

Diabetic Foot Care Guidelines
<http://www.foothealthfacts.org/footankleinfo/diabetic-guidelines.html> [Accessed 30 May 2014]

6 **American Diabetes Association**, Foot care
[http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/foot-complications/foot-](http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/foot-complications/foot-care.html)

[care.html](http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/foot-complications/foot-care.html) [Accessed 30 May 2014]

7 **Nguyễn Thị Bích Đào và Vũ Thị Là (2012)**. Kiến thức, thái độ, thực hành và hành vi tự chăm sóc bàn chân của người bệnh đái tháo đường type 2 khám và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2, 59-68.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐỒNG THỜI LIÊN MẪU CHUYỂN VÀ DƯỚI MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Xuân Thùy^{1,2}, Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Lâm Văn Long³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi ở người trưởng thành bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu không đối chứng trên 32 bệnh nhân trưởng thành gãy kín đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi được chỉ định kết hợp xương bằng nẹp vít khóa từ tháng 03 năm 2018 đến tháng 03 năm 2020 tại Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 41 đến 60 tuổi (50%), trong đó nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (71,9%); tai nạn giao thông là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%) và loại tổn thương gãy xương đơn thuần không kèm chấn thương cơ quan lớn kèm theo chiếm tỉ lệ cao nhất (90,6%). Kết quả chung tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 84,4%, trung bình là 12,5%, kém là 3,1%. **Kết luận:** Gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi ở người trưởng thành là tổn thương nặng, ảnh hưởng đến vận động khớp háng. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật và mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: Gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi.

SUMMARY

ASSESS THE TREATMENT OUTCOMES OF ORIF WITH LOCKING PLATE IN ADULT COMBINED INTERTROCHANTERIC AND SUBTROCHANTERIC FRACTURES IN VIET DUC HOSPITAL

Introduction: The study aims to assess the treatment outcomes of ORIF with locking plate in adult combined intertrochanteric and subtrochanteric

fractures in Viet Duc Hospital. **Subject and methodology:** This article is a retrospectively and prospectively descriptive study on 32 adults treated with ORIF with locking plate for combined closed intertrochanteric and subtrochanteric fractures in Viet Duc University Hospital between March 2018 and March 2020. **Results:** The majority of patients were male (71,9%) and were within 41 to 60 years old (50%). The most common mechanism of injury was traffic accident (46,9%), 90,6% of the patients had femur fracture without major visceral concomitant injuries. Good and excellent results accounted for 84,4% while average and poor results were 12,5% and 3,1%. **Conclusion:** Combined intertrochanteric and subtrochanteric fracture in adults is a severe trauma that affects hip function markedly. Open reduction and internal fixation with locking plate helps stabilize and anatomically reduce the fracture, facilitate early rehabilitation which would lead to good post operative results.

Keywords: Combined intertrochanteric and subtrochanteric fractures.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đầu trên xương đùi được chia thành bốn vùng: (1) Chòm xương đùi; (2) Cổ xương đùi; (3) Vùng mấu chuyển; (4) Vùng dưới mấu chuyển. Gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển thuộc vùng 3 và vùng 4. Đây là loại gãy ngoài khớp^{1,2}.

Gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển trước kia thường kết hợp xương bằng nẹp uốn vì các loại đinh sử dụng cho vùng này đều có những hạn chế và khó thực hiện. Kết hợp xương bằng nẹp uốn thường không vững do phải uốn nẹp và số lượng vít bắt vào cổ xương đùi bị hạn chế. Một số nẹp như DHS, nẹp gấp góc cũng đã được sử dụng nhưng việc nắn chỉnh và kết hợp xương vững cũng gặp nhiều khó khăn do vít nén vào cổ xương đùi có đường kính khá to làm tổn thương xương nhiều. Do vậy có thể làm di lệch thứ phát, chậm liền và thậm chí khớp giả.

Nẹp khóa đã khắc phục được các khuyết điểm mà nẹp vít thông thường để lại nên gần đây nẹp

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022

vít khóa được áp dụng rộng rãi cho loại gãy này.

Tại bệnh viện Việt Đức loại hình gãy này cũng gặp khá nhiều và đều phải mổ kết hợp xương bằng các phương tiện kết hợp xương như nêu trên nhưng không có báo cáo riêng và gộp chung với gãy liên mấu chuyển xương đùi.

Nhằm đánh giá kết quả riêng biệt của gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển (A1-3, A2-3, A3-3 theo AO), chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi ở người trưởng thành bằng nẹp vít khóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân gãy kín đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi (7 bệnh nhân hồi cứu và 25 bệnh nhân tiến cứu) thời gian từ tháng 03/2018 đến tháng 03/2020 tại Bệnh viện Việt Đức, được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp hồi cứu (7 bệnh nhân) và tiến cứu (25 bệnh nhân).

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Tiêu chuẩn lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín đồng thời liên mấu chuyển xương đùi và dưới mấu chuyển xương đùi dựa trên phim chụp X quang. Theo phân loại AO, tương ứng với gãy đồng thời loại A1-3 và A2-3 và A3-3; đủ hồ sơ bệnh án, phim X quang trước và sau mổ, bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, gãy xương chi dưới khác hoặc có tổn thương khớp kèm theo, di chứng sau chấn thương, các bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ chỉnh hình kê cao một bên hông chi phẫu thuật.

- Đường mổ: đi theo đường mổ phía bên ngoài

Thì 1: Rạch da bắt đầu từ vị trí trên mấu chuyển lớn 5cm hơi cong ra trước, đi qua mấu chuyển lớn vòng xuống dưới dọc theo trục xương đùi với chiều dài khoảng 20 cm³. Chiều dài đường mổ phụ thuộc vào tính chất ổ gãy và chiều dài nẹp vít, sau đó rạch và vén cơ căng mạc đùi.

Thì 2: Bộc lộ ổ gãy: Sau khi vén cơ căng mạc đùi, bộc lộ và cắt ngang chỗ bám cơ rộng ngoài ở bờ dưới của mấu chuyển lớn tới bờ sau ngoài xương đùi. Tách cơ rộng ngoài ra khỏi vách gian cơ trong, vén cơ rộng ngoài ra trước, vén cơ vùng đùi sau ra sau, bộc lộ ổ gãy và một phần

xương đùi. Cần chú ý cầm máu kỹ các nhánh xuyên của động mạch đùi sau khi bóc tách.

Thì 3: Đặt nẹp khóa: Chọn chiều dài nẹp dựa vào điểm đầu xa đường gãy xương, cách điểm gãy này thấp nhất từ 4 đến 5 lỗ. Sau đó đặt nẹp vào vị trí, đầu nẹp ở đỉnh mấu chuyển thân nẹp ôm sát đầu gân thân xương đùi sao cho cả hai thẳng hàng, sử dụng đinh và vít cố định đầu gần và đầu xa nẹp để không bị chạy ra trước, sau thân xương đùi trong suốt quá trình phẫu thuật. Khoan và bắt các vít, có dụng cụ đo hỗ trợ.

Thì 4: Cầm máu và đóng vết mổ, kiểm tra vận động khớp háng sau mổ.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương.
- Các bệnh lý mạn tính kèm theo, tổn thương phổi hợp.
- Triệu chứng lâm sàng.
- Thời gian từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện.
- Phương pháp phẫu thuật: kỹ thuật mổ, đường mổ.
- Kết quả điều trị, biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=32)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-40	8	25
	41-60	16	50
	> 60	8	25
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	9	28,1
	Tai nạn lao động	8	25
	Tai nạn sinh hoạt	15	46,9
Loại tổn thương phổi hợp	Đơn thuần (không có tổn thương phổi hợp)	29	90,6
	Chấn thương ngực	1	3,1
	Các gãy xương kèm theo	2	6,3
	Chấn thương cột sống	0	0
Bệnh lý nội khoa phổi hợp	Đái tháo đường	5	15,6
	Tăng huyết áp	8	25,0
	Viêm phế quản	1	3,1
	Không có bệnh kèm theo	18	56,2
Thời điểm phẫu thuật	Trước 24 giờ	0	0
	Từ 24 – 72 giờ	20	62,5
	Trên 72 giờ	12	37,5

Thời gian điều trị	< 5 ngày	3	9,4
	5 – 10 ngày	28	87,5
	>10 ngày	1	3,1

Bảng 3.1 cho thấy đa số BN ở nhóm 41-60 tuổi (chiếm 50,0%), Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNSH (46,9%). Phần lớn bệnh nhân không có tổn thương nặng cơ quan phối hợp (90,6%). Bệnh nhân ít có tổn thương phối hợp, một phần cũng nói lên lứa tuổi gặp bệnh nhân tổn thương gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển ở bệnh nhân trẻ tuổi. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu tiên tính từ khi chấn thương. Đa số bệnh nhân được điều trị trong vòng 10 ngày kể từ thời điểm vào viện.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả gần

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=32)	Tỷ lệ (%)
Diễn biến tại vết mổ	Liên vết mổ thì đầu	31	96,9
X-quang sau mổ (Kết quả chỉnh góc cổ thân xương)	125 ^o – 135 ^o	30	93,8
	115 ^o – 124 ^o	2	6,2
	<115 ^o	0	0
X-quang sau mổ (Vị trí đầu vít cổ chỏm)	Đầu vít nằm trong khối cổ chỏm	32	100
	Đầu vít nằm ngoài khối cổ chỏm	0	0

Bảng 3.3. Kết quả sau 6 tháng

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=32)	Tỷ lệ (%)
Kết quả liền xương sau mổ 6 tháng theo Xquang	Có can xương	31	96,9
	Can xương chậm	1	3,1
	Không có can xương	0	0
Kết quả chỉnh trục góc cổ thân xương	125 ^o – 135 ^o	28	87,5
	115 ^o – 124 ^o	4	12,5
	<115 ^o	0	0
Mức độ ngắn chi (so với chi lành)	≤1cm	28	87,5
	1 – 2cm	4	12,5
	2 – 3cm	0	0
	> 3cm	0	0
Đánh giá khả năng đi lại theo Merle d'Aubigne	Không đi lại được	0	0
	Phải dùng 2 nạng	0	0
	Phải dùng gậy chống	0	0
	Chống nạng đi lại được	1	3,1

	khoảng 1 giờ		
	Đi bộ xa cần gậy, đi bộ gần không cần gậy	2	6,3
	Không cần gậy nhưng đi khắp khiêng nhẹ	11	34,4
	Đi lại bình thường	18	56,3
Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo Merle d'Aubigne	Rất tốt	19	59,4
	Tốt	8	25,0
	Trung bình	4	12,5
	Kém	1	3,1
	Xấu	0	0

Bảng 3.4. Kết quả chung

Kết quả	Số bệnh nhân (n=32)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	19	59,4
Tốt	8	25,0
Trung bình	4	12,5
Kém	1	3,1

Kết quả gần sau mổ là tốt với 96,9% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu. XQ sau mổ hết di lệch và di lệch ít trong mức cho phép là 83,8%. Kết quả sau mổ 6 tháng với tỷ lệ liền xương cao đạt 96,9%, kết quả chỉnh trục góc cổ thân tốt đạt 87,5%, mức độ ngắn chi trong giới hạn cho phép dưới 1cm so với chi lành cao đạt 87,5%. Kết quả phục hồi chức năng theo Merle d'Aubigne tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao 84,4%. Kết quả chung bệnh nhân đạt tốt và rất tốt chiếm 84,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 50,3 ± 14,0, đa số là tuổi lao động với số bệnh nhân dưới 41-60 tuổi chiếm 50%, trong đó nam giới chiếm tỉ lệ vượt trội với tỉ lệ nam/nữ là 2,6/1. Qua số liệu này cho thấy, số BN ở lứa tuổi trẻ và trung niên, đang ở độ tuổi lao động, là nam giới chiếm phần lớn, điều này cũng nói lên nguyên nhân gây tai nạn chủ yếu do năng lượng cao, đang tham gia lao động nhiều và là trụ cột gia đình, làm các công việc nặng nhọc. Kết quả này gần tương đương với kết quả nghiên cứu của Appelt A và cộng sự⁴ với độ tuổi trung bình là 78,6 tuổi bệnh nhân thấp tuổi nhất là 21 tuổi, cao nhất là 101 tuổi. Các tác giả trong nước là Lê Quang trí⁵ với độ tuổi trung bình là 77,3 ± 8,6 tuổi.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì nguyên nhân gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi chủ yếu do là do TNSH 15/32 BN (46,9%), tiếp đến các nguyên

nhân khác như TNGT có 9/32 BN (28,1%); TNLD có 8/32 BN (25%).

Với 32 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm trên 60 tuổi chỉ chiếm tỉ lệ 25% chủ yếu do tai nạn sinh hoạt và tai nạn giao thông, lý do gãy liên mấu chuyển xương đùi thường gặp ở người già, ở tuổi này do hiện tượng thưa xương, loãng xương nên chỉ cần một lực chấn thương nhẹ cũng đủ gây nên gãy xương, 75% bệnh nhân còn lại có độ tuổi dưới 60, là tuổi có mật độ tham gia giao thông nhiều và còn đang trong độ tuổi lao động, khi bị gãy đồng thời liên mấu trên và dưới cổ xương đùi phải là những chấn thương mạnh.

Nhóm nhỏ hơn 60 tuổi do người trẻ tuổi mật độ xương chắc nên gãy xương sau chấn thương nặng, phần đông là tuổi tham gia giao thông nhiều, tai nạn trong quá trình lao động. Kết quả này phù hợp với tác giả khác như Nguyễn Thanh Phong⁶ phần lớn xảy ra ở nam, do tai nạn giao thông và lao động.

Đặc điểm tổn thương của bệnh nhân: có 3 bệnh nhân có tổn thương kết hợp, trong đó có 1 bệnh nhân bị tổn thương phần ngực với nguyên nhân tổn thương là do tai nạn lao động; 2 bệnh nhân có gãy xương tay kèm theo với nguyên nhân lại do tai nạn giao thông. Cả ba bệnh nhân có tổn thương kết hợp đều còn trẻ tuổi không có bệnh lý kết hợp. Quá trình phẫu thuật nẹp vít phần gãy liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi và kết hợp bó bột cố định cho bệnh nhân, đồng thời theo dõi sau phẫu thuật của 2 bệnh nhân gãy phối hợp xương tay này đều có kết quả phục hồi tốt. Riêng bệnh nhân bị tổn thương ở phần ngực thời gian điều trị nội khoa kéo dài, sức khỏe ổn định sau ra viện.

4.2. Đặc điểm bệnh lý nội khoa kết hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm nhỏ hơn 60 tuổi có 18/27 bệnh nhân (66,7%) không có bệnh lý nội khoa kèm theo. Riêng nhóm lớn hơn 60 tuổi thì phần lớn những bệnh nhân nhập viện do đồng thời gãy liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi thường kèm theo bệnh lý nội khoa và đang hoặc đã điều trị từ trước khi xảy ra tai nạn. Trong nghiên cứu này có tới 14/32 bệnh nhân (43,8%) bị bệnh nội khoa mãn tính trước đó với (25%) bị bệnh tim mạch, huyết áp; (12,5%) mắc bệnh đái tháo đường. Kết quả này thấp hơn nhiều so với tác giả như Nguyễn Văn Tiến Lưu⁷ là 67,3% mắc bệnh mãn tính, với (44,2%) bị bệnh tim mạch, (23,1%) mắc bệnh đái tháo đường. Các bệnh mạn tính hay gặp nhất là nhóm bệnh tim mạch, mà hàng đầu là tăng huyết áp (51,51%), tiếp theo là bệnh đái tháo

đường (27,27%), tiền sử có đột quỵ não gặp ở 7 BN (21,21%). Trong số này, có 5 BN mắc cả bệnh lý tim mạch và đái tháo đường. Nguyên nhân là do độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả này.

4.3. Kết quả gần sau phẫu thuật. Kết quả ở 32 bệnh nhân gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển trong nghiên cứu của chúng tôi 96,9% liền da kỳ đầu. Nhiễm khuẩn nông có 1 bệnh nhân chiếm 3,1%, đây là bệnh nhân bị tiểu đường, cao tuổi nên khả năng hồi phục lâu. Tuy nhiên, được phát hiện sớm khi tái khám, bệnh nhân được điều trị ổn định bằng kháng sinh, vết mổ khô, sẹo liền tốt và hết biểu hiện nhiễm trùng sau thời gian dùng kháng sinh.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $72,3 \pm 13,0$ phút, ngắn nhất là 50 phút và dài nhất là 100 phút. Có 11 người phẫu thuật trong thời gian dưới 60 phút chiếm tỷ lệ (34,4%) và 10 người phẫu thuật trong thời gian từ 61 – 70 phút chiếm tỷ lệ (31,3%). Có 8 người phẫu thuật trong thời gian trên 80 phút, nguyên nhân do gãy xương nặng di lệch nhiều không vững, nắn xương khó khăn làm kéo dài thời gian phẫu thuật.

Tác giả Hà Phan Thăng⁸ thời gian phẫu thuật trung bình là $74,0 \pm 25$ phút. Fernandez P.R. và cộng sự⁹ nghiên cứu 188 bệnh nhân trên 70 tuổi bị gãy đầu trên xương đùi cần phẫu thuật kết luận: việc phẫu thuật muộn sau 1 tuần từ khi bị chấn thương có làm tăng tỉ lệ nhiễm trùng đường niệu, viêm tắc tĩnh mạch sâu, thời gian hậu phẫu kéo dài hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 32 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi điều trị bằng phẫu thuật, bệnh nhân có thời gian nằm viện ngắn nhất là 4 ngày, bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 11 ngày, thời gian nằm viện trung bình là $6,9 \pm 1,7$ ngày.

Theo Nguyễn Văn Tiến Lưu⁷ thì thời gian nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 15 ngày, thời gian trung bình là $6,12 \pm 2,749$ ngày. Theo tác giả Hà Phan Thăng⁸ thì thời gian nằm viện trung bình là 18,51 ngày. Số ngày nằm viện điều trị của chúng tôi tương tự tác giả Nguyễn Văn Tiến Lưu. Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 2 nhóm tuổi, nhóm nhỏ hơn 60 tuổi là nhóm trẻ tuổi, không bệnh nội khoa kèm theo nên được phẫu thuật cấp cứu và sau phẫu thuật phục hồi rất tốt có thời gian nằm viện ngắn nhất là 4 ngày.

4.5. Kết quả sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32 bệnh nhân theo dõi liền xương qua đánh giá chụp Xquang khi tái thời điểm 6

tháng: chụp ở cả hai bình diện thẳng và nghiêng để phân tích: góc cổ thân xương đùi, can xương, vị trí nẹp vít. Vì giai đoạn này có thể đánh giá được sự lành xương. Có 31 bệnh nhân có hình ảnh can xương, can thấy rõ trên phim X-quang chiếm tỉ lệ (96,9%), 1 bệnh nhân (3,1%) có hình ảnh can xương nhưng còn thấy khe sáng của đường gãy trên phim X quang, 1 ca có can xương chậm là do bệnh nhân lớn tuổi có loãng xương nặng, khi mổ nắn không hết các di lệch, bệnh nhân tự ý chống chân sớm.

Tỉ lệ liền xương trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương các tác giả như Nguyễn Văn Tiến Lưu⁷ thời gian liền xương trên phim X-quang sau 6 tháng, chiếm tỉ lệ (98,1%). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong⁸ đạt được liền xương sau 3 tháng với dụng cụ DHS. Nghiên cứu của Lê Quang Trí⁵ thời gian liền xương trung bình là 12,4 tuần với dụng cụ là khung cố định ngoài. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Khôi¹⁰ thời gian liền xương trung bình là 19,6 tuần với dụng cụ là nẹp khóa.

Thống kê tình trạng ngắn chi cho thấy trong 32 bệnh nhân nghiên cứu có 28 BN ngắn chi nhỏ hơn hoặc bằng 1cm (chiếm tỷ lệ 87,5%), và 4 bệnh nhân ngắn từ 1- 2 cm, không gặp trường hợp nào ngắn chi hơn 2cm. Tác giả Nguyễn Văn Tiến Lưu⁷ tỷ lệ ngắn chi từ 1-2 cm là 17,3%, nhưng chức năng vận động tốt. Theo tác giả này đây là những trường hợp gãy phức tạp, nắn chỉnh chưa hết di lệch, một số mảnh rời chưa sắp xếp đúng vị trí.

Chức năng kết quả phục hồi chức năng sau mổ 6 tháng theo Merle D'aubignecó 19 bệnh nhân đạt mức độ rất tốt chiếm tỷ lệ (59,4%), bệnh nhân đi lại bình thường, không đau, không cần dùng dụng cụ trợ giúp khi đi lại. (25%) bệnh nhân thỉnh thoảng cần dụng cụ trợ giúp khi đi lại, thỉnh thoảng đau, sinh hoạt bình thường đạt mức độ tốt. Trung bình (12,5%) và kém có 1 bệnh nhân. Đây là bệnh nhân cao tuổi nhất, khả năng phục hồi kém hơn. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác Lê Quang trí⁵, sau phẫu thuật 6 tháng, 102 trường hợp cho kết quả PHCN rất tốt là 63 (61,8%), tốt là 22 trường hợp (20,9%), trung bình là 21 trường hợp (20,0%) và xấu là 08 trường hợp (7,6%)

Chức năng kết quả điều trị chung sau phẫu thuật 6 tháng theo dõi có 19 bệnh nhân đạt mức độ rất tốt chiếm tỷ lệ (59,4%); (25%) bệnh nhân đạt mức độ tốt. Trung bình (12,5%) và kém có 3,1% bệnh nhân. Đây là bệnh nhân cao tuổi nhất, khả năng phục hồi kém hơn.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với

nghiên cứu của tác giả Hà Phan Thăng⁸ điều trị 26 bệnh nhân tại thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng, kết quả rất tốt có 8 bệnh nhân 30,77%, tốt có 14 BN (53,85%), 3 BN (5,8%) trung bình và 1 BN (3,84%) kém. Nghiên cứu của Trịnh Văn Hà¹¹, Có 35,3% rất tốt và 32,4% tốt chiếm 2/3 số bệnh nhân đây là những trường hợp phục hồi chức năng đem lại khả năng lao động và sinh hoạt gần như bình thường, 14,7% kết quả trung bình là những trường hợp liền lệch, khả năng hoạt động của BN bị hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi là một gãy xương lớn và phức tạp, độ tuổi gặp thường là độ tuổi lao động nên nhu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau mổ là rất quan trọng, kết quả cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vis khóa mang lại hiệu quả hồi phục cao và sớm cho bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Levy R.N., Capozzi J.D., Mont M.A.** "Intertrochanteric hip fractures" Skeletal trauma, W.B. Saunders company, 1992, 1443-1484.
2. **Scheerlinck T., Haentjens P.**, "Fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte", EMC, Appareil locomoteur, Edit Elsevier, Paris, 2003,14-075-A-10.
3. **John C Weinlein.** "Intertrochanteric femoral fractures", Mosby Elsevier. Part XV, Campbell's Operative Orthopaedics, 2012, 2737-2755.
4. **Appelt A. et al,** "Complications after Intramedullary Stabilization of Proximal Femur Fractures a Retrospective Analysis of 178 Patients", European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 2005, 262-267
5. **Lê Quang Trí,** Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi người già bằng khung cố định ngoài, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 2014.
6. **Nguyễn Thanh Phong,** Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp vít nén ép trượt, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa II, Trường Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, 2003.
7. **Nguyễn Văn Tiến Lưu,** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2014.
8. **Hà Phan Thăng,** "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín vùng mấu chuyển xương đùi bằng đinh gamma tại Bệnh viện Quân y 354", 2014
9. **Fernandez P.R. et al,** "Effects of Delayed Hip Fracture Surgery on Mortality and Morbidity in Elderly Patients", The association of bone and joint surgeons, Springer, 2010, 3218-3221.
10. **Nguyễn Minh Khôi,** "Điều trị phẫu thuật gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng nẹp khóa", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2011.