

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hu X., Ji X., Yang M., et al.** Cdc42 Is Essential for Both Articular Cartilage Degeneration and Subchondral Bone Deterioration in Experimental Osteoarthritis. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2018;33(5):945-958. doi:10.1002/jbmr.3380
2. **Vos M., DeGroot J., Rijbroek A.B., et al.** Elevation of Cartilage AGEs Does Not Accelerate Initiation of Canine Experimental Osteoarthritis Upon Mild Surgical Damage. *Journal of Orthopaedic Research®*. 2012;30(9):1398-1404. doi:10.1002/jor.22092
3. **Aletto Cristian, Oliva Francesco, Maffulli Nicola.** Knee Intra-Articular Administration of Stromal Vascular Fraction Obtained From Adipose Tissue: A Systematic Review. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*. 2022;25:101773. doi:10.1016/j.jcot.2022.101773
4. **Tuân Phùng Anh.** Đối chiếu hình ảnh thoái hóa khớp gối trên cộng hưởng từ và mức độ bệnh. *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*. 2020;
5. **Ota S., Sasaki E., Sasaki S., et al.** Relationship Between Abnormalities Detected by Magnetic Resonance Imaging and Knee Symptoms in Early Knee Osteoarthritis. *Scientific Reports*. 2021;11(1)doi:10.1038/s41598-021-94382-3
6. **Hunter D. J., Guermazi A., Lo G. H., et al.** Evolution of semi-quantitative whole joint assessment of knee OA: MOAKS (MRI Osteoarthritis Knee Score). *Osteoarthritis and Cartilage*. 2011/08/01/ 2011;19(8):990-1002. doi:https://doi.org/10.1016/j.joca.2011.05.004
7. **Roemer Frank W., Hunter David J, Crema Michel D, Kwok C Kent, Ochoa-Albiztegui Elena, Guermazi Ali.** An illustrative overview of semi-quantitative MRI scoring of knee osteoarthritis: lessons learned from longitudinal observational studies. *Osteoarthritis and cartilage*. 2016;24(2):274-289.
8. **Halmandge Amul M, Malik Rajesh, Sarawagi Radha, Sharma Jitendra.** Comparison of MRI Osteoarthritis Knee Score with Clinico-Radiological Grading. *Indian Journal of Radiology and Imaging*. 2025;35(01):073-080.

KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GỠ CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH NGHỆ AN

Lê Hữu Nam¹, Vũ Trường Thịnh^{2,3}, Dương Đình Toàn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 95 bệnh nhân trên 70 tuổi gãy cổ xương đùi được thay khớp háng bán phần không xi măng ở tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình Nghệ An từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 80,68±6,86, nhóm 80-89 tuổi chiếm 47,37%. Phần lớn là nữ giới chiếm 70,53%. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo khá cao chiếm 37,89%, tiếp theo là bệnh lý đái tháo đường chiếm 24,21%. Chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm 97,89%. Loãng xương độ III chiếm đa số (56,84%) theo phân độ Singh. Các bệnh nhân đa số thuộc loại gãy độ III và IV theo Garden với hơn 90%. Tất cả bệnh nhân đều không có biến chứng sau mổ. Theo thang điểm Harris cho thấy hơn 1 nửa bệnh nhân (52,6%) đánh giá ở mức tốt, chỉ có 2 trường hợp chiếm 5,3% bệnh nhân được đánh giá ở mức kém.

Kết luận: Phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng là một trong những giải pháp hiệu quả điều trị gãy cổ xương đùi cho người cao tuổi.

Từ khóa: thay khớp háng bán phần, gãy cổ xương đùi, người cao tuổi.

SUMMARY

RESULTS OF NON-CEMENTED PARTIAL HIP REPLACEMENT TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES IN THE ELDERLY AT NGHE AN ORTHOPAEDIC TRAUMA HOSPITAL

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment results of femoral neck fractures in the elderly. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 95 patients over 70 years old with femoral neck fractures who underwent cementless partial hip replacement at Nghe An Orthopedic and Trauma Hospital from March 2021 to September 2022. **Results:** The average age of the study subjects was 80.68±6.86, the 80-89 year old group accounted for 47.37%. The majority were women, accounting for 70.53%. The proportion of patients with concomitant hypertension was quite high, accounting for 37.89%, followed by diabetes, accounting for 24.21%. Injuries due to domestic accidents accounted for 97.89%. Osteoporosis grade III accounted for the majority (56.84%) according to the Singh classification. The majority of patients had grade III and IV fractures according to Garden with more than 90%. All patients had no postoperative complications. According to the Harris scale, more

¹Trung tâm Y tế Hưng Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

than half of the patients (52.6%) were rated as good, with only 2 cases accounting for 5.3% of patients being rated as poor. **Conclusions:** Cementless partial hip replacement surgery is one of the effective solutions for treating femoral neck fractures in the elderly. **Keywords:** Partial hip replacement, femoral neck fracture, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi (GCXD) là loại gãy giới hạn giữa chỏm và khối mấu chuyển (gãy nội khớp), là một trong những gãy xương thường gặp nhất ở người cao tuổi, liên quan nhiều đến tình trạng loãng xương. Cùng với sự gia tăng tuổi thọ, số bệnh nhân GCXD ngày càng nhiều. Hậu quả của GCXD ở người cao tuổi thường rất nặng nề, làm tăng chi phí điều trị cho bản thân người bệnh cũng như cho xã hội. Việc chọn lựa phương pháp điều trị tối ưu cho tổn thương này ở người cao tuổi thật không đơn giản và đang là chủ đề được bàn luận nhiều. Tại Mỹ, hằng năm có khoảng 250.000 trường hợp gãy vùng đầu trên xương đùi trong đó có khoảng 50% GCXD và dự kiến sẽ tăng lên gấp đôi vào năm 2050.

Cho đến nay có nhiều nghiên cứu về những phương pháp điều trị GCXD ở người cao tuổi bao gồm điều trị bảo tồn, kết hợp xương hay thay khớp háng. Đối với điều trị bảo tồn như bó bột hay nẹp chống xoay thường đem lại kết quả liên xương thấp, tỉ lệ tử vong cao do đó chỉ được áp dụng cho các bệnh nhân đã già yếu, không thể chịu được một cuộc phẫu thuật. GCXD di lệch tỉ lệ không liền xương khoảng 15-30% và khoảng 30% dẫn đến hoại tử chỏm vì vậy vấn đề thay khớp háng được đặt ra ở các bệnh nhân cao tuổi GCXD di lệch. Trong khi đó, thay khớp háng bán phần (TKHBP) có ưu điểm thời gian phẫu thuật nhanh, giảm tỉ lệ biến chứng nội khoa. TKHBP trong GCXD được xem là một trong những lựa chọn tối ưu đối với người cao tuổi, đặc biệt là người có mức độ vận động kém và có thêm các bệnh lý đi kèm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An", với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân cao tuổi gãy cổ xương đùi được phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 95 bệnh

nhân GCXD do chấn thương ở người cao tuổi (≥ 70 tuổi) được phẫu thuật thay khớp háng bán phần (Bipolar) không xi măng tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trong thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2022. Nghiên cứu thu thập được 95 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Kỹ thuật: Đặt bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ về phía chân lành. Cố định tư thế bệnh nhân. Sát trùng vùng mổ, trải toan vô trùng. Rạch da theo đường Gibson dài khoảng 15 cm. Mổ qua lớp dưới da, mổ qua cân căng mạc đùi, bộc lộ cổ xương đùi theo đường gãy LMC. Lấy bỏ chỏm xương đùi, bảo toàn khối mấu chuyển, đo chỏm xương đùi. Làm đường hầm ống tủy xương đùi doa đến size phù hợp. Đặt chuôi phù hợp với kích thước doa ống tủy, lắp chuôi thử. Rút chuôi thử và lắp chuôi thật. Kiểm tra các tư thế trật, kiểm tra chiều dài chi. Lắp chỏm phù hợp, nắn lại khớp vào ổ cối. Khâu lại bao khớp, đặt dẫn lưu áp lực âm, đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.



Hình 1. Tư thế bệnh nhân và đường mổ Kocher-Langenback



Hình 2. Bộ dụng cụ thay khớp háng bán phần



Hình 3. Lấy chỏm xương đùi



Hình 4. Đo chỏm xương đùi



Hình 5. Doa ống tủy xương đùi



Hình 6. Lắp chỏm phù hợp, nắn khớp vào ổ cối



Hình 7. Khâu da, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Về dịch tễ: Giới, tuổi, bệnh lý toàn thân kèm theo, nguyên nhân và cơ chế chấn thương.

Lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng, thời gian từ lúc gãy xương đến lúc được phẫu thuật, chân tổn thương trái – phải, phân độ ASA.

Cận lâm sàng: Phân độ Garden trên phim X-quang, chỉ số Singh đánh giá loãng xương trên phim X-quang.

Sau phẫu thuật: Đánh giá sự liền vết mổ, mức độ đau sau mổ dựa vào thang điểm đau VAS, so sánh chiều dài hai chi, số bệnh nhân cần truyền máu, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, kết quả X-quang sau phẫu thuật, các biến chứng khác trong thời gian hậu phẫu. Đánh giá kết quả sau 3 tháng, 6 tháng, đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Harris. Mối liên quan giữa các chỉ số cận lâm sàng, tuổi, thời gian từ lúc gãy xương đến khi phẫu thuật, các bệnh lý kèm theo với chức năng khớp háng theo thang điểm Harris.

2.4. Phân tích xử lý số liệu. Các số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài đã được thông qua hội đồng Y đức bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Nghệ An và được sự cho phép của Ban giám đốc bệnh viện. Tuân thủ nghiêm ngặt các qui định trong nghiên cứu Y, Sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Nhóm tuổi	<80	40	42,11
	80-90	45	47,37
	>90	10	10,53
Giới	Nam	28	29,47
	Nữ	67	70,53
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn sinh hoạt	93	97,89
	Tai nạn giao thông	2	2,11
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	36	37,89
	Đái tháo đường	23	24,21
	Bệnh thận mạn	6	6,31
	Không mắc	46	48,42

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $80,68 \pm 6,86$. Nhóm tuổi 80-89 chiếm tỉ lệ cao nhất 47,37%. Tỉ lệ nam/nữ là 4,5.

Bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,89%. Cơ chế tổn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt chiếm 97,89%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Triệu chứng lâm sàng	Đau vùng háng	95	100
	Bàn chân đổ ngoài	95	100
	Ngắn chi	91	95,78
	Bầm tím	38	40
Phân loại gãy theo Garden	II	8	8,42
	III	46	48,42
	IV	41	43,16
	V	30	31,57
Mức độ loãng xương theo Singh	III	30	31,57
	IV	54	56,84
	V	8	8,42
	VI	3	3,17
Phân độ ASA	I	30	31,58
	II	21	22,11
	III	44	46,32

Nhận xét: Trong nghiên cứu chủ yếu là loại gãy A2 theo phân loại AO chiếm 51,3%. Độ loãng xương từ độ II đến độ IV theo phân loại Singh, độ II chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,3%.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần

Bảng 3. Kết quả điều trị sau mổ

Đánh giá	Phân loại	n	%
Chiều dài hai chân sau mổ	Bằng nhau	77	81,05
	Chênh lệch $\leq 1,5$ cm	12	18,95
	Chênh lệch $> 1,5$ cm	0	0
Biến chứng sau phẫu thuật	Tử vong	0	0
	Nội khoa	0	0
	Nhiễm trùng	0	0
	Trật khớp	0	0
	Tổn thương thần kinh	0	0
Cần truyền máu	Có	46	48,42
	Không	49	51,58
Thời gian nằm viện	$16,33 \pm 5,93$ ngày		
VAS sau phẫu thuật	$5,69 \pm 1,13$		

Nhận xét: Bệnh nhân cần truyền máu sau phẫu thuật chiếm 48,42%. Điểm VAS sau phẫu thuật trung bình là $5,69 \pm 1,13$. Thời gian nằm viện trung bình là $16,33 \pm 5,93$ ngày. Không ghi nhận biến chứng nội, ngoại khoa sau phẫu thuật.

Bảng 4. Kết quả điều trị theo thang điểm Harris

Phân loại điểm Harris	Sau mổ 3 tháng	Sau mổ 6 tháng
Kém	26 (27,37%)	7 (7,37%)
Khá	29 (30,53%)	30 (31,58%)
Tốt	35 (36,84%)	44 (46,32%)
Rất tốt	5 (5,26%)	14 (14,74%)

Nhận xét: Phân loại kém và khá tại thời điểm sau mổ 3 tháng chiếm đa số với tổng tỉ lệ 57,90%. Phân loại tốt và rất tốt tại thời điểm sau mổ 6 tháng chiếm đa số với tổng tỉ lệ là 61,06%.

IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi mắc GCXD: Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $80,68 \pm 6,86$ trong đó nữ giới (70,53%) gấp hơn 2 lần so với nam giới (29,47%). Kết quả trên khá tương đồng với các nghiên cứu của: Tác giả Taylor với 66,25% nữ giới và độ tuổi trung bình trên 80¹, Trần Quang Sơn với 70% nữ giới và tỉ lệ nữ/nam là 2,3/1², các tác giả Nguyễn Kim Quang và Vũ Văn Khoa cũng ghi nhận tỉ lệ nữ giới cao trong điều trị TKHBP không xi măng lần lượt chiếm 71,5% và 94,5% đối tượng nghiên cứu³, nghiên cứu trong nước trên bệnh nhân TKHBP không xi măng điều trị GCXD của tác giả Vũ Trường Thịnh ghi nhận độ tuổi là $83,9 \pm 6,5$ tuổi, nhóm 80-89 chiếm tỉ lệ cao nhất với 65,7%⁴. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của GCXD (tuổi cao và tình trạng loãng xương) đặc biệt ở nữ giới khi quá trình mãn kinh có tác động làm giảm hấp thu, chuyển hóa các khoáng chất tạo xương đáng kể hơn so với nam giới.

Chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân nghiên cứu mắc ít nhất 1 bệnh lý nội khoa kèm theo với tỉ lệ 56,84%. Trong đó tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp nhất chiếm 37,89%, tiếp theo là đái tháo đường chiếm 24,21%, các bệnh lý khác như bệnh thận mạn, gout, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chiếm tổng tỉ lệ dưới 10%. Số bệnh nhân mắc 1 bệnh lý kèm theo chiếm tỉ lệ 36,84%, số bệnh nhân mắc từ 2 bệnh lý trở lên chiếm tỉ lệ 26,31%. Nghiên cứu của tác giả Öztürkmen cũng ghi nhận tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh lý kèm theo chiếm tỉ lệ cao nhất⁶. Nghiên cứu của Trần Quang Sơn ghi nhận 75,7% bệnh nhân có bệnh nội khoa kèm theo và tăng huyết áp là bệnh lý phổ biến nhất (71,4%)².

Nguyên nhân chấn thương trong nghiên cứu chủ yếu do tai nạn sinh hoạt với 97,89%, phù hợp với cơ chế thường gặp của bệnh.

Phân độ ASA III chiếm tỉ lệ cao nhất, 46,32%; ASA I và ASA II có tỉ lệ lần lượt là 31,58% và 22,11%. Kết quả trên khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Quang Sơn (phân độ ASA III chiếm 38,6%; tổng tỉ lệ ASA I và ASA II là 50%)² và của Langslet (ASA III chiếm tỉ lệ cao nhất, ASA I và ASA III có tổng tỉ lệ 44%)⁹. Tác giả Taylor lại ghi nhận phân độ ASA trung bình là 2,99¹. Từ các kết quả trên, đa số bệnh nhân GCXD được phẫu thuật TKHBP không xi măng có phân độ ASA III. Điều này

phản ánh ngoài bệnh lý chính cần điều trị là GCXD, những bệnh nhân này còn mắc thêm các bệnh lý khác cần sự kiểm soát ổn định, hợp lý để mang lại kết quả điều trị tốt nhất.

Phân độ Garden chủ yếu thuộc tít III và tít IV (>88%). Tỉ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Trần Quang Sơn trên 70 bệnh nhân là 88,9%², của Marya trên 29 bệnh nhân GCXD là 79,31%⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn bệnh nhân có chỉ số Singh từ III trở lên. Tuy nhiên chỉ số Singh chỉ có ý nghĩa tham khảo khi điều trị loãng xương ở người cao tuổi GCXD, thay vào đó T-score là công cụ thường được sử dụng trong việc đo mật độ xương và phân độ loãng xương. Trong nghiên cứu, nhiều bệnh nhân không được đo mật độ xương nên đây cũng là một hạn chế.

Về chức năng khớp háng: trung bình điểm sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng lần lượt là $74,50 \pm 11,62$ và $81,26 \pm 8,79$ điểm. Thay đổi điểm Harris giữa 3 tháng và 6 tháng trung bình là $6,77 \pm 5,68$ điểm; phân loại kém và khá tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng chiếm đa số với tổng tỉ lệ 58,33%. Phân loại kém và khá tại thời điểm sau mổ 3 tháng chiếm đa số với tổng tỉ lệ 57,90%. Phân loại tốt và rất tốt tại thời điểm sau mổ 6 tháng chiếm đa số với tổng tỉ lệ là 61,06%.

Bảng 5. So sánh kết quả trung bình điểm Harris giữa các nghiên cứu

Nghiên cứu	Điểm Harris trung bình		
	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Lần khám cuối
Lê Hữu Nam	$74,50 \pm 11,62$	$81,26 \pm 8,79$	Không ghi nhận
Prashanth ⁸	$78,5 \pm 6,5$	$82,5 \pm 6,2$	$85,3 \pm 5,8$
Langslet ⁹	$72,1 \pm 19,7$	Không ghi nhận	$86,2 \pm 14,1$
Marya ⁷	$72,46 \pm 12,94$	Không ghi nhận	$85 \pm 8,85$
Öztürkmen ⁶	Không ghi nhận	Không ghi nhận	84

Bảng 6. So sánh kết quả phân loại điểm Harris sau 6 tháng giữa các nghiên cứu

Nghiên cứu	Phân loại điểm Harris sau 6 tháng			
	Kém	Khá	Tốt	Rất tốt
Lê Hữu Nam	7,37%	31,58%	46,32%	14,74%
Nguyễn Thanh Hải ⁵	5,1%	12,8%	51,3%	30,8%
Trần Quang Sơn ²	5,4%	28,6%	37,5%	28,6%
Nguyễn Kim Quang ³	24,79%		75,21%	

Nhìn chung, kết quả về trung bình điểm Harris sau 3 tháng và 6 tháng của chúng tôi tương tự với kết quả trong nghiên cứu của các tác giả Prashanth, Langslet, Marya. Về phân loại điểm Harris sau 6 tháng, tất cả các kết quả đều có tỉ lệ chức năng khớp háng theo phân loại

điểm Harris tốt và rất sau 6 tháng đều trên 60%.

Kết quả trên còn cho thấy nhóm tuổi càng cao có trung bình điểm Harris sau 6 tháng càng thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi chỉ số p từng cặp một <0,05. Kết quả này phù hợp với kết quả của Nguyễn Kim Quang ở phân nhóm tuổi từ 80 trở lên, là nhóm tuổi cao nhất, có chức năng khớp háng sau 6 tháng theo phân độ tốt và rất tốt thấp nhất, phân độ khá và kém cao nhất³.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy phương pháp phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng có tỉ lệ phục hồi cao và ít để lại chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau điều trị giúp phẫu thuật viên có thêm lựa chọn điều trị cho các trường hợp bệnh nhân GCXD phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Taylor F, Wright M, Zhu M. Hemiarthroplasty of the hip with and without cement: a randomized clinical trial. JBJS. 2012;94(7):577-583.
2. Trần Quang Sơn, Phạm Văn Linh. Kết quả điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2018;15:35-42.
3. Nguyễn Kim Quang, Nguyễn Trung Kiên. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gãy cổ

xương đùi sau phẫu thuật thay khớp háng bán phần tại tỉnh An Giang năm 2020-2021. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2021;510(1):227-231.

4. Vũ Trường Thịnh, Trần Minh Long Triều và cộng sự. Mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng ở bệnh nhân cao tuổi gãy liên mẫu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022;151(3):42-52.
5. Nguyễn Thanh Hải, Trần Chiến. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi. Bản tin Y được học miền núi. 2016;4:80-84
6. Öztürkmen Y, Karamehmetoğlu M, Caniklioğlu M, İnce Y, Azboy I. Cementless hemiarthroplasty for femoral neck fractures in elderly patients. Indian journal of orthopaedics. 2008;42(1):56.
7. Marya S, Thukral R, Hasan R, Tripathi M. Cementless bipolar hemiarthroplasty in femoral neck fractures in elderly. Indian Journal of Orthopaedics. 2011;45:236-242.
8. Prashanth Y, Niranjan M. Comparative study of surgical management of fracture neck of femur with cemented versus uncemented bipolar hemiarthroplasty. Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR. 2017;11(2):RC17.
9. Langslet E, Frihagen F, Opland V, Madsen JE, Nordsletten L, Figved W. Cemented versus uncemented hemiarthroplasty for displaced femoral neck fractures: 5-year followup of a randomized trial. Clinical Orthopaedics and Related Research®. 2014;472:1291-1299.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Đức Minh¹, Vương Thị Duyên²,
Nguyễn Thị Thu Hiền², Phùng Thế Khang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Viêm phổi do vi khuẩn là bệnh gặp chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi, tuổi càng nhỏ thì mức độ bệnh càng nặng, tỉ lệ trẻ nam so với nữ là 1,8:1. Lý do chủ yếu của trẻ khi vào viện là ho (79,17%), sau đó đến khó thở (74,17%), sốt (70,83%) và các lý do khác (15%). Hầu hết trẻ đều có triệu chứng thở nhanh và có ran ở phổi. Tỉ lệ trẻ viêm phổi là 56,67%, trẻ viêm phổi nặng là 30%, và viêm phổi rất nặng là 13,33%.

Kết luận: Viêm phổi do vi khuẩn còn gặp nhiều ở trẻ dưới 5 tuổi, tuổi càng nhỏ mức độ bệnh càng nặng. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho, sốt, thở nhanh và có ran ở phổi.

Từ khóa: viêm phổi do vi khuẩn, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS OF BACTERIAL PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2024

Objective: Describe some clinical characteristics of bacterial pneumonia in children under 5 years old at Hai Duong Children's Hospital in 2024. **Subjects and research methods:** cross-sectional description, convenient sampling. **Results:** Bacterial pneumonia is a disease that occurs mainly in children under 5 years old, the younger the age, the more severe the disease, the ratio of boys to girls is 1.8:1. The main reason for children when admitted to the hospital is cough (79.17%), followed by difficulty breathing (74.17%), fever (70.83%) and other reasons (15%).

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Minh

Email: dr.ruandeming@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025