hóa Gan mật-Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sơn

Email: nvson161193@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024