

cần sâu vùng răng trước.

Về mối liên quan giữa hướng mọc của răng khôn và khoảng xương sau RHL2 hàm dưới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Guo và cộng sự.⁶ Khoảng xương sau RHL2 hàm dưới có xu hướng lớn hơn ở người bệnh có răng khôn mọc thẳng so với người bệnh có răng khôn mọc lệch. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi so sánh khoảng sau ở hai nhóm người bệnh có răng khôn mọc bình thường và mọc lệch thì nghiên cứu của Guo so sánh khoảng sau RHL2 hàm dưới ở các nhóm người bệnh không có răng khôn, răng khôn mọc bình thường, răng khôn ngậm theo chiều ngang, theo chiều gần và theo chiều đứng. Nghiên cứu của Guo sử dụng phân loại 3 hướng mọc răng khôn của Hattab,⁷ còn nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại hướng mọc của răng khôn tương tự, trong đó nhóm mọc lệch bao gồm răng mọc lệch theo chiều ngang, gần và đứng. Guo cho rằng người bệnh có răng khôn mọc bình thường và răng khôn mọc ngậm theo chiều đứng có khoảng sau lớn hơn so với những trường hợp không có răng khôn, răng khôn mọc ngậm theo chiều ngang hoặc mọc ngậm theo chiều gần.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế về số lượng mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chưa nghiên cứu sự ảnh hưởng của giới tính và độ tuổi tới khoảng xương phía sau RHL2 hàm dưới. Các nghiên cứu trong tương lai nên chọn cỡ mẫu lớn hơn, đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm tuổi cũng như mối tương quan giữa sự xuất hiện của răng hàm lớn thứ ba với khoảng xương sau RHL2 hàm dưới.

V. KẾT LUẬN

Khoảng sau RHL2 hàm dưới trung bình có giá trị nhỏ nhất ở nhóm người bệnh góc cao, giá

trị này cao hơn ở nhóm trung bình và thấp. Hướng mọc của răng khôn cũng ảnh hưởng đến độ rộng của khoảng xương sau RHL2 hàm dưới, người bệnh có răng khôn mọc thẳng có khoảng xương sau lớn hơn người bệnh có răng khôn mọc lệch. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc di xa răng hàm thuận lợi hơn trên nhóm người bệnh góc thấp và trung bình. Đồng thời, nên khảo sát khoảng sau RHL2 hàm dưới trên phim Conebeam CT trước khi tiến hành thực hiện di xa trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Popa G, Bratu DC, Mihali SG, et al.** Evaluation of Upper Airway Width and Facial Height Cephalometric Parameters in Adult Caucasians with Skeletal Class I and Class III Malocclusion. *Medicina (Mex)*. 2025;61(3):463. doi:10.3390/medicina61030463
2. **Zhao Z, Wang Q, Yi P, et al.** Quantitative evaluation of retromolar space in adults with different vertical facial types: Angle Orthod. 2020;90(6):857-865. doi:10.2319/121219-787.1
3. **Liu K, Chu G, Zhang C, Yang Y.** Boundary of mandibular molar distalization in orthodontic treatment: A systematic review and meta-analysis. *Orthod Craniofac Res*. 2024;27(4):515-526. doi:10.1111/ocr.12778
4. **Horn AJ.** Facial height index. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1992;102(2):180-186. doi:10.1016/0889-5406(92)70031-5
5. **Hui VLZ, Xie Y, Zhang K, et al.** Anatomical limitations and factors influencing molar distalization. *Angle Orthod*. 2022;92(5):598-605. doi:10.2319/092921-731.1
6. **Guo X, Gao Y, Zhang F, et al.** Assessment of mandibular retromolar space in adults with regard to third molar eruption status. *Clin Oral Investig*. 2023; 27(2):671-680. doi:10.1007/s00784-022-04782-6
7. **Hattab FN, Alhaija ESJA.** Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption space. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;88(3):285-291. doi:10.1016/S1079-2104(99)70029-6

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN GÂY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI ĐƯỢC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NỆP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Võ Văn Triều¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Võ Trường Toản
Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Triều
Email: 4085435196@stu.vttu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.8.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025
Ngày duyệt bài: 30.10.2025

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gây kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả, trên 32 bệnh nhân gây kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật điều trị bằng phương pháp kết xương nẹp vis khóa được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến 03/2024. **Kết quả:** Đặc điểm

chung: Cơ chế: 93,8% chấn thương trực tiếp. Nguyên nhân: tai nạn giao thông chiếm 56,3%, tai nạn sinh hoạt chiếm 34,4%. Chi gãy: 56,2% chân trái, 93,8% bệnh nhân thuận chân phải. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Chi gãy: 56,2% chân trái, 93,8% bệnh nhân thuận chân phải. Phân loại theo AO: loại A 56,3%, loại C 31,3%. Đường gãy: trên lồi cầu 56,3%, liên lồi cầu 31,3%. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, gãy kín đầu dưới xương đùi, phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CLOSED FRACTURES OF THE LOWER HEAD OF THE FEMORAL BONE WHO RECEIVED SURGERY COMBINED WITH BONE FIXATION BY BRACING AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To study the clinical and paraclinical characteristics of patients with closed distal femoral fractures who underwent bone fixation surgery with a locking plate at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** A descriptive retrospective study design was conducted on 32 patients with closed distal femoral fractures who were treated by surgery with a locking plate and screw fixation method at Can Tho Central General Hospital from March 2021 to March 2024. **Result:** General characteristics: Mechanism: 93.8% direct trauma. Cause: Traffic accidents accounted for 56.3%, tai nạn sinh hoạt accounted for 34.4%. Fractured limb: 56.2% left leg, 93.8% right-footed patients. Clinical and paraclinical characteristics: Fractured limb: 56.2% left leg, 93.8% right-footed patients. Classification according to AO: type A 56.3%, type C 31.3%. Fracture line: above lồi cầu 56.3%, liên lồi cầu 31.3%. **Keywords:** clinical, paraclinical, closed fracture of distal femur, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi do chấn thương có cơ chế năng lượng cao thường gặp ở các bệnh nhân trẻ tuổi, giới nam (20 đến 35 tuổi) > 50% do tai nạn khi tham gia giao thông. Đây là chấn thương mạnh gây gãy khá phức tạp, phối hợp khá nhiều các tổn thương tại chỗ và tổn thương toàn thân [3],[4]. bệnh nhân cao tuổi thường gãy xương do cơ chế chấn thương có mức năng lượng thấp hay gặp do té ngã (thường có tình trạng loãng xương) nên sự liền xương gặp khá nhiều khó khăn [7]. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật điều trị bằng phương pháp kết xương nẹp

vis khóa được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương từ tháng 03/2021 đến 03/2024 có đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi do chấn thương, tuổi ≥ 16 tuổi. Bệnh nhân được phẫu thuật kết xương với nẹp vis khóa. Đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án, có phim Xquang trước và sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy hở hoặc có tổn thương nặng nề hay nhiễm khuẩn gối. Bệnh nhân gãy xương đùi ở chi đã có các di chứng (bại liệt, cứng gối). Bệnh nhân đã thất bại với điều trị bằng một phương pháp kết xương khác. Bệnh nhân có bệnh xương khớp: hư khớp, thấp khớp, lao xương,... Gãy xương đùi bệnh lý. Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật vì có bệnh lý mạn tính (tim mạch, huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản...). Bệnh nhân không hợp tác.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương từ tháng 03/2021 đến 03/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{1-p}{2} \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,1$.

- p: tỷ lệ nắn chỉnh xương thành công dự kiến, dựa vào nghiên cứu của Mai Thanh Hải và cộng sự (2024), tỷ lệ kết quả nắn xương sớm sau mổ đạt rất tốt và tốt chiếm 90,9% nên chúng tôi chọn p là 0,909 [2]. Thay vào công thức trên: $n \approx 31,77$ bệnh nhân. Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 32 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis khóa được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương từ tháng 03/2021 đến 03/2024 có đầy đủ thông tin thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của bệnh nhân: Nguyên nhân gãy xương, cơ chế chấn thương, chân gãy, bệnh lý nội khoa kèm theo.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: điểm đau, sưng nề, cử động bất thường, lạo xạo xương, biến dạng chi, tổn thương thần kinh-mạch máu, hình thái gãy, vị trí gãy, phân loại gãy theo AO.

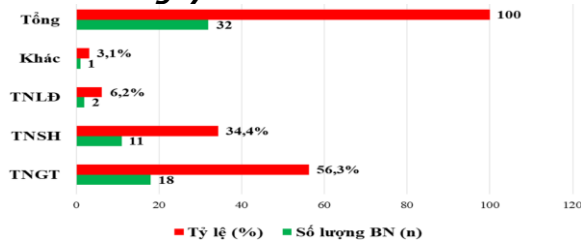
Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 và Excel 2013. Các chỉ tiêu định tính được tính toán theo tỷ lệ phần trăm (%). Các chỉ tiêu định lượng được tính toán theo giá trị trung bình. Các chỉ tiêu được so sánh, sự khác biệt kiểm định ý nghĩa thống kê bằng test Chi-Square (χ^2). Chấp nhận độ tin cậy 95% hay các phép so sánh được kết luận có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0.05$.

2.3. Y đức: Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của nhà trường. Đảm bảo giữ bí mật riêng tư và các thông tin liên quan đến bệnh nhân. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật. Đảm bảo giá trị văn hóa, phong tục tập quán của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

3.1.1. Nguyên nhân



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân gây xương

Nhận xét: Nguyên nhân gây gãy kín đầu dưới xương đùi ghi nhận gồm tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, tai nạn khác. Đa số bệnh nhân gãy xương có nguyên nhân là tai nạn giao thông với 18/32 bệnh nhân chiếm 56,3%, tiếp theo đứng thứ hai là nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt với 11/32 bệnh nhân chiếm 34,4%. Nguyên nhân do tai nạn lao động gây gãy xương ở 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 6,2%, chiếm thấp nhất là nguyên nhân do tai nạn thể thao với 1 bệnh nhân chiếm 3,1%.

3.1.2. Cơ chế: Đa số bệnh nhân có cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm với 30/32 bệnh nhân chiếm 93,8%, cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm thấp hơn với 2/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 6,2%. Không có bệnh nhân nào có cơ chế chấn thương phối hợp.

3.1.3. Chân gãy – Chân thuận

Bảng 3.1. Phân bố chân thuận

Chân thuận	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chân phải	18	56,2
Chân trái	14	43,8
Tổng	32	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chân thuận là chân phải với 18/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ

56,2%, số bệnh nhân thuận chân trái ít gặp hơn với 14/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 43,8%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố chân gãy

Nhận xét: Số bệnh nhân bị gãy kín đầu dưới xương đùi bên phải chiếm nhiều hơn với 18/32 bệnh nhân chiếm 56,2%, số bệnh nhân bị gãy đùi trái gặp ít hơn với 14 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 43,8%.

3.1.4. Bệnh lý nội khoa kèm theo

Bảng 3.2. Bệnh lý nội khoa kèm theo

Bệnh kèm theo		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	Có	1	3,1
	Không	31	96,9
Tim mạch	Có	5	18,5
	Không	27	81,5
Khác	Có	2	6,2
	Không	30	93,8
Tổng		32	100

Nhận xét: Các bệnh nền kèm theo được chia thành 3 nhóm với bệnh lý đái tháo đường, bệnh tim mạch và các bệnh lý khác. Bệnh nhân mắc bệnh nền kèm theo nhiều nhất là bệnh lý tim mạch với 5 bệnh nhân chiếm 18,5%, bệnh lý đái tháo đường có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,1%, các bệnh lý nền mạn tính khác (bệnh lý thần kinh) được ghi nhận là 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm đau chói	Có	32	100,0
	Không	0	0
Sưng nề	Có	32	100,0
	Không	0	0
Cử động bất thường	Có	9	28,1
	Không	23	71,9
Lạo xạo xương	Có	7	21,9
	Không	25	78,1
Biến dạng chi	Có	32	100,0
	Không	0	0
Tổn thương TK – mạch máu	Có	0	0
	Không	32	100,0
Tràn máu khớp gối	Có	14	43,8
	Không	18	56,2
Tổng		32	100

Nhận xét: Triệu chứng sưng nề, ấn có điểm

đau chói và biến dạng chi gãy có 100% bệnh nhân có kết quả dương tính. Dấu hiệu cử động bất thường ghi nhận (+) ở 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 28,1%. Dấu hiệu lạo xạo xương (+) gặp thấp hơn với 7 bệnh nhân chiếm 21,9%. Dấu hiệu tràn máu khớp gối ghi nhận được ở 14 bệnh nhân chiếm 43,8%. Dấu hiệu tổn thương thần kinh – mạch máu không ghi nhận bệnh nhân nào.

3.2.2. Tổn thương phổi hợp

Bảng 3.4. Tổn thương phổi hợp

Tổn thương phổi hợp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	2	6,2
Không	30	93,8
Tổng	32	100

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương phổi hợp kèm theo gãy đầu dưới xương đùi là 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 6,2%. Theo đó, cả 2 bệnh nhân có tổn thương phổi hợp đều ghi nhận là vết thương phần mềm. Đa số bệnh nhân không có chấn thương kèm theo với 93,8%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

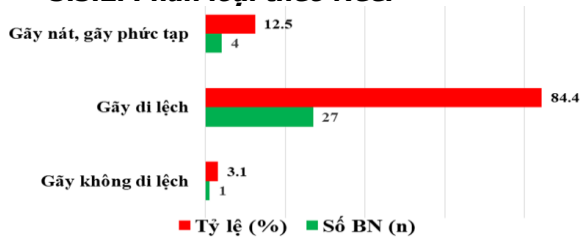
3.3.1. Theo hình thái gãy

Bảng 3.5. Hình thái gãy

Hình thái gãy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy trên lồi cầu	18	56,3
Gãy liên lồi cầu (gãy phức tạp)	10	31,3
Gãy lồi cầu trong hoặc ngoài	4	12,4
Tổng	32	100

Nhận xét: Đường gãy trên lồi cầu chiếm nhiều nhất với 18/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56,3%, gãy liên lồi cầu có 10/32 bệnh nhân chiếm 31,3%, gãy đơn thuần lồi cầu trong hoặc lồi cầu ngoài có 4/32 bệnh nhân chiếm 12,4%.

3.3.2. Phân loại theo Neer



Biểu đồ 3.4. Vị trí gãy

Nhận xét: Đa số bệnh nhân thuộc nhóm gãy có di lệch với 27/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 84,4%. Nhóm gãy nát, gãy phức tạp có 4/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,5%, loại gãy không di lệch chỉ có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,1%.

3.3.3. Phân loại theo AO

Bảng 3.61. Phân loại gãy theo AO

Hình thái gãy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
A	18	56,3
B	4	12,4

C	10	31,3
Tổng	32	100

Nhận xét: Phân loại theo AO ghi nhận chiếm nhiều nhất là loại A với 18/32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56,3%, tiếp theo là loại C với 10 bệnh nhân chiếm 31,3%, chiếm thấp nhất là gãy loại B với 4 bệnh nhân chiếm 12,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Nguyên nhân. Đa số bệnh nhân gãy xương có nguyên nhân là tai nạn giao thông chiếm 56,3%, tiếp theo đứng thứ hai là nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm 34,4%. nghiên cứu của Hoàng Ngọc Minh [7] ghi nhận tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân chiếm cao nhất, chiếm 50%, do tai nạn giao thông chiếm 44,4% và do tai nạn lao động chiếm 5,6%.

4.1.2. Cơ chế. Cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm đa số với 93,8%, cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm thấp hơn chiếm tỷ lệ 6,2%. Không có bệnh nhân nào có cơ chế chấn thương phổi hợp của Đinh Trung Hiếu và cộng sự [3] ghi nhận đa số bệnh nhân trong độ tuổi lao động, nguyên nhân đa số là tai nạn giao thông với cơ chế trực tiếp chiếm tỉ lệ cao với 72%.

4.1.3. Đùi gãy. Bệnh nhân bị gãy kín đầu dưới xương đùi bên phải chiếm 56,2%, số bệnh nhân bị gãy đùi trái gặp ít hơn chiếm tỷ lệ 43,8% và đa số bệnh nhân có chân thuận là chân phải chiếm tỷ lệ 56,2% của Hoàng Ngọc Minh [7] thì gãy đầu dưới xương đùi bên trái có 55,6% cao hơn xương đùi bên phải với 44,4%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng sưng nề, ấn có điểm đau chói và biến dạng chi gãy có 100% bệnh nhân có kết quả dương tính. Dấu hiệu cử động bất thường chiếm tỷ lệ 28,1%. Dấu hiệu lạo xạo xương (+) chiếm 21,9%. Dấu hiệu tràn máu khớp gối ghi nhận được ở 43,8% bệnh nhân của Quế Văn Huy và cộng sự [5] ghi nhận hầu hết các bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi đều có các đặc điểm lâm sàng của gãy xương nói chung, đau chói 100%, sưng nề và bầm tím vùng dưới đùi và gối sau chấn thương 100%, biến dạng chi, bàn chân đỏ ngoài 100%, dấu hiệu cử động bất thường khám được là 33,33%.

4.2.2. Phân loại. Áp dụng phân loại AO đánh giá các bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi chúng tôi ghi nhận chiếm nhiều nhất là loại A với 56,3%, tiếp theo là loại C chiếm 31,3%, chiếm thấp nhất là gãy loại B với 12,4%. Đường gãy trên lồi cầu chiếm nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 56,3%, gãy liên lồi cầu 31,3%, gãy đơn thuần lồi cầu

trong hoặc lõi cầu ngoài chiếm 12,4%. Theo Trần Đình Chiển và cộng sự [1] thì gãy đầu dưới xương đùi loại A chiếm 44,8%; Loại C chiếm 37,9%, không có bệnh nhân nào loại B. Trương Trí Hữu và cộng sự [6] ghi nhận gãy đầu dưới xương đùi loại C theo AO chiếm đa số với 30/34 bệnh nhân (88,2%) với (loại C1 có 6 bệnh nhân chiếm 17,6%, loại C2 có 14 bệnh nhân chiếm 41,2% và loại C3 có 10 bệnh nhân chiếm 29,4%).

Qua phân tích kết quả các nghiên cứu nhận thấy gãy loại A và loại C trong các nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao, gãy loại B chiếm tỷ lệ thấp nhất. Một số tác giả nhận xét gãy loại C chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân do tai nạn giao thông với lực chấn thương lớn, xương gãy phức tạp, hay gặp ở người trẻ. Gãy loại A chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân do tai nạn sinh hoạt bị ngã, hay gặp ở người cao tuổi, thưa xương, loãng xương. Các nghiên cứu trong và ngoài nước khác cũng ghi nhận kết quả tương đồng với gãy đầu dưới xương đùi loại A và C là thường gặp nhất. Gãy loại A là gãy vùng chuyển tiếp giữa vùng thân xương đùi và vùng xương xóp đầu dưới xương đùi, đây là vùng yếu, dễ tổn thương khi có lực tác động đặc biệt trên những bệnh nhân lớn tuổi có giảm mật độ xương. Gãy loại C là gãy xương phức tạp, thường do lực chấn thương lớn.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung: Cơ chế: 93,8% chấn thương trực tiếp. Nguyên nhân: tai nạn giao thông chiếm 56,3%, tai nạn sinh hoạt chiếm 34,4%. Chi gãy: 56,2% chân trái, 93,8% bệnh nhân thuận chân phải. Đặc điểm lâm sàng, cận

lâm sàng: Chi gãy: 56,2% chân trái, 93,8% bệnh nhân thuận chân phải. Phân loại theo AO: loại A 56,3%, loại C 31,3%. Đường gãy: trên lõi cầu 56,3%, liên lõi cầu 31,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đình Chiển, Nguyễn Đăng Long, Đỗ Đức Bình (2014)**, "Đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy ĐDXĐ bằng kết hợp xương bên trong tại BVQY 103", Tạp chí Y Dược học Quân sự, HVQY, 4: 107-112.
2. **Mai Thanh Hải, Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Trọng Nghĩa (2024)**, "Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa ở người trưởng thành tại Bệnh viện Bãi Cháy", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 534, tháng 1, số 1B/2024, tr. 96 - 100.
3. **Đinh Trung Hiếu, Đàm Văn Cường (2018)**, "Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 16/2018.
4. **Ngô Quốc Hoàn, Nguyễn Ngọc Toàn, Ngô Anh Dương và Cs (2017)**, "Đánh giá kết quả gãy kín đầu dưới xương đùi bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa". Tạp chí Y học Thực hành, 7 (1050): 61 – 63.
5. **Quế Văn Huy, Nguyễn Xuân Thùy, Vũ Văn Khoa, Vũ Trường Thịnh (2021)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có sự hỗ trợ của màn tăng sang", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 509, tháng 12, số 2/2021.
6. **Trương Trí Hữu, Nguyễn Thanh Huy (2014)**, "Đánh giá kết quả bước đầu điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa". Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, số đặc biệt, 178 – 181.
7. **Hoàng Ngọc Minh (2021)**, "Nghiên cứu khả năng cố định ổ gãy trên thực nghiệm và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi người lớn bằng nẹp khóa", Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PARKINSON ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ĐỊNH

Lê Thị Vân¹, Phạm Thị Thúy Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Định năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, bộ công cụ được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tuổi

trung bình của người bệnh là 68,59±9,53, đa số ở giai đoạn 2 và 3 (tương ứng 34,5% và 48,5%). 87,5% ĐTNC có triệu chứng khởi phát là run, 65,5% có triệu chứng giảm vận động, đa số các bệnh nhân khởi phát 1 bên (93%) và tay là vị trí bị ảnh hưởng đầu tiên (86%). Các triệu chứng phổ biến trong nhóm đối tượng nghiên cứu là run (93,5%), tăng trương lực (82%) và tăng phản xạ gân xương (84,5%), dáng đi bất thường (68%). Các triệu chứng rối loạn ý thức, giảm phản xạ gân xương, thất ngôn chiếm tỷ lệ dưới 10%. Điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu theo thang PDQ-39 đạt 39,96±2,08 điểm. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson có 28,5% ảnh hưởng thấp, 36,5% ảnh hưởng trung bình, 33% ảnh hưởng nghiêm trọng và

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân

Email: lethivan@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025