

trường hợp này gặp nhiễm trùng sau mổ, cắn nẹp dưới da hoặc hủy xương dưới mỏm cùng nên làm giảm mức độ thỏa mãn sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nắn chỉnh và cố định bằng nẹp móc trong TKCD cho kết quả tốt trong việc phục hồi giải phẫu, cải thiện chức năng khớp vai sau mổ và hầu hết bệnh nhân đạt thỏa mãn sau phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Xuân Thành** (2020), Nhiễm cứu kết quả điều trị trật khớp cùn đòn bảna tại tạo dâv chũa qua cùn đôn. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
2. **Azar, F. M., Beatv, J. H., & Canale, S. T.** (2017). Acute dislocations. Campbell's Operative Orthopaedics, 13th, 3127-3132.
3. **Chana, H. M., Hona, C. K., Su, W. R., Wana, T. H., Chang, C. W., & Tai, T. W.** (2019). Comparison of clavicular hook plate with and without coracoclavicular suture fixation for acute acromioclavicular joint dislocation. Acta

- Orthopaedica et Traumatologica Turcica, 53(6), 408-413.
4. **Gorbatv, J. D., Hsu, J. E., & Gee, A. O.** (2017). Classifications in brief: Rockwood classification of acromioclavicular joint separations.
 5. **Metzloff, S., Rosslenbroich, S., Forkel, P. H., Schliemann, B., Arshad, H., Raschke, M., & Petersen, W.** (2016). Surgical treatment of acute acromioclavicular joint dislocations: hook plate versus minimally invasive reconstruction. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 24, 1972-1978.
 6. **Paul Tornetta III and et al** (2020). "Acromioclavicular and Sternoclavicular Joint Injuries". Rockwood and Green's fractures in Adults, 9th, pp.1517-1616.
 7. **Turqut, M. C., Semis, H. S., Yamak, K., & Celebi, F.** (2022). Evaluation of Patients with Acromioclavicular Joint Separation Treated Using the Clavicular Hook Plate. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacia, 24(2), 73-78.
 8. **Vrotsou, K., Avila, M., Machón, M., Mateo-Abad, M., Pardo, Y., Garin, O., & Cuéllar, R.** (2018). Constant-Murley Score: systematic review and standardized evaluation in different shoulder pathologies. Quality of life research, 27, 2217-2226.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI Ở BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Đức Phúc^{1,2}, Đào Xuân Thành^{2,3}, Nguyễn Văn Hoạt³

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá hiệu quả của phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng trong điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi. Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 52 bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2024. Đánh giá kết quả theo thang điểm Harris về chức năng khớp háng, bao gồm các yếu tố như mức độ đau, khả năng đi lại, và các biến chứng sau mổ. Tuổi trung bình là 82,29 ± 5,21, chủ yếu là nữ (80,8%) và nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (90,4%). Các bệnh lý kèm theo phổ biến nhất là tăng huyết áp (51,9%) và đái tháo đường (28,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 50,00 ± 7,34 phút, trong đó 53,8% bệnh nhân không cần truyền máu. Sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân có độ áp khít chuôi ≥ 80%, thời gian nằm viện trung bình

là 7,62 ± 3,79 ngày, và 71,5% bệnh nhân đạt kết quả tốt hoặc rất tốt theo thang điểm Harris, với 100% không còn đau sau ba tháng đầu. Phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng là phương pháp hiệu quả và an toàn cho người cao tuổi bị gãy cổ xương đùi, giúp phục hồi chức năng nhanh chóng, giảm đau, và hạn chế các biến chứng do nằm lâu. Phương pháp này đặc biệt phù hợp cho nhóm bệnh nhân cao tuổi và không có bệnh mãn tính nặng kèm theo, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Gãy cổ xương đùi, thay khớp háng bán phần không xi măng, người cao tuổi, đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING DIAGNOSIS, AND SURGICAL OUTCOMES OF CEMENTLESS HEMIARTHROPLASTY FOR FEMORAL NECK FRACTURE IN ELDERLY PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

This study describes the clinical characteristics, imaging findings, and outcomes of cementless hemiarthroplasty for femoral neck fracture in elderly patients. A cross-sectional, retrospective, and prospective study was conducted on 52 patients aged 75 and above at Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to March 2024. Outcomes were

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025

assessed using the Harris Hip Score, covering factors like pain level, mobility, and postoperative complications. The average age was 82.29 ± 5.21 , with a majority of female patients (80.8%), and household accidents accounted for most injuries (90.4%). The most common comorbidities were hypertension (51.9%) and diabetes (28.8%). The average surgical time was 50.00 ± 7.34 minutes, with 53.8% of patients not requiring blood transfusion. After surgery, 100% of patients achieved $\geq 80\%$ stem fit, with an average hospital stay of 7.62 ± 3.79 days, and 71.5% achieved good or excellent outcomes according to the Harris Hip Score, with 100% pain-free at three months. Cementless hemiarthroplasty is an effective and safe treatment for femoral neck fractures in the elderly, promoting rapid functional recovery, pain reduction, and minimized complications from prolonged bed rest. This approach is particularly suitable for older patients without severe chronic comorbidities, enhancing quality of life post-surgery.

Keywords: Femoral neck fracture, cementless hemiarthroplasty, elderly, clinical characteristics, surgical outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi là một tổn thương nghiêm trọng thường gặp ở người cao tuổi, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và hệ thống y tế do chi phí điều trị cao và tỷ lệ tử vong đáng kể. Tại Mỹ, chi phí kinh tế cho gãy cổ xương đùi ước tính khoảng 20 tỷ đô la mỗi năm với tỷ lệ tử vong sau một năm từ 20-30%.¹ Phương pháp điều trị bao gồm bó bột, kết hợp xương, và thay khớp háng. Tuy nhiên, mỗi phương pháp đều có hạn chế: bó bột dễ gây biến chứng do thời gian bất động kéo dài; kết hợp xương cần thời gian hồi phục lâu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khó thực hiện trên xương yếu của người cao tuổi.^{2,3}

Phẫu thuật thay khớp háng bán phần trở thành lựa chọn ưu tiên cho người cao tuổi nhờ thời gian phục hồi nhanh, cho phép vận động sớm và tránh các biến chứng do nằm lâu. Thay khớp háng bán phần có thể kéo dài từ 10-15 năm, đáp ứng nhu cầu sinh hoạt của người bệnh lớn tuổi.⁴ Dù có hai loại khớp là có xi măng và không xi măng, khớp không xi măng được ưa chuộng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội do tránh được các biến chứng tim mạch liên quan đến xi măng. Tuy nhiên, hiệu quả lâu dài của phương pháp này vẫn cần được đánh giá để làm rõ. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm "Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 52 bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên bị gãy cổ xương đùi và

được thay khớp háng bán phần không xi măng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến 3/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm bệnh nhân có chẩn đoán xác định, đồng ý tham gia nghiên cứu, và có hồ sơ bệnh án đầy đủ; loại trừ những người có gãy xương bệnh lý hoặc có tiền sử liệt.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến 3/2024, bao gồm giai đoạn hồi cứu từ tháng 1/2022 đến 3/2023 và giai đoạn tiền cứu từ tháng 4/2023 đến 3/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện gồm 52 bệnh nhân (23 hồi cứu và 29 tiền cứu) đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu: Thu thập các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, và thông tin liên quan đến tình trạng trước và sau mổ, bao gồm đau, liền vết thương, chảy máu, nhiễm trùng, và các biến chứng. Đánh giá chức năng sau mổ theo thang điểm Harris theo Mức độ đau (tối đa 44 điểm); Chức năng đi lại của khớp háng (tối đa 33 điểm); Hoạt động hàng ngày (tối đa 14 điểm); Mức độ biến dạng của khớp (tối đa 4 điểm); Tâm vận động của khớp (tối đa 5 điểm). Điểm tối đa là 100, cộng tổng tất cả các tiêu chí lại và đánh giá chức năng khớp háng sau mổ như sau: <70 (Kém); 70-79 (Khá); 80-89 (Tốt); 90-100 (Rất tốt)

2.6. Quy trình nghiên cứu: Đối với nhóm hồi cứu, thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án và đánh giá bệnh nhân qua điện thoại hoặc tại khám lại. Đối với nhóm tiền cứu, đánh giá tình trạng bệnh nhân trước và sau mổ và theo dõi sau mổ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và các kiểm định thống kê phù hợp.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng khoa học; bệnh nhân được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia tự nguyện, đảm bảo quyền rút lui và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2022 đến 3/2024, chúng tôi thu thập dữ liệu của 52 bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên bị gãy cổ xương đùi và đã thay khớp háng bán phần không xi măng, gồm 23 ca hồi cứu và 29 ca tiền cứu. Tuổi trung bình là $82,29 \pm 5,21$; bệnh nhân lớn tuổi nhất 99 tuổi, nhỏ nhất 75 tuổi. Phần lớn là nữ (80,8%) và nguyên nhân

chấn thương chủ yếu là tai nạn sinh hoạt (90,4%). Bảng 1 tóm tắt các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của 52 bệnh nhân. Mức độ loãng xương chủ yếu là mức III và IV (51,9% và 42,3%). Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật trong vòng 3 ngày chiếm 42,3%. Trước mổ, đa số bệnh nhân được phân loại ASA mức II (86,5%) và xương đùi loại B theo Dorr (71,2%). Các bệnh lý nội khoa kèm theo phổ biến là tăng huyết áp (51,9%) và đái tháo đường (28,8%). Trên phim X-quang, phân loại Garden III và IV chiếm tỷ lệ cao nhất (mỗi loại 44,2%), và phân loại Pauwel II chiếm 67,3%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ loãng xương	III	27	51,9
	IV	22	42,3
	V	3	5,8
Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật	≤ 3 ngày	22	42,3
	4-7 ngày	20	38,5
	>7 ngày	10	19,2
Phân loại ASA trước mổ	I	2	3,8
	II	45	86,5
	III	5	9,6
Phân loại xương đùi theo Dorr	A	15	28,8
	B	37	71,2
Bệnh nội khoa kèm theo	Tăng huyết áp	27	51,9
	Đái tháo đường	15	28,8
	Tai biến mạch máu não	5	9,6
	Suy tim	2	3,8
Hình ảnh X quang trước mổ (theo Gaden)	Gaden I	0	0,0
	Gaden II	6	11,5
	Gaden III	23	44,2
	Gaden IV	23	44,2
Hình ảnh X quang trước mổ (theo Pauwel)	Pauwel I	6	11,5
	Pauwel II	35	67,3
	Pauwel III	11	21,2

Bảng 2 mô tả đặc điểm phẫu thuật của các bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật chủ yếu kéo dài từ 46-60 phút (55,8%), với thời gian trung bình là 50 ± 7,34 phút. Trong mổ, 53,8% bệnh nhân không cần truyền máu, trong khi 34,6% truyền từ 250-350 ml và chỉ 7,7% truyền trên 500 ml.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật	30-45 phút	22	42,3
	46-60 phút	29	55,8
	>60 phút	1	1,9
	Trung bình ± SD	50,00 ± 7,34	

Lượng máu truyền trong mổ (ml)	250-350	18	34,6
	400-500	2	3,8
	>500	4	7,7
	Không phải truyền	28	53,8

Bảng 3 trình bày tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật. Có 100% người bệnh có độ áp khít chuôi ≥80% trên hình ảnh chụp Xquang sau mổ. Trục chuôi khớp sau mổ chủ yếu ở vị trí trung gian (50%), với 40,4% nghiêng trong và 9,6% nghiêng ngoài. Thời gian nằm viện trung bình là 7,62±3,79 ngày, trong đó 55,8% nằm viện từ 6-7 ngày. Tất cả bệnh nhân đều không còn đau sau mổ.

Bảng 3. Tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trục của chuôi khớp sau mổ	Trung gian	26	50,0
	Nghiêng trong >5°	21	40,4
	Nghiêng ngoài >5°	5	9,6
Thời gian nằm viện sau mổ	4-5	9	17,3
	6-7	29	55,8
	>7	14	26,9
	Trung bình ± SD	7,62±3,79	
Tình trạng đau sau mổ	Không đau	42	100
	Đau dữ dội, mất cơ năng khớp	0	0

Bảng 4 mô tả tình trạng hoạt động của bệnh nhân sau phẫu thuật. Trong số họ, 52,4% không đi tập thể dục, và 21,4% cần gậy khi đi xa. Khoảng cách đi bộ phổ biến nhất là 250 m (52,4%). Khi leo cầu thang, 45,2% cần dùng lan can. Đa số có thể đi giày và tất chân dễ dàng (71,4%) và ngồi thoải mái trên ghế từ 30 phút đến 1 giờ (97,7%). Tuy nhiên, tất cả bệnh nhân đều không thể tự tham gia giao thông.

Bảng 4. Tình trạng hoạt động sau phẫu thuật

Tình trạng hoạt động sau mổ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đi tập thể dục	Không	22	52,4
	Nhẹ	9	21,4
	Trung bình	8	19,1
	Không thể đi lại	3	7,1
Dụng cụ hỗ trợ	Không	9	21,4
	Dùng gậy khi đi xa	12	28,6
	Thường xuyên dùng gậy	14	33,3
	Dùng nạng đơn	0	0,0
	Dùng 2 gậy	3	7,1
	Dùng 2 nạng hoặc không thể đi bộ	4	9,5
Khoảng cách đi	Không giới hạn	6	14,3
	500 m	12	28,6

	250 m	22	52,4
	Chỉ trong nhà	2	4,8
Đi thang bộ	Không cần dùng lan can	1	2,4
	Cần dùng lan can	19	45,2
	Phương tiện hỗ trợ khác	13	31,0
	Không thể leo thang	9	21,4
Đi giày và tất chân	Dễ dàng	30	71,4
	Khó khăn	12	28,6
Ngồi	Thoải mái trên ghế 1 giờ	18	42,9
	Ngồi trên ghế cao trong 30 phút	23	54,8
	Không thể ngồi thoải mái trên ghế	1	2,4
Tham gia giao thông	Có thể	0	0,0
	Không thể	52	100,0

Bảng 5 trình bày tổng điểm Harris đánh giá chức năng khớp háng sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy 42,9% bệnh nhân đạt mức "Tốt" (80-89 điểm), 28,6% ở mức "Rất tốt" (90-100 điểm), trong khi 14,2% có điểm "Kém" (<70). Điểm trung bình của bệnh nhân là 80,57 ± 11,74.

Bảng 5. Tổng điểm Harris

Tổng điểm Harris	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<70 (Kém)	6	14,2
70-79 (Khá)	6	14,2
80-89 (Tốt)	18	42,9
90-100 (Rất tốt)	12	28,6
Trung bình ± SD	80,57 ± 11,74	

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân cao tuổi nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gãy cổ xương đùi.

Trong nghiên cứu này, thay vì sử dụng T-score để đánh giá mức độ loãng xương, chúng tôi dùng chỉ số Singh trên X-quang do tất cả bệnh nhân không được đo mật độ xương trước mổ. Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân đạt mức loãng xương Singh III và IV (51,9% và 42,3%). Điều này tương tự với một số nghiên cứu trước, cho thấy loãng xương ở người cao tuổi làm tăng nguy cơ thất bại trong phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy cổ xương đùi, đặc biệt khi xương yếu dễ dẫn đến không liền xương hoặc gãy lại.⁵

Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 42,3% bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 3 ngày sau chấn thương, và chỉ 19,2% phẫu thuật sau 7 ngày. Theo Pajulammi HM (2015), nghiên cứu

trên 1027 bệnh nhân tại Phần Lan cho thấy thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật dưới 24 giờ giúp giảm nguy cơ tử vong xuống 13%, trong khi trên 24 giờ nguy cơ tử vong tăng lên 17%, và trên 47 giờ lên tới 44%.⁶ Kelly-Petterson (2017) cũng chỉ ra rằng mỗi 10 giờ trì hoãn phẫu thuật sẽ tăng nguy cơ tử vong thêm 12%. Các kết quả này khẳng định phẫu thuật sớm, đặc biệt trong vòng 48 giờ đầu, giúp giảm thời gian nằm viện, hạn chế biến chứng và cải thiện khả năng phục hồi cho bệnh nhân.⁷

Phân loại ASA trước mổ giúp tiên lượng nguy cơ phẫu thuật, với ASA II chiếm tỷ lệ cao nhất (86,5%) trong nghiên cứu này, nghĩa là đa số bệnh nhân mắc bệnh nhẹ, không ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng các cơ quan. Điều này giúp giảm rủi ro trong quá trình phẫu thuật và tăng cơ hội thành công. Các nghiên cứu của Trần Thanh Luân⁸ và John E. Lawrence⁹ cũng cho thấy tỷ lệ cao ở phân loại ASA II và III, và các tác giả khuyến cáo tiến hành phẫu thuật sớm cho các bệnh nhân có mức độ ASA I, II, III khi đã được chuẩn bị tiên phẫu tốt, để giảm biến chứng do nằm lâu và rút ngắn thời gian hồi phục.

Trong nghiên cứu này, xương đùi loại B theo phân loại Dorr chiếm tỷ lệ cao nhất (71,2%), phù hợp với nghiên cứu trước đây của Đào Xuân Thành với tỷ lệ 69,9% ở nhóm này. Về chẩn đoán X-quang, kiểu gãy Garden III và IV chiếm ưu thế (cùng 44,2%), còn trong phân loại Pauwels, kiểu gãy Pauwels II phổ biến nhất (67,3%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy xương đùi loại B và các kiểu gãy Garden III, IV có tỷ lệ liền xương thấp và thường cần thay khớp háng để đảm bảo phục hồi.¹⁰

Nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu có bệnh lý mạn tính kèm theo, với tăng huyết áp (51,9%) và đái tháo đường (28,8%) là phổ biến nhất. Nghiên cứu của Trần Thanh Luân cũng cho thấy tỷ lệ cao bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý kèm theo.⁸ Những bệnh này cần được kiểm soát tốt trước phẫu thuật để tránh biến chứng. Ngoài ra, các bệnh lý nền như COPD và bệnh lý hô hấp khác cần điều trị ổn định trước mổ nhằm giảm nguy cơ tai biến trong và sau phẫu thuật.

Chăm sóc và chuẩn bị chu đáo trước mổ là yếu tố quan trọng giúp tăng hiệu quả phẫu thuật và hạn chế các biến chứng. Nghiên cứu cũng nhận mạnh tầm quan trọng của phối hợp giữa phẫu thuật viên, bác sĩ nội khoa, và bác sĩ gây mê hồi sức để tối ưu hóa điều trị cho bệnh nhân có bệnh lý nền, đảm bảo phục hồi chức năng, giảm nguy cơ biến chứng và giúp bệnh nhân sớm quay lại sinh hoạt. Với trang thiết bị hiện đại

và kinh nghiệm của đội ngũ y tế, phẫu thuật ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý kèm theo ngày càng an toàn hơn.

Thời gian nằm viện trung bình là $7,62 \pm 3,79$ ngày, với phần lớn bệnh nhân nằm viện từ 6-7 ngày (54,5%). Mặc dù các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi với bệnh lý mạn tính, sự phối hợp hiệu quả giữa phẫu thuật viên, bác sĩ nội khoa, và gây mê giúp đảm bảo quá trình điều trị và phục hồi tốt. Việc giảm thời gian nằm viện nhờ vào chăm sóc hậu phẫu và phục hồi chức năng kịp thời giúp bệnh nhân vận động sớm, hạn chế biến chứng do nằm lâu và giảm chi phí điều trị. Điều này cho thấy tầm quan trọng của quy trình điều trị toàn diện và hợp tác y khoa trong phẫu thuật thay khớp háng cho bệnh nhân lớn tuổi, giúp họ sớm trở lại sinh hoạt bình thường.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho người cao tuổi bị gãy cổ xương đùi, giúp giảm đau, cải thiện chức năng khớp và hỗ trợ phục hồi sớm. Với tỷ lệ thành công cao, không có biến chứng sớm và thời gian nằm viện ngắn, phương pháp này đặc biệt phù hợp cho nhóm bệnh nhân cao tuổi, nữ giới và những người không có bệnh mãn tính nặng kèm theo. Đây là lựa chọn phẫu thuật tối ưu, giúp bệnh nhân duy trì khả năng vận động và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brauer CA, Coca-Perrillon M, Cutler DM,

- Rosen AB. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. JAMA. 2009-10-14 2009;302(14):1573-1579.
2. Egol KA, Koval KJ, Zuckerman JD. Functional recovery following hip fracture in the elderly. J Orthop Trauma. 1997-11 1997;11(8):594-599.
3. Schwartzmann CR, Jacobus LS, Spinelli LF, et al. Dynamic Hip Screw for the Treatment of Femoral Neck Fractures: A Prospective Study with 96 Patients. ISRN Orthop. 2014;2014:257871.
4. Sinno K, Sakr M, Girard J, Khatib H. The effectiveness of primary bipolar arthroplasty in treatment of unstable intertrochanteric fractures in elderly patients. N Am J Med Sci. 2010; 2(12):561-568.
5. Hàn NN. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân 80 tuổi trở lên. Luận văn thạc sỹ; 2021.
6. Pajulammı HM, Pihlajamaki HK, Luukkaala TH, Nuotio MS. Pre- and perioperative predictors of changes in mobility and living arrangements after hip fracture--a population-based study. Arch Gerontol Geriatr. 2015;61(2): 182-189.
7. Kelly-Pettersson P, Samuelsson B, Muren O, et al. Waiting time to surgery is correlated with an increased risk of serious adverse events during hospital stay in patients with hip-fracture: A cohort study. Int J Nurs Stud. 2017;69:91-97.
8. Luân TT. Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi. Luận văn chuyên khoa cấp 2; 2020.
9. Lawrence JE, Fountain DM, Cundall-Curry DJ, Carrothers AD. Do Patients Taking Warfarin Experience Delays to Theatre, Longer Hospital Stay, and Poorer Survival After Hip Fracture? Clinical Orthopaedics and Related Research. 2017;475(1):273-279.
10. Thành ĐX. Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng và thay đổi mật độ xương quanh khớp háng nhân tạo. Luận án tiến sỹ y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.

ĐẶC ĐIỂM CĂN NGUYÊN VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2023

Đào Ngọc Duy^{1,2}, Nguyễn Thanh Hằng², Trương Thái Phương^{2,3}, Trương Thị Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện phân lập trên bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Duy

Email: duy071295@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 243 bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai từ 01/10/2023-31/12/2023. **Kết quả:** Trong số 243 bệnh nhân, có 143 bệnh nhân phân lập được 1 loài vi khuẩn (58,85%), có 100 bệnh nhân phân lập được từ 2 loài vi khuẩn trở lên (41,15%). Phân lập được 592 chủng vi khuẩn từ bệnh phẩm đường hô hấp dưới. Trong đó phần lớn là vi khuẩn gram âm (583 chủng, 98,48%), vi khuẩn gram dương chỉ chiếm tỷ lệ rất ít (9 chủng, 1,52%). Các căn nguyên vi khuẩn được phân lập chủ yếu gồm Acinetobacter baumannii (34,97%), Klebsiella pneumoniae (22,13%), Pseudomonas aeruginosa (16,55%), Stenotrophomonas