

Việc có cần cố định cột sống sau phẫu thuật giải ép hay không cũng đang còn tranh cãi, vì theo lý thuyết phẫu thuật mở cung sau giải ép không khiến cho cột sống mất vững. Tuy nhiên mở nhiều cung sau liên tiếp, hoặc mở cung sau ở vùng bản lề vận động như cổ-ngực hoặc ngực-thắt lưng dẫn tới nguy cơ cao tiến triển gù tại chỗ. Vì vậy theo kinh nghiệm, chúng tôi lựa chọn cố định cột sống khi mở từ ba cung sau liên tiếp trở lên hoặc mở cung sau vùng bản lề.

Mặc dù tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là thấp (7,7%), nhưng việc một bệnh nhân tử vong sau mổ do viêm phổi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quản lý chăm sóc sau phẫu thuật. Đặc biệt ở những bệnh nhân liệt hoàn toàn, lẫn trở chống loét và tập ngồi dậy sớm giúp hạn chế được những biến chứng nhiễm trùng do nằm lâu.

V. KẾT LUẬN

Máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát là một tình trạng cấp cứu thần kinh, có thể để lại di chứng tàn phế nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Điều trị phẫu thuật là lựa chọn hàng đầu đối với các trường hợp có tổn thương thần kinh mức độ nặng. Kết quả phẫu thuật nhìn chung là tốt tuy nhiên cần quan tâm đến các yếu tố tiên lượng để chỉ định đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Holtås S, Heiling M, Lönntoft M.** Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology*. 1996;199(2): 409-413. doi:10.1148/radiology.199.2.8668786
2. **Kim KT, Cho DC, Ahn SW, Kang SH.** Epidural Hematoma Related with Low-Dose Aspirin:

Complete Recovery without Surgical Treatment. *J Korean Neurosurg Soc*. 2012;51(5):308. doi:10.3340/jkns.2012.51.5.308

3. **Bhat K, Kapoor S, Watali Y, Sharma J.** Spontaneous epidural hematoma of spine associated with clopidogrel: A case study and review of the literature. *Asian J Neurosurg*. 2015; 10(01): 54-54. doi:10.4103/1793-5482.151521
4. **Domenicucci M, Mancarella C, Santoro G, et al.** Spinal epidural hematomas: personal experience and literature review of more than 1000 cases. *J Neurosurg Spine*. 2017;27(2):198-208. doi:10.3171/2016.12.SPINE15475
5. **Peng D, Yan M, Liu T, et al.** Prognostic Factors and Treatments Efficacy in Spontaneous Spinal Epidural Hematoma: A Multicenter Retrospective Study. *Neurology*. 2022;99(8):e843-e850. doi:10.1212/WNL.000000000000200844
6. **Yu JX, Liu J, He C, et al.** Spontaneous Spinal Epidural Hematoma: A Study of 55 Cases Focused on the Etiology and Treatment Strategy. *World Neurosurg*. 2017;98: 546-554. doi:10.1016/j.wneu.2016.11.077
7. **Moller H, Schramm J, Roggendorf W, Brock M.** Vascular malformations as a cause of spontaneous spinal epidural haematoma. *Acta Neurochir (Wien)*. 1982;62(3-4): 297-305. doi:10.1007/BF01403637
8. **Groen RJM, Ponssen H.** The spontaneous spinal epidural hematoma. *J Neurol Sci*. 1990; 98(2-3): 121-138. doi:10.1016/0022-510X(90)90253-J
9. **Gala FB, Aswani Y.** Imaging in spinal posterior epidural space lesions: A pictorial essay. *Indian J Radiol Imaging*. 2016;26(03): 299-315. doi:10.4103/0971-3026.190406
10. **Groen RJM, Grobbelaar M, Muller CJF, et al.** Morphology of the human internal vertebral venous plexus: A cadaver study after latex injection in the 21-25-week fetus. *Clin Anat*. 2005;18(6):397-403. doi:10.1002/ca.20153

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ VỮNG LIÊN MẪU CHUYỂN Ở NGƯỜI CAO TUỔI BẰNG KẾT XƯƠNG NẠP KHÓA

**Đặng Hoàng Anh¹, Phạm Ngọc Thắng¹, Nguyễn Trần Cảnh Tùng¹,
Phạm Tiến Thành¹, Vũ Anh Dũng¹, Trần Sỹ Tiến¹, Hoàng Thế Hùng¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mẫu chuyển xương đùi (LMCXĐ) loại A1 theo phân loại AO ở người cao tuổi bằng kết hợp xương (KH) nẹp khóa. **Phương pháp nghiên cứu:** Gồm 52 bệnh nhân (BN) gãy kín LMCXĐ loại A1 theo phân loại AO,

được điều trị phẫu thuật KH nẹp khóa tại Bệnh viện Quân y 103. Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu, mô tả cắt ngang không nhóm chứng. **Kết quả:** Loại gãy A1.3 36/52 BN (69,20%), loại gãy A1.2 16/52 BN (30,80%). Không có biến chứng sớm sau mổ. Kết quả nắn chỉnh tốt: 96,16%, chấp nhận được: 3,84%. Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật: liền xương, góc cổ thân 120° -130°: 95,12%, liền xương, góc cổ thân <120°: 4,88%. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Harris: Rất tốt: 27/41 BN (65,85%), tốt: 8/41 BN (19,51%), trung bình: 5/41 BN (12,20%), kém: 1/41 BN (2,44%). **Kết luận:** Kết xương nẹp khóa là lựa chọn tốt cho các bệnh nhân cao tuổi gãy vững liên mẫu chuyển xương đùi. **Từ khóa:** liên mẫu chuyển, nẹp khóa, người cao tuổi.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thế Hùng
Email: bshoangthehung@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025
Ngày duyệt bài: 25.2.2025

SUMMARY**OUTCOME FOLLOWING TREATMENT OF STABLE INTERTROCHANTERIC FRACTURES IN ELDERLY WITH LOCKING PLATE**

Objective: To evaluate the results of treatment of closed intertrochanteric femoral fractures (IFC) type A1 according to AO classification in the elderly by bone fixation (KB) with locking plate. **Method:** Including 52 patients (P) with closed intertrochanteric femoral fractures type A1 according to AO classification, treated with locked plate surgery at Military Hospital 103. Prospective and retrospective study, cross-sectional description without control group. **Results:** Type A1.3 fracture 36/52 patients (69.20%), type A1.2 fracture 16/52 patients (30.80%). There were no early postoperative complications. Good reduction results: 96.16%, acceptable: 3.84%. At 12 months after surgery: bone union, neck-shaft angle 120° - 130° : 95.12%, bone union, neck-shaft angle $<120^{\circ}$: 4.88%. Rehabilitation results according to Harris scale: Excellent: 27/41 patients (65.85%), good: 8/41 patients (19.51%), average: 5/41 patients (12.20%), poor: 1/41 patients (2.44%). **Conclusion:** Locking plate fixation is a good choice for elderly patients with stable intertrochanteric femoral fractures. **Keywords:** intertrochanteric, locking plate, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mẫu chuyển xương đùi là gãy phần xương ở giữa mẫu chuyển lớn và mẫu chuyển bé của xương đùi, đây loại gãy xương khá phổ biến, chiếm khoảng 55% trong tổng số các loại gãy xương đầu trên xương đùi. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là ở những người cao tuổi, chiếm đến 95% trong tổng số các bệnh nhân gãy LMCXD [1]. Ở người cao tuổi nguyên nhân thường gặp là ngã đập mông xuống nền cứng, do tình trạng thừa loãng xương nên dù một lực chấn thương nhẹ cũng có thể làm gãy LMCXD.

Các bệnh nhân gãy LMCXD thường được điều trị bằng phẫu thuật, trong đó phẫu thuật kết xương bên trong thường được lựa chọn nhằm mục tiêu phục hồi lại hình thể giải phẫu của đầu trên xương đùi, cố định ổ gãy vững chắc tạo điều kiện cho BN vận động sớm, tránh các biến chứng do nằm lâu và nhanh chóng trả lại chức năng của chi thể [2]. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật KHX đã được áp dụng như KHX bằng đinh nội tủy đầu trên xương đùi, nẹp liên khối, nẹp DHS, và nẹp khóa. Mỗi phương pháp đều có những chỉ định, ưu điểm và nhược điểm riêng.

Với nẹp khóa đầu trên xương đùi, nhờ cấu trúc ren trên lỗ nẹp và mũ vít nên khi KHX giữa nẹp và vít tạo thành một khối vững chắc, giúp cho cấu trúc nẹp, vít và xương chịu được lực ép dọc theo trục, lực uốn bẻ tốt hơn và tránh được

các biến chứng bật nẹp, tuột vít, nhất là trong các trường hợp thừa, loãng xương. Mặt khác, khi KHX nẹp khóa, do nẹp không tì ép sát bề mặt xương như nẹp vít thông thường nên tránh được hiện tượng tiêu xương dưới nẹp và tổn thương mạch máu nuôi dưỡng ổ gãy, tạo điều kiện cho ổ gãy nhanh liền hơn [3]. Để nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín LMCXD loại A1 theo phân loại AO ở người cao tuổi bằng kết hợp xương nẹp khóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 52 BN gãy kín LMCXD loại A1 theo phân loại AO, được điều trị phẫu thuật KHX nẹp khóa tại khoa Phẫu thuật khớp - Trung tâm Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 05 năm 2024.

Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu, mô tả cắt ngang không nhóm chứng

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nguyên nhân gãy xương, bệnh lý kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý hô hấp, bệnh lý khác), loại gãy theo phân loại AO.

- Kết quả điều trị

+ Kết quả gần: diễn biến tại vết mổ, thời gian nằm viện sau mổ, kết quả nắn chỉnh trên XQ khung chậu quy ước (dựa theo phân loại của Baumgaertner M.R. [4])

+ Kết quả xa (sau phẫu thuật trên 12 tháng): Kết quả phục hồi chức năng theo Harris. Kết quả liền xương (đánh giá liền xương dựa vào lâm sàng và trên phim X quang, có 3 giá trị: liền xương, chậm liền xương và khớp giả).

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được lưu giữ và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm Microsoft excel 2021 và phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Tuổi, giới

Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi (n=52)

Nhóm tuổi	Số BN	%
60 - 69	29	55,77
70 - 79	17	32,69
≥ 80	6	11,54
Tổng	52	100
Tuổi trung bình	70,23 $\pm$ 6,96	

Tuổi trung bình trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 70,23 $\pm$ 6,96, cao nhất là 89 tuổi, thấp nhất là 60 tuổi. Nhóm tuổi 60 – 69 chiếm tỷ

lệ cao nhất với 29/52 BN (55,77%). Trong 52 BN có 27 BN nam và 25 BN nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,08/1.

Nguyên nhân. Nguyên nhân do TNSH chiếm tỷ lệ cao nhất với 40/52 BN, chiếm 76,92%, chủ yếu gặp ở nhóm 60 – 69 tuổi với 22 BN chiếm 75,86%. Chỉ có 01 BN trên 80 tuổi bị gãy LMCXD do TNGT.

Bệnh kèm theo: Có 24 BN có bệnh kèm theo, bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,15 %.

Loại gãy theo phân loại AO

Bảng 3. Phân loại gãy theo AO trên phim Xquang quy ước (n=52)

Loại gãy A1	Số BN	Tỷ lệ %
A1.1	0	0,00
A1.2	16	30,80
A1.3	36	69,20
Tổng	52	100

Loại gãy A1.3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 36/52 BN (chiếm 69,20%), loại gãy A1.2 với 16/52 BN (chiếm 30,80%). Không có BN nào gãy LMCXD loại A1.1.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả gần. Tất cả 52 BN đều liền vết mổ kỳ đầu, không có bệnh nhân nào có biến chứng sớm sau mổ. Thời gian BN nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $10,06 \pm 3,11$ ngày, trong đó BN nằm viện sau phẫu thuật ngắn nhất là 6 ngày và lâu nhất là 21 ngày. Có 3/52 BN (chiếm 5,77%) có thời gian nằm viện sau phẫu thuật dưới 07 ngày và 7/52 BN (chiếm 13,46%) có thời gian nằm viện sau phẫu thuật trên 14 ngày.

Kết quả Xquang sau phẫu thuật

Bảng 4. Đánh giá kết quả trên Xquang sau phẫu thuật (n=52)

	Kết quả	Số BN	Tỷ lệ %
Kết quả nắn chỉnh	Tốt	50	96,16
	Chấp nhận	2	3,84
	Xấu	0	0,00
	Tổng	52	100
Vị trí vít cổ chỏm	Vít trong cổ chỏm	52	100
	Vít trượt cổ chỏm	0	0
	Tổng	52	100
Góc cổ thân xương đùi (độ)	<120°	0	0,00
	120°-130°	52	100
	>130°	0	0,00
	Tổng	52	100

Trên phim Xquang sau phẫu thuật thấy tất cả 52 BN phục hồi về giải phẫu với góc cổ thân từ 120° - 130°. Có 52/52 BN (chiếm 100%) có vị trí vít ở trong cổ chỏm. Kết quả nắn chỉnh tốt chiếm 96,16% và có 3,84% kết quả nắn chỉnh ở mức chấp nhận.

Kết quả xa. Có 41/52 BN (chiếm 78,85%)

được khám lại ở thời điểm trên 12 tháng, 4/52 BN (chiếm 7,69%) khám lại dưới 6 tháng sau phẫu thuật.

Bảng 5. Kết quả liền xương và góc cổ thân (n=41)

Kết quả liền xương và góc cổ thân	Số BN	Tỷ lệ %
Liền xương, góc cổ thân < 120°	2	4,88
Liền xương, góc cổ thân 120°-130°	39	95,12
Liền xương, góc cổ thân > 130°	0	0,00
Chậm liền xương	0	0,00
Khớp giả	0	0,00
Tổng	41	100

Có 02/41 BN (chiếm 4,88%) liền xương với góc cổ thân < 120° và không có BN nào không liền xương, khớp giả hoặc tiêu chỏm xương đùi.

Tất cả 41 BN chiếm 100% có vị trí vít cổ chỏm đúng vị trí. Không có BN nào vít trượt cổ chỏm, không có BN nào bị gãy nẹp hay gãy vít.

Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris

Bảng 6. Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris (n=41)

Tổng điểm Harris	Số BN	Tỷ lệ %
Rất tốt (90 - 100)	27	65,85
Tốt (80 - 89)	8	19,51
Trung bình (70 - 79)	5	12,20
Kém (< 70)	1	2,44
Tổng	41	100
Trung bình	$89,87 \pm 8,10$	
Min-max	65 - 95	

Điểm Harris trung bình là $89,87 \pm 8,10$, trong đó:

- + BN có điểm Harris cao nhất là 95 điểm, chỉ có 01 BN điểm thấp nhất là 65 điểm
- + 27/41 BN (chiếm 65,85%) có điểm rất tốt
- + 8/41 BN (chiếm 19,51%) có điểm tốt
- + 5/41 BN (chiếm 12,20%) có điểm trung bình

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, số BN nam là 27/52 (chiếm 51,92%), số BN nữ là 25/52 (chiếm 48,08%), tỷ lệ nam/nữ = 1,08/1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Lê Quang Trí (tỷ lệ 1,56/1) [5], nghiên cứu của Wei Ting Lee (tỷ lệ 21/5). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $70,23 \pm 6,96$ tuổi, tuổi cao nhất là 89, tuổi thấp nhất là 60. Nhóm 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 29/52 BN (chiếm 55,77%). Nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6/52 BN (chiếm 11,54%). Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương nghiên cứu của Nishikant Kumar M.S và CS, thấp hơn tuổi trung bình trong nghiên cứu Zha G-C. [6], nhưng lại

cao hơn nghiên cứu Wei Ting Lee [7].

Ở BN cao tuổi, khi gãy xương thì thời gian liền xương cũng kéo dài, vì thế việc chọn một phương pháp KHX cho phù hợp cũng rất quan trọng, phải KHX làm sao để ổ gãy được cố định vững chắc và giúp BN vận động sớm nhằm tránh các biến chứng như loét tì đè, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm phổi. Đó cũng là lí do để chúng tôi chọn phương pháp KHX nẹp khóa đối với gãy LMCXD ở người cao tuổi.

Trên hình ảnh Xquang sau phẫu thuật thấy kết quả nắn chỉnh tốt có 50/52 BN (chiếm 96,16%), 02/52 BN (chiếm 3,84%) kết quả nắn chỉnh ở mức chấp nhận theo tiêu chuẩn của Baumgaertner. Chúng tôi đánh giá trên phim Xquang khung chậu của BN sau phẫu thuật không phát hiện trường hợp nào vít trượt cổ chỏm. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Zha G-C và CS (2011) [6]; Sun-jun Hu, Shi-min Zhang (2012) điều trị gãy LMCXD bằng nẹp khóa đều không gặp trường hợp nào vít xuyên thủng cổ chỏm [8]. Trong nghiên cứu của C. Wirtz và CS (2013) báo cáo điều trị cho 52 BN bằng KHX nẹp khóa, có 02 trường hợp vít xuyên thủng cổ chỏm, 2 trường hợp được đều được phẫu thuật lại thay vít ngắn hơn [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 52 BN được phẫu thuật đều được thực hiện hẹn tái khám, tuy nhiên ở thời điểm tái khám gần, các BN đều đúng hẹn, còn tái khám xa trên 12 tháng có 41 BN đến tái khám chiếm 78,85%. Một phần vì các BN ở xa, khó khăn khi đi lại, một phần vì BN không thấy cần thiết của việc tái khám. Có những BN khi được liên hệ để hẹn tái khám, đều không thu xếp tới bệnh viện theo hẹn, do đó chúng tôi không thể đánh giá được kết quả xa sau phẫu thuật của họ.

Trên 41 BN đến tái khám xa, chúng tôi ghi nhận 39/41 BN có sẹo đẹp, mềm mại, không viêm rò hay thay đổi màu sắc, 02 BN có sẹo lồi. Kết quả liền xương tốt góc cổ thân từ 120° - 130° có 39/41 BN, có 02 BN kết quả liền xương góc cổ thân $< 120^{\circ}$ và không có trường hợp nào chậm liền xương, khớp giả. Góc cổ thân sau khi liền xương nằm trong giới hạn giải phẫu bình thường chứng tỏ quá trình nắn chỉnh gần như luôn đạt được góc giải phẫu tốt và duy trì sự nắn chỉnh của nẹp khóa là đủ vững giúp cho xương liền tốt ở tư thế nắn chỉnh ban đầu. Có 02 BN có sự thay đổi về góc cổ thân $< 120^{\circ}$ xét ở thời điểm tái khám so với sau phẫu thuật. Mức độ góc cổ thân khép đi kèm với ngắn chi của chúng tôi là chấp nhận được với tỷ lệ 4,87%. So với nghiên cứu của Lê Tất Thắng có 05 BN góc cổ thân dưới 120° (8,77%) [9].

41/41 BN với vít trong cổ chỏm (chiếm 100%), không có BN nào vít trượt cổ chỏm, không có gãy vít, tụt vít hay gãy nẹp được ghi nhận. So sánh với kết quả các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy dấu hiệu tích cực hơn trong kết quả phẫu thuật của nghiên cứu này. Theo Sun-jun Hu, Shi-min Zhang (2012) trong tổng số 45 BN đã được theo dõi hơn 6 tháng, có 2 BN bung nẹp và phải phẫu thuật lại [8]. Nishikant Kumar M.S (2014) trong 30 trường hợp thì có một trường hợp chậm liền xương sau 6 tháng theo dõi và sụp lún vẹo trong trung bình $< 10^{\circ}$ [6]. Wei Ting Lee và CS (2014) điều trị 110 BN gãy đầu trên xương đùi bằng nẹp khóa, tuổi trung bình 75, có 98 BN gãy LMCXD (vững 22, không vững 76) và 12 BN gãy dưới mẫu chuyển. Sau 1 năm đánh giá trên 94 BN đều liền xương tốt, không gặp biến chứng cut - out. Tác giả cho rằng, nẹp khóa là phương tiện kết xương đem lại kết quả tốt cho các gãy xương LMCXD ít để lại biến chứng [7].

Trong số 41 BN theo dõi được sau 12 tháng phẫu thuật, kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Harris như sau: Rất tốt: 27/41 BN (65,85%), tốt: 8/41 BN (19,51%), trung bình: 5/41 BN (12,20%), kém: 1/41 BN (2,44%). Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu Lê Tất Thắng với kết quả phục hồi chức năng sau 12 tháng ở mức rất tốt là 33 trường hợp (57,89%) [10].

V. KẾT LUẬN

Kết quả liền xương tốt góc cổ thân từ 120° - 130° có 39/41 BN, có 02 BN kết quả liền xương góc cổ thân $< 120^{\circ}$, không có trường hợp nào chậm liền xương, khớp giả. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Harris: Rất tốt: 27/41 BN (65,85%), tốt: 8/41 BN (19,51%), trung bình: 5/41 BN (12,20%), kém: 1/41 BN (2,44%). Kết xương nẹp khóa là lựa chọn tốt cho các bệnh nhân cao tuổi gãy vững liên mẫu chuyển xương đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tiến Bình, Phạm Đăng Ninh** (2020), Gãy xương đùi. Giáo trình bệnh học chấn thương chỉnh hình, 125.
2. **Ngô Quốc Hoàn, My Duy Tiên, Nguyễn Quốc Thọ** (2022), Đánh giá kết quả bện đầu điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa. Tạp chí Y Dược Thực hành 175, 10-10.
3. **Sommer, Christoph** (2006), Biomechanics and clinical application principles of locking plates. Suomen Ortopedia ja Traumatologia, 20-24.
4. **Baumgaertner M.R.** (1995), The value of the tip-apex distance in predicting failure of fixation of peritrochanteric fractures of the hip. JBJS, 1058-1064.

5. **Lê Quang Trí** (2019), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên mấu chuyển và dưới liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện quân y 175. Tạp chí Y Dược Thực hành 175: p. 10-10.
6. **Zha G.C.** (2011), Treatment of pertrochanteric fractures with a proximal femur locking compression plate. Injury, 1294-1299.
7. **Lee W.T.** (2014), Proximal femoral locking compression plate for proximal femoral fractures. Journal of orthopaedic surgery, 287-293.
8. **Sun-jun H.** (2012), Treatment of femoral subtrochanteric fractures with proximal lateral femur locking plates. Acta Ortop Bras, 329-333
9. **Wirtz C.** (2013), High failure rate of trochanteric fracture osteosynthesis with proximal femoral locking compression plate. Injury, 751-756.
10. **Lê Tất Thắng** (2022), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương, kết quả điều trị gãy kín vùng mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khoá. Luận án tiến sĩ y học.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT LỖI SAU (TLIF) CHO BỆNH NHÂN TRƯỢT L4L5 CÓ LOÃNG XƯƠNG SỬ DỤNG VÍT BƠM XI MẮNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng^{1,2}, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lõi sau (TLIF) cho bệnh nhân trượt L4L5 có loãng xương sử dụng vít bơm xi măng ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 30 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lõi sau (TLIF) sử dụng vít bơm xi măng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 6/2023. **Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là $79,9 \pm 12,9$ phút. Lượng máu mất trung bình là $267,0 \pm 46,9$ ml. Lượng xi măng bơm vào từng đốt sống trung bình là $3,0 \pm 1,2$ ml. Thời gian nằm viện trung bình là $5,6 \pm 1,8$ ngày. Sau mổ các bệnh nhân giảm độ trượt đốt sống và cải thiện chiều cao khoảng liên thân đốt đáng kể so với trước mổ với $p < 0,05$. Sau mổ 12 tháng, chiều cao khoảng liên thân đốt sống giảm so với sau mổ 1 tháng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các triệu chứng thần kinh của bệnh nhân cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng. Điểm VAS của cột sống thắt lưng và chân, điểm ODI đều giảm đáng kể sau mổ 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng với độ tị cận $P < 0,01$. Ngay sau mổ chỉ có 1 bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu chiếm 3,3%, 1 bệnh nhân nhiễm trùng nông vết mổ chiếm 3,3%. Sau mổ 12 tháng có tỉ lệ lỏng vít là 3,3%, tổn thương tăng liên kề 1,3%. Tỉ lệ liền xương tốt là 80,0%, không có bệnh nhân nào không liền xương. **Kết luận:** Phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lõi sau (TLIF) cho bệnh nhân trượt L4L5 có loãng xương bằng vít bơm xi măng đạt hiệu quả về mặt lâm sàng giúp cải thiện đáng kể VAS và ODI, nắn chỉnh đạt kết quả tốt, tỉ lệ liền xương cao, tỉ lệ lỏng vít và nhổ vít thấp.

Tỉ lệ rò xi măng và các biến chứng sau mổ thấp. **Từ khóa:** trượt đốt sống thắt lưng, loãng xương, hàn xương liên thân đốt lõi sau (TLIF), vít bơm xi măng.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION (TLIF) FOR PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC L4L5 SPONDYLOLISTHESIS USING FENESTRATED CEMENT-AUGMENTED SCREWS AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) surgery for L4L5 spondylolisthesis patients with osteoporosis using fenestrated cement-augmented screws at Viet Duc Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted with 30 patients with lumbar spondylolisthesis and osteoporosis who underwent TLIF surgery using fenestrated cement-augmented screws at Viet Duc Hospital from January 2022 to June 2023. **Results:** Among the 30 patients in our study, the average surgery time was 79.9 ± 12.9 minutes. The average blood loss was 267.0 ± 46.9 ml. The average amount of cement injected into each vertebra was 3.0 ± 1.2 ml. The average hospital stay was 5.6 ± 1.8 days. Postoperatively, patients experienced a significant reduction in vertebral slippage and an improvement in interbody height compared to preoperative measurements, with $p < 0.05$. At 12 months post-surgery, the decrease in interbody height compared to 1 month post-surgery was not statistically significant, with $p > 0.05$. Patients' neurological symptoms significantly improved at 1, 6, and 12 months post-surgery. The VAS scores for lumbar spine and leg pain, as well as ODI scores, significantly decreased at 1, 6, and 12 months post-surgery, with a confidence level of $P < 0.01$. Immediately after surgery, only one patient (3.3%) developed a urinary tract infection, and one patient (3.3%) experienced superficial wound infection. At 12 months post-surgery, the screw loosening rate was 3.3%, and adjacent segment disease was 1.3%. The bone fusion rate was 80.0%, with no cases of non-

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 24.2.2025