

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẠP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phạm Thanh Tùng*, Nguyễn Đình Phong*
Lê Thanh Hùng*, Trần Việt Hảo*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả, biến chứng kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi. **Đối tượng và phương pháp:** 42 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi được điều trị bằng kết hợp xương nẹp khóa từ 2017-2020 tại Bệnh viện TWQĐ 108. **Kết quả:** có 12 nam và 30 nữ với tuổi trung bình là 59.93 (từ 16-84). 76,19 % BN có tổn thương thuộc loại A1 và A3, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. 32 bệnh nhân được đánh giá kết quả xa, thời gian theo dõi trung bình là 18.6 tháng (từ 12 -36 tháng). Biên độ vận động khớp gối > 125° ở 26 bệnh nhân, 5 bệnh nhân có biên độ vận động 100°- 125°, 1 bệnh nhân có biên độ vận động từ 90°- 99°. 96.88 % bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt. Tỷ lệ liền xương đạt 100 %. **Kết luận:** Điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khóa đạt kết quả khả quan. Kết hợp xương nẹp khóa có thể áp dụng được với hầu hết các loại gãy kín đầu dưới xương đùi nhất là bệnh nhân tuổi cao có loãng xương.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương đùi, nẹp khóa, gãy kín

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED FRACTURES AT DISTAL FEMUR USING LOCKING COMPRESSION PLATES IN 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

Aims: To evaluate the outcome and the complications of the treatment of closed distal femoral fractures using locking plates. **Material and methods:** We studied 42 closed distal femoral fractures treated with distal femoral locking plates between 2017 to 2020 in the central military 108 hospitals. **Results:** there were 12 men and 30 women with a mean age of 59.93 years (range 16–84). 76.19 % were of types A1, A3, and the main cause was traffic accidents. Of the 32 patients who had late result evaluation, the mean follow-up period was 18.6 months (range 12–36): in terms of knee joint function ROM >125° was noted in 26 patients, 100°–125° in 5 patients and 90°–99° in 1 patient, 96.88% of patients had good/excellent outcome. The union rate was 100%. **Conclusion:** Surgical management for closed distal femoral fracture with locking plates achieves optimal outcomes. Locking plates can be applied for most of the closed distal femoral fractures, especially for the elder with osteoporosis.

*Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Tùng
Email: tungctch108@gmail.com
Ngày nhận bài: 4/1/2022
Ngày phản biện khoa học: 25/1/2022
Ngày duyệt bài: 5/2/2022

Keywords: Distal femoral fractures; Locking plate; Closed fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi là gãy gần khớp, phạm khớp gối khó bất động vững, có nguy cơ cứng khớp gối. Điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương đùi đã cho thấy rõ nhược điểm khó nắn chỉnh hết di lệch, liền lệch và cứng khớp. Ngày nay, gãy kín đầu dưới xương đùi ở người lớn thường có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bên trong với các phương pháp khác nhau để đạt được mục tiêu chỉnh hết di lệch, cố định vững chắc ổ gãy, cho phép tập vận động sớm khớp gối. Mỗi phương pháp kết hợp xương đều có ưu nhược điểm khác nhau. Giữa những năm thập niên 90 với sự phát triển và ứng dụng của nẹp khóa đã cho thấy tính ưu việt của nẹp khóa khi kết hợp xương cho những vùng đầu xương và những ổ gãy phức tạp. Từ năm 2011, Viện Chấn Thương Chính Hình – Bệnh viện TWQĐ 108 đã nghiên cứu ứng dụng, triển khai kết hợp xương gãy kín đầu dưới xương đùi bằng loại nẹp khóa chuyên biệt của đầu dưới xương đùi. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả chức năng, các biến chứng của bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi được điều trị bằng kết hợp xương nẹp khóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 42 BN gãy kín ĐDXĐ đùi do chấn thương, tuổi: 16-83 (TB: 53,93), được kết hợp xương nẹp khóa tại BVTWQĐ 108 từ 02/2017 - 11/2020. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 16 trở lên, gãy kín ĐDXĐ do chấn thương, đã kết hợp xương bằng nẹp khóa, đủ hồ sơ bệnh án, có phim X-quang trước và sau phẫu thuật.

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

2.3. Kỹ thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa

Chuẩn bị bệnh nhân

- + Giải thích cho BN hiểu rõ về mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể có.
- + Nếu khớp gối sưng nề lớn, tiến hành chọc hút dịch khớp gối kết hợp với cố định bằng bột.
- + Dùng kháng sinh, giảm đau, giảm nề.
- + Nếu phù nề nhiều thì kéo liên tục, khi giảm phù nề mới phẫu thuật.

+ Nếu ổ gãy phức tạp thì chụp CT-Scanner để xác định tổn thương.

Chuẩn bị dụng cụ

- + Chọn bộ nẹp khóa đầu dưới xương đùi
- + Các xương xấp đường kính 6,5mm.
- + Đinh Kirschner.

Phương pháp vô cảm: Gây tê tủy sống bằng Marcain 0,5%.

Kỹ thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa

Áp dụng kỹ thuật kết hợp xương theo AO.

Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa có kê đệm dưới khoeo một gối nhỏ.

Kỹ thuật mổ: Thị 1: Rạch da. Sử dụng đường mổ bên ngoài với những gãy đơn giản và đường mổ trước ngoài với những trường hợp gãy phức tạp, phạm khớp, khó nắn chỉnh.

Thị 2: Bộc lộ và nắn chỉnh ổ gãy

+ Sau khi bộc lộ ổ gãy, tiến hành bơm rửa, lấy máu tụ trong khớp và bề mặt ổ gãy, kiểm tra tổn thương dây chằng chéo trước, chéo sau và sụn chêm. Sắp đặt lại các mảnh xương về vị trí giải phẫu.

+ Các lồi cầu được nắn chỉnh trong tư thế gối gấp 90°. Nắn chỉnh các mảnh vỡ lồi cầu phải khớp với nhau, phục hồi tối đa mặt khớp lồi cầu đùi- mâm chày và lồi cầu đùi - xương bánh chè. Cố định bằng đinh kirschner, vít xấp.

Thị 3: Kết xương nẹp khóa

+ Đặt nẹp đồng thời nắn chỉnh hết các di lệch gập góc ra trước và ra sau. Bờ trước và bờ sau nẹp khóa song song với phần lồi rộng của các khối lồi cầu trước và sau. Đầu thấp nhất của nẹp xuống sát chỗ bám của bao khớp phía trên bờ sụn. Mặt ngoài của khối lồi cầu nghiêng 1 góc 10° với mặt phẳng dọc nên nẹp sẽ hơi nằm nghiêng ra phía trước so với thân xương.

+ Sau khi nắn chỉnh, đặt nẹp khóa, xuyên hai đinh kirschner qua hai lỗ nhỏ trên nẹp để cố định tạm thời nẹp khóa vào xương đùi, khoan bắt 1 - 2 vít xương cứng để ép sát nẹp vào thân xương, khoan theo dụng cụ định hướng và bắt các vít khóa theo hướng đã định trước. Mỗi đầu bắt từ 3 - 4 vít khóa, đầu ngoài vì phải bắt bằng các vít khóa dành riêng cho xương xấp.

Thị 4: Đóng vết mổ

+ Kiểm tra độ vững chắc của kết hợp xương, biên độ vận động thụ động của khớp gối trên bàn mổ.

+ Tháo Garo, cầm máu kỹ. Bơm rửa ổ gãy, cắt lọc tổ chức dập nát.

+ Khâu phục hồi bao khớp, dây chằng bên ngoài nếu có tổn thương.

+ Dẫn lưu kín ngoài khớp.

+ Phục hồi các lớp cân và da.

Điều trị sau mổ

*Chăm sóc sau mổ

+ Sau mổ cho BN gác chân lên giá Braun tư thế gấp gối khoảng 45°.

+ Dùng kháng sinh dự phòng

+ Thay băng kỳ đầu và rút dẫn lưu sau 48h.

*Tập vận động sau mổ: Vận động thụ động và chủ động.

+ Tập vận động thụ động: Tập ngay sau mổ ngày thứ 3 nếu không có chống chỉ định do các tổn thương kết hợp. Tập gấp duỗi gối không tăng dần.

+ Tập có tỳ nén nhẹ lên chi có tổn thương sau 3 - 4 tuần, bằng 2 nạng hoặc có người trợ giúp. Sau 6 - 8 tuần chụp lại phim X-quang kiểm tra, nếu ổ gãy đã có can xương độ 2 thì cho tỳ nén mạnh hơn lên chi gãy (chuyển sang đi một nạng).

+ Tập tỳ nén toàn bộ cơ thể khi ổ gãy có can xương độ 3.

2.4. Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả gần dựa vào tiến triển của vết mổ và kết quả chỉnh trục xương sau mổ kết xương theo tiêu chuẩn đánh giá của Larson - Bostman.

Đánh giá kết quả xa với thời gian theo dõi sau mổ tối thiểu là 12 tháng. Các tiêu chí đánh giá kết quả xa gồm:

+ Tình trạng sẹo.

+ Tình trạng liền xương trên phim X-quang.

+ Kết quả phục hồi chức năng chi thể sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Roy Sanders gồm: tình trạng đau tại chỗ khi đi lại, biên độ vận động của khớp gối, tình trạng lệch trục chi, ngấn chi, khả năng đi bộ, lên cầu thang và mức độ phục hồi khả năng làm việc.

Tổng hợp đánh giá theo bốn mức: Rất tốt, tốt, trung bình và kém.

*Rất tốt: + Sẹo mổ nhỏ, mềm mại không dính xương, không viêm rò.

+ X-quang: Ổ gãy liền xương vững chắc không di lệch.

+ PHCN theo Sanders R. đạt từ 36 - 40 điểm.

*Tốt:

+ Tiêu chuẩn về phần mềm giống mức rất tốt.

+ X-quang: Ổ gãy đó liền xương hết di lệch hặc còn di lệch ít ở mức độ cho phép (gấp góc vào trong hay ra sau < 10°, gấp góc ra trước hay ra ngoài < 5°).

+ PHCN theo Sanders R. đạt từ 26 - 35 điểm.

*Trung bình: + Sẹo mổ nhưng có thể dính xương một phần hoặc sẹo phì đại.

+ X-quang: Ổ gãy đó liền xương, có thể khuyết xương, ổ gãy còn di lệch nhiều hơn mức

độ cho phép.

+ PHCN theo Sanders R. đạt từ 16 - 25 điểm.

*Kém: + Sẹo mổ xấu dính xương, hoặc có viêm rò mủ kéo dài.

+ X-quang: Ổ gãy không liền xương hoặc liền xương giống như ở mức độ trung bình kèm theo di lệch xoay nhiều ảnh hưởng đến chức năng.

+ PHCN theo Sanders R. đạt dưới 15 điểm.

2.5. Xử lý số liệu. Việc thống kê và xử lý số liệu, kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2019 và SPSS16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tuổi và giới. Có 42 BN tuổi từ 16 đến 83, trung bình là 53,83 ± 18,82 tuổi. Nam/Nữ = 12/ 30 BN. Tuổi từ 16-17 có 2 BN, tuổi từ 18-40 có 9 BN, tuổi từ 61-70 có 9 BN, tuổi từ 70- 83 có 8 BN.

3.2. Nguyên nhân gãy xương. Nguyên nhân hàng đầu là TNGT và TNSH với 35/42 BN (83,34%), trong đó nguyên nhân do TNGT gặp chủ yếu ở độ tuổi dưới 70 với 18 BN (42,86%), do TNSH gặp chủ yếu ở những BN trên 70 tuổi với 7 BN (16,66%). Nguyên nhân do TNLD có 7/42 BN (16,66%)

3.3. Phân loại gãy xương theo AO – ASIF

Bảng 1. Phân loại gãy xương theo AO

Loại gãy		Số BN	Tỷ lệ (%)
Nhóm A	A1	18	42,86
	A2	5	11,90
	A3	14	33,33
Nhóm C	C1	2	4,76
	C2	3	7,15
	C3	0	0,00
Cộng		42	100,00

Có 37/42 BN gãy loại A chiếm tỷ lệ 88,10%, trong đó cao nhất là loại A1 với 18/42 BN (42,86%) và loại A3 với 14/42 BN (33,33%). Không có BN nào trong nghiên cứu gãy loại B đơn thuần. Chỉ có 5/42 BN gãy loại C chiếm tỷ lệ 11,91%, trong đó cao nhất là loại C2 với 3/42 BN (7,15%).

3.4. Điều trị phẫu thuật bằng kết xương nẹp khóa

3.4.1. Thời điểm phẫu thuật. Các BN chủ yếu được phẫu thuật từ ngày thứ 3 - 7 sau tai nạn với 23/42BN (54,76%). Bên cạnh đó, 15/42 BN được phẫu thuật trong 48 giờ sau tai nạn (35,71%), chỉ có 4/42 BN (9,52%) được phẫu thuật từ 8 – 14 ngày sau tai nạn.

3.4.2. Đường mổ. Đường mổ bên ngoài được sử dụng cho 26/42 BN (61,90%), trong đó chủ yếu là cho gãy loại A1 với 18 BN, loại A2 với 3 BN, loại A3 với 5 BN. Đường mổ trước ngoài chỉ được sử dụng cho 16/42 BN (38,10%), trong

đó chủ yếu cho gãy loại A với 11 BN, ngoài ra có 5 BN loại C. Đây là đường mổ rộng, dễ bộc lộ ổ gãy và dễ nắn chỉnh.

3.4.3. Kết quả điều trị

Kết quả gần. Có 40/42 BN liền vết mổ kỳ đầu (95,24%), chỉ có 02 BN bị nhiễm khuẩn nông vết mổ. Tất cả 42 BN (100%) kiểm tra trong mổ và X quang sau mổ đều cho thấy kết xương đạt yêu cầu. Tuy nhiên, có 28/42 BN hết di lệch (66,67%) và 14/42 BN di lệch ít (33,33%).

Kết quả xa

- Thời gian theo dõi: Trong 42 BN có 32 BN kiểm tra được kết quả xa với thời gian theo dõi trên 12 tháng (76,12%). 10 BN có thời gian theo dõi dưới 1 năm. Thời gian theo dõi trung bình là 18,6 tháng

- Tình trạng sẹo mổ: 32/32 BN có sẹo mổ mềm mại, không dính xương, không viêm rò.

- Kết quả liền xương: Các BN theo dõi kết quả xa ổ gãy đều liền xương tốt.

- Biên độ vận động khớp gối

+ Gập gối: 26/42 BN (81,25%) gập gối trên 125°, 5 BN (15,63%) gập gối từ 100°-125°, 1 BN (3,12%) gập gối từ 90°-99°.

+ Duỗi gối: 32 BN đều đạt duỗi tối đa về 0°. 4/32 BN (12,50%) biến dạng gập góc, trong đó: 3 BN gập góc dưới 10°, 01 BN gập góc 10° - 15°.

- Biến chứng: Liền lệch: 12,61%. Không gập ngăn chi, khớp giả.

- 84,38% BN đi lại bình thường; 15,63% hạn chế đi lại.

Kết quả chung sau phẫu thuật. Kết quả rất tốt và tốt là 96,88%; trung bình là 3,12%; không có BN có kết quả kém. Các BN ≤60 tuổi đều cho kết quả rất tốt 21/32 BN (65,63%). Trong số các BN >60 tuổi, có 7 BN đạt rất tốt, 3 BN đạt tốt, 01 BN đạt trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi, giới: Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 59,93 ± 18,82, cao hơn so với thống kê của (Nguyễn Hồng Dương [1], Bùi Mạnh Hà [2], Đỗ Duy Trung, Thân Trọng Đoàn (2004) [4] (p<0,05), do đa số BN của nghiên cứu này là người có tuổi trên 60. Tỷ lệ BN nam/nữ là 12/30. Ở tuổi trên 60 BN nữ thường thừa xương loãng xương nên dễ gãy đầu dưới xương đùi hơn nam giới.

Về nguyên nhân: Nguyên nhân TNSH và TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất (42,86 và 40,48%). Tỷ lệ TNGT của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác như Thân Trọng Đoàn (63,30%), Bùi Mạnh Hà [2] (86,84%), Đỗ Duy Trung [3] (66,67%)... với (p<0,05). Nguyên nhân có lẽ do

trong nghiên cứu của chúng tôi số BN trên 60 tuổi nhiều hơn.

Về thời điểm phẫu thuật: Chỉ tiến hành phẫu thuật khi phần mềm đã ổn định, đỡ sưng nề: 15 BN được phẫu thuật trước 48 giờ, 23 BN được phẫu thuật ở tuần thứ nhất, 04 BN được phẫu thuật ở tuần thứ 2.

Về đường mổ: Lựa chọn đường mổ trước ngoài và đường mổ ngoài tùy vào từng BN cụ thể, tính chất đường gãy. Với đường gãy phức tạp liên lõi cầu thường dùng đường mổ trước ngoài để có thể bộc lộ rộng và nắn chỉnh ổ gãy lõi cầu thuận tiện hơn.

Về lựa chọn phương tiện kết hợp xương nẹp khóa

- **Ưu điểm:** Cố định rất vững chắc, không áp sát xương, bảo vệ lớp cốt mạc, quá trình liền xương tốt hơn, cấu trúc nẹp - xương chịu lực dàn đều, tránh quá tải, có thể sử dụng ở dạng bắc cầu qua ổ gãy, vững chắc trong các trường hợp thưa xương, loãng xương, đặt nẹp và cố định các mảnh gãy dễ dàng, cho phép BN tập vận động sớm sau mổ, PHCN và giảm các biến chứng.

- **Hạn chế:** Hướng các vít cố định nên nhiều trường hợp không thể điều chỉnh để bắt vào các mảnh rời theo ý muốn, giá thành còn cao, các trường hợp gãy thân xương đơn giản, chất lượng xương còn tốt thì chỉ định dùng nẹp khóa là tương đối.

Về kỹ thuật kết hợp: Đối với gãy đầu dưới xương đùi loại gãy phức tạp trên lõi cầu hoặc liên lõi cầu hay loại gãy kết hợp cần sử dụng các phương tiện kết hợp xương nẹp khóa. Cần nắn chỉnh cố định các lõi cầu về đúng vị trí giải phẫu (đặc biệt trong nhóm gãy liên lõi cầu), bắt các vít xếp liên lõi cầu để giữ cho diện khớp đầu dưới xương đùi bằng phẳng, tạo điều kiện để cho việc đặt nẹp và bắt vít thuận lợi. Đối với các trường hợp đường gãy liên tục lên 1/3D xương đùi, đường gãy chéo vát hoặc chéo xoắn, khó nắn chỉnh, hoặc có mảnh rời, cần sử dụng thêm vòng chỉ thép để cố định các đầu gãy thêm vững chắc. Chú ý, cố gắng bóc cốt mạc tối thiểu, các vít đầu trung tâm có thể bắt vít qua da.

Vấn đề liền xương. Siliki nhận xét gãy xương vùng đầu dưới xương đùi rất dễ liền xương. Khi bất động tốt ổ gãy và kết xương vững chắc những trường hợp gãy TLC - LLC thì thời gian liền xương trung bình là 13,6 tuần. Shewring điều trị KHX bằng nẹp DCS cho 21 BN tất cả đều liền xương trong vòng 11,3 tuần (6 - 16 tuần). Bolhofner báo cáo 57 BN gãy loại A và C theo AO với thời gian liền xương là 10,7 tuần (8-16 tuần). Sie E. báo cáo 32 BN gãy đầu dưới

xương đùi điều trị bằng nẹp ộp lõi cầu với thời gian liền xương trung bình là 4 tháng (3 - 8 tháng). Dimitrov N. [6] thời gian liền xương là $3,4 \pm 1$ tháng với LISS. Nayak R. M. [7] báo cáo điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa cho 31 BN, thời gian liền xương trung bình là 3,7 tháng. Trong 42 BN của chúng tôi có 32 BN theo dõi trên 12 tháng, không có BN khớp giả, gãy nẹp.

Kết quả phục hồi giải phẫu chức năng. Kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối sau mổ được đánh giá theo Sanders R (1991). Kết quả này phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Trước mổ, trong mổ, sau mổ, trong đó tập vận động phục hồi chức năng là một trong những yếu tố quan trọng đưa lại kết quả tốt khi đã được KHX vững chắc. Có 32 BN (94,74%) gấp gối trên 100° , có 1 BN (5,26%) chỉ gấp gối dưới 100° . Khả năng gấp gối trung bình là 113° . So với kết quả của Supanich V. [8] với nẹp khóa là $114,81^\circ$, Bùi Mạnh Hà [2] với nẹp DCS là 106° , Nguyễn Hồng Dương [1] với nhiều phương tiện là $103,88^\circ$. Kết quả của chúng tôi tương đương với Supanich V ($p < 0,05$) [8], cao hơn Bùi Mạnh Hà [2], Bùi Hồng Dương ($p < 0,05$) [1], có lẽ do kết xương nẹp khóa vững chắc, BN được tập vận động sớm.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa là phương pháp điều trị có hiệu quả cao. Kết quả rất tốt và tốt là 96,88%; trung bình là 3,12%; không có BN có kết quả kém. Kết xương nẹp khóa giúp cố định vững ổ gãy, tỉ lệ liền xương cao, tập phục hồi chức năng sớm, tỉ lệ biến chứng thấp. Phương pháp này có hiệu quả tốt cho cả bệnh nhân cao tuổi loãng xương, đặc biệt là phụ nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Dương (2013), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín trên lõi cầu và liên lõi cầu xương đùi bằng kết xương bên trong tại Bệnh viện Quân y 103, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
2. Bùi Mạnh Hà (2009), Đánh giá kết quả điều trị gãy trên lõi cầu và liên lõi cầu xương đùi ở người lớn bằng nẹp DCS tại Bệnh viện 103, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
3. Đỗ Duy Trung (2009), Đánh giá kết quả điều trị gãy trên lõi cầu và liên lõi cầu xương đùi bằng nẹp ộp lõi cầu của AO tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y, Hà Nội.
4. Nagy H. M., El Mehry E., Issa K. (2007), "Buttress condylar plating in the treatment of intercondylar supracondylar fractures of the distal femur", Pan Arab J Ortho Trauma, 11, 26-34.
5. Hoffmann M. F., Jones C. B., Sietsema D. L., et al. (2013), "Clinical outcomes of locked plating of

- distal femoral fractures in a retrospective cohort", **6. Dimitrov N., Petrov D., Mratskova G., et al. (2015)**, "Less invasive stabilization system (liss) in the treatment of distal femur fractures", *Trakia Journal of Sciences*, 13(4), 57.
- 7. Nayak R. M., Koichade M. R., Umre A. N., et al. (2011)**, "Minimally invasive plate osteosynthesis using a locking compression plate

- for distal femoral fractures", *Journal of Orthopaedic Surgery*, 19(2), 185.
- 8. Supanich V. (2012)**, "Results of the Treatment of Type-C Distal Femoral Fractures using Four Different Implants: Condylar Blade Plate, Dynamic Condylar Screw, Condylar Buttress Plate, and Distal Femoral Locking Plate", *The Thai Journal of Orthopaedic Surgery*, 36 (1-2), 8-15.

TÌNH TRẠNG MẤT RĂNG VÀ NHU CẦU ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2020

Lê Thị Thu Hải¹, Lê Thị Thu Hà¹, Nguyễn Thị Hồng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng mất răng và nhu cầu điều trị phục hình của bệnh nhân trên 60 tuổi đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong năm 2020. Đối tượng: 125 bệnh nhân ≥60 tuổi đến khám và điều trị răng tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong năm 2020. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ mất răng chung là 85,6%, trong đó: 22,4% mất răng hàm trên, 26,2% mất răng hàm dưới, 51,4% mất răng cả hai hàm. Nhu cầu điều trị phục hình chủ yếu là phục hình nhiều đơn vị. Tỷ lệ người cao tuổi yêu cầu điều trị phục hình là 71,0%.

Từ khóa: Mất răng, nhu cầu phục hình, người cao tuổi.

SUMMARY

TOOTH LOSS AND DENTAL RESTORATION DEMAND OF THE ELDERLY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL IN 2020

Objectives: Describe tooth loss and demand for dental restoration of patients over 60 years of age who examined at 108 Military Central Hospital in 2020. **Subjects:** 125 patients aged ≥60 who examined at department of Odonto – Stomatology, 108 Military Central Hospital in 2020. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results and conclusions:** General tooth loss was 85,6%, in which 22,4% of cases had tooth loss at upper jaw, 26,2% at lower jaw, 51,4% at both jaws. The need for multiple – teeth replacement accounted for the highest percentage. The rate of dental restoration demand was 71,0%.

Keywords: Tooth loss, dental restoration demand, the elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở người cao tuổi, sức khỏe răng miệng đặc biệt quan trọng vì ngoài các bệnh toàn thân rất

để mắc phải thì các bệnh lý vùng miệng cũng có ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp đến dinh dưỡng, thể chất, tâm lý, giao tiếp và cuối cùng là làm giảm chất lượng cuộc sống [1]. Mất răng do bệnh sâu răng, bệnh vùng quanh răng, chấn thương khớp cắn... là một tình trạng thường thấy ở người cao tuổi, dẫn đến tình trạng trời răng, di lệch răng, tiêu xương ổ răng và làm giảm sức nhai. Từ đó ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe răng miệng, thẩm mỹ của nụ cười, khuôn mặt và sức khỏe nói chung của người cao tuổi [2].

Phục hình răng mất là một việc quan trọng giúp cải thiện chất lượng sống cho người cao tuổi. Tuy nhiên ở góc độ xã hội, các cơ sở chăm sóc người cao tuổi, các trung tâm, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi của chúng ta còn thiếu, phát triển còn chưa đồng bộ, thiếu quy hoạch và chưa đáp ứng yêu cầu về số lượng và chất lượng.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Mô tả tình trạng mất răng và nhu cầu điều trị phục hình của bệnh nhân trên 60 tuổi đến khám tại khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong năm 2020".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân trên 60 tuổi đến khám và điều trị răng tại khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020; không mắc bệnh cấp tính, tinh thần tỉnh táo và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

*Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hải

Email: lethuhai3009@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 22/1/2022

Ngày duyệt bài: 10/2/2022