

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Nguyễn Xuân Thùy¹, Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Nguyễn Minh Thành³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán gãy liên mẫu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại khoa Ngoại chấn thương Bệnh viện Đa Khoa Nông Nghiệp từ tháng 02/2018 – 02/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $71,65 \pm 12$ tuổi, tai nạn sinh hoạt, là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (79%) và tổn thương chủ yếu là loại A1 (48,8%) theo phân loại tiêu chuẩn AO. Kết quả chung theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh: tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 72,1%, trung bình là 25,6%, kém là 2,3%. **Kết luận:** Gãy liên mẫu chuyển xương đùi là kiểu gãy xương khá phổ biến và có nhiều phương pháp điều trị. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp 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.

Từ khóa: Gãy liên mẫu chuyển xương đùi

SUMMARY

ASSESSMENT OUTCOMES OF TREATMENT OF INTERTROCHANTERIC FRACTURE BY INTERNAL OSTEOSYNTHESIS LOOKING PLATE SYSTEM AT NONG NGHIỆP HOSPITAL

Introduction: Study to Assessment Outcomes of treatment of intertrochanteric fracture by Internal Osteosynthesis Looking Plate System at Nong Nghiep Hospital. **Method:** A retrospective and prospective study on 43 patients who diagnosis intertrochanteric fracture underwent internal osteosynthesis Looking Pate System at Othopedic of Nong Nghiep Hospital from 02/2018 to 02/2021. **Result:** The average age of the study subjects was 71.65 ± 12 years old, daily-life accidents, which are the cause of injury, accounted for the highest rate (79%) and the damage was mainly type A1 (48.8). (%) according to the AO standard classification. Overall results according to Nguyen Trung Sinh's standards: good and very good accounted for 72.1% high, 25.6% average, 2.3% poor. **Conclusion:** Intertrochanteric fracture is a fairly

common type of fracture and has a wide range of treatment options. Internal Osteosynthesis Looking Plate System to correct and restore anatomical, fix the fracture firmly, creating conditions for early rehabilitation after surgery.

Keywords: Intertrochanteric fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi là loại gãy ngoài khớp ở vùng chuyển tiếp giữa cổ xương đùi và thân xương đùi, đường gãy nằm trong vùng nối giữa mẫu chuyển lớn đến dưới mẫu chuyển bé 5cm¹

Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi khá phổ biến, chiếm 55% các gãy xương đầu trên xương đùi¹, gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp ở người cao tuổi và ở nữ giới.

Ngày nay cùng với sự phát triển của y học hồi sức và cuộc cách mạng khoa học kỹ thuật trong phương tiện kết hợp xương và kỹ thuật mổ thì gãy vùng mẫu chuyển xương đùi được coi là tổn thương cần được phẫu thuật, đối với người già để tránh các biến chứng do nằm lâu, nhưng với người ở tuổi lao động thì yêu cầu kết xương vững chắc và phục hồi giải phẫu tốt, sớm đưa người bệnh trở lại lao động, sinh hoạt là yêu cầu bức bách cần được đặt ra.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật kết hợp xương trong gãy LMC xương đùi, phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa đã được triển khai ở các bệnh viện lớn từ lâu và cho kết quả rất tốt. Vài năm gần đây, bệnh viện Đa Khoa Nông Nghiệp cũng đã sử dụng nẹp vít khóa là phương tiện chính trong điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích tổng kết, rút ra những ưu nhược điểm của phương pháp phẫu thuật để có thêm một lựa chọn hợp lý cho việc điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 43 bệnh nhân được chẩn đoán gãy liên mẫu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa tại khoa Ngoại chấn thương Bệnh viện Đa Khoa Nông Nghiệp từ tháng 02/2018 – 02/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán trước và

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022

sau mổ là gãy LMC xương đùi được phẫu thuật KHX nẹp vít khóa đủ hồ sơ bệnh án, phim Xquang trước và sau mổ, bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, di chứng sau chấn thương, các

bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0.

Sử dụng hệ thống bảng, biểu đồ để mô tả số liệu nghiên cứu.

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=43)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	<70	15	34,9%	
	≥70-79	12	27,9%	
	≥80 - 89	15	34,9%	
	≥ 90	1	2,3%	
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	6	14%	
	Tai nạn lao động	3	7%	
	Tai nạn sinh hoạt	34	79%	
Phân loại tổn thương (AO)	A₁	A _{1.1}	3	48,8%
		A _{1.2}	6	
		A _{1.3}	12	
	A₂	A _{2.1}	12	37,2%
		A _{2.2}	3	
		A _{2.3}	1	
	A₃	A _{3.1}	4	14,0%
		A _{3.2}	1	
		A _{3.3}	1	
Bệnh lý kèm theo	Bệnh tiểu đường	2	4,7%	
	Bệnh tim mạch	19	44,2%	
	Bệnh hô hấp	2	4,7%	
	Các bệnh khác	3	7,0%	

Bảng 3.1 cho thấy: Nhóm tuổi < 70 và ≥80 – 89 chiếm tỷ lệ nhỉnh hơn nhưng không nhiều (34,9%). Nhóm tuổi ≥70-79 chiếm vị trí thứ hai với 27,9%. Trên 90 tuổi có 1 bệnh nhân, chiếm 2,3%.

Nguyên nhân gây gãy LMC chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (79%), tai nạn lao động chỉ chiếm 7%.

Loại gãy xương chủ yếu là A1 với 21/43 bệnh nhân (48,8%). Tiếp đến là A2 với 16/43 bệnh nhân (37,2%) và A3 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6/43 bệnh nhân (14%).

Trong phân nhóm nhỏ, A1.3 và A2.1 gặp nhiều nhất với 24/43 bệnh nhân (chiếm 55,8%

tổng số bệnh nhân). 26/43 bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo. Bệnh lý hay gặp chủ yếu là tim mạch 44,2%. 2 trường hợp (4,7%) có bệnh tiểu đường, 2 trường hợp (4,7%) có bệnh hô hấp kèm theo

3.2. Kết quả điều trị

Kết quả gần.

Tại chỗ vết mổ: Tất cả 43 bệnh nhân (100%) đều có tình trạng vết mổ khô, liền da kỳ đầu, không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc còn chảy dịch.

Diễn biến tại chỗ ổ gãy:

Bảng 3.2: Liên quan giữa phân loại gãy xương và nắn chỉnh ổ gãy.

Góc cổ thân xương đùi	Phân loại gãy									Tổng
	A11	A12	A13	A21	A22	A23	A31	A32	A33	
125° -130°	3	6	12	10	0	0	0	0	0	31
110° - 125°	0	0	0	2	3	1	4	1	1	12
<110°	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bảng 3.2 cho thấy: Xương được nắn đúng về giải phẫu, góc cổ thân 125° -130° có 31/43 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 72,1%. Từ 110° -125° có 12/43 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 27,9%, gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân gãy phân độ A2 và A3.

Thời gian nằm viện:

Bảng 3.3: Thời gian nằm viện.

Thời gian nằm viện	Số bệnh nhân (n=43)	Tỷ lệ
< 7 ngày	0	0%

7-15 ngày	20	46,5%
> 15 ngày	23	53,5%
Tổng	43	100%

Bảng 3.3 cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 16 ± 3 ngày. Bệnh nhân nằm ngắn nhất

là 10 ngày, lâu nhất là 30 ngày (gặp ở bệnh nhân có bệnh lý nội khoa, cần hội chẩn điều trị ổn định trước mổ).

Kết quả xa: Chúng tôi theo dõi và khám lại bệnh nhân sau phẫu thuật từ 6 tháng trở lên.

Bảng 3.4: Kết quả xa

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=43)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sẹo mổ	Mềm mại	43	100%
	Sẹo xấu	0	0
	Rò mủ kéo dài	0	0
Kết quả liền xương và góc cổ thân xương đùi	Liền xương, góc cổ thân $125^\circ - 130^\circ$ (Rất tốt)	31	72,1%
	Liền xương, góc cổ thân $110^\circ - 125^\circ$ (Tốt)	11	25,6%
	Liền xương, góc cổ thân $< 110^\circ$ (Trung bình)	0	0%
	Không liền xương, tiêu chỏm (Kém)	1	2,3%
Khả năng đi lại, cảm giác đau	Đi lại bình thường, không đau (Rất tốt)	15	34,9%
	Đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức (Tốt)	19	44,2%
	Đi lại phải dùng nạng, đau thường xuyên phải dùng thuốc (Trung bình)	8	18,6%
	Không đi lại được, đau thường xuyên (Kém)	1	2,3%
Biên độ vận động khớp háng	Bình thường hoặc gần bình thường, gấp háng $> 90^\circ$ (Rất tốt)	17	32,6%
	Hạn chế gấp còn $60^\circ - 90^\circ$ (Tốt)	19	44,2%
	Hạn chế gấp còn $40^\circ - 60^\circ$ (Trung bình)	6	14,0%
	Hạn chế gấp $< 40^\circ$ (Kém)	1	2,2%
Ngắn chân	$< 1\text{cm}$ (Rất tốt)	33	76,8%
	1-2 cm (Tốt)	9	20,9%
	2-3 cm (Trung bình)	1	2,3%
	$> 3\text{cm}$ (Kém)	0	0%

Từ kết quả thu được ở bảng 3.4, chúng tôi thấy toàn bộ 43/43 bệnh nhân đều có sẹo mổ mềm mại, đạt 100%. Ngoài ra, 42/43 bệnh nhân liền xương, trong đó có 31 bệnh nhân liền xương với góc cổ thân xương đùi $125^\circ - 130^\circ$ chiếm tỷ lệ 72,1%, và 11 bệnh nhân liền xương với góc cổ thân xương đùi $110^\circ - 125^\circ$ chiếm tỷ lệ 25,6%. Có 1 bệnh nhân không liền xương, bị tiêu chỏm xương đùi sau 1 năm kiểm tra, chiếm tỷ lệ 2,3%.

Số bệnh nhân đi lại được bình thường, không đau là 15/43 bệnh nhân chiếm 34,9%; bệnh nhân đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức là 19/43 bệnh nhân chiếm 44,2%. Có 8 bệnh nhân phải dùng nạng để đi lại chiếm 18,6%. Có 1 bệnh nhân đau thường xuyên, đi lại được rất ít chiếm 2,3%.

Biên độ vận động khớp háng trở về bình thường hoặc hạn chế ít lần lượt là 17/43 và 19/43 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 32,6% và 44,2%. Có 6/43 bệnh nhân còn hạn chế gấp $40^\circ - 60^\circ$ chiếm tỷ lệ 14%. Có 1 bệnh nhân hạn chế gấp $< 40^\circ$ chiếm tỷ lệ 2,3%.

Kết quả phục hồi độ dài xương đùi: Ngắn $< 1\text{cm}$ có 33/43 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 76,7%. Có 9/43 bệnh nhân ngắn chi 1-2cm chiếm tỷ lệ 20,9%. Có 1 bệnh nhân ngắn chi 2-3cm chiếm tỷ lệ 2,3%.

Không có bệnh nhân nào ngắn chi $> 3\text{cm}$.

Kết quả chung

Bảng 3.5. Kết quả chung

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=43)	Tỷ lệ (%)
Theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh	Rất tốt	13	30,2%
	Tốt	18	41,9%
	Trung bình	11	25,6%
	Kém	1	2,3%

Từ bảng 3.5, chúng tôi thu được kết quả chung của 43 bệnh nhân đánh giá theo thang điểm của Nguyễn Trung Sinh: Đạt tỷ lệ tốt và rất tốt là 30,2% và 41,9% (tổng chiếm tỷ lệ 72,1%), trung bình 25,6% và có 1 bệnh nhân ở mức kết quả kém chiếm tỷ lệ 2,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $71,65 \pm 12$, đa số là tuổi già. Tỷ lệ bệnh nhân nữ bị gãy LMC xương đùi cao hơn bệnh nhân nam trong hầu hết các nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 27 nữ, 16 nam. Tỷ lệ nam : nữ là 1:1,68.

Độ tuổi càng cao thì bệnh nhân nữ gãy LMC

gặp ngày càng nhiều hơn nam. Có lẽ do mức độ loãng xương ở nữ tuổi cao nặng nề hơn nam giới, nên tai nạn gãy xương gặp nhiều hơn. Kết quả này có nét tương đồng với các nghiên cứu của Phí Mạnh Công (2009)², Hoàng Thế Hùng và cộng sự (2013)³.

Nguyên nhân gãy LMC xương đùi: Chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (34/43 bệnh nhân, chiếm 79%). Cơ chế chấn thương hay gặp nhất là ngã đập vùng mông xuống nền cứng (nền nhà, sân, nhà vệ sinh...) Kết quả phản ánh đúng thực tế vì người cao tuổi (>60 tuổi) đều có thưa xương tuổi già, chỉ cần một lực chấn thương nhẹ cũng gây gãy xương. Mẫu chuyển xương đùi là vùng xương xốp, nơi thay đổi hình thể xương nên khi có loãng xương thì đây là một điểm yếu dễ xảy ra gãy xương⁴.

Chúng tôi sử dụng cách phân loại gãy của AO. Tỷ lệ về loại gãy A1, A2, A3 lần lượt là 48,8%, 37,2% và 14,0%. Do đặc điểm nguyên nhân chủ yếu là tai nạn sinh hoạt nên loại gãy A1, A2 chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước như Trần Quang Toàn (2008)⁵, Nguyễn Hữu Nam và cs (2013)⁶...

Hans Habeneck và cs (2000)⁷ trong 373 bệnh nhân gãy LMC xương đùi nhận thấy có 94% số bệnh nhân bị gãy do ngã và ở người lớn hơn 60 tuổi với đường gãy chủ yếu là loại A1.

Kết quả phẫu thuật:

Tình trạng vết mổ: Sau điều trị cho thấy tất cả 43 bệnh nhân đều có tình trạng vết mổ khô, không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc còn dịch. Chúng tôi dùng kháng sinh trước, trong và sau mổ, phẫu thuật được thực hiện trong phòng mổ sạch sẽ, khâu vô khuẩn được đảm bảo.

Kết quả nắn chỉnh giải phẫu trên X-quang sau mổ: Kết quả tốt hết di lệch góc cổ thân đạt 125° -130° chiếm tỷ lệ 72%, kết quả tương đối tốt so với nghiên cứu của các tác giả khác như Lê Đức Nghị (2015)⁸ tốt 76,75%, Trần Quang Toàn (2008)⁵ tốt 81,25%, Heyse-Moore (1983)⁹ có 56,53% nắn chỉnh tốt.

Thời gian nằm viện: bệnh nhân nằm viện ngắn nhất là 10 ngày, lâu nhất là 30 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 16 ± 3 ngày. Do đặc điểm của bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp bệnh nhân chủ yếu từ các xã, huyện xung quanh, nên việc đi lại, thăm non và chăm sóc bệnh nhân được thuận tiện, các bệnh nhân thường muốn được điều trị đến khi cắt chỉ mới ra viện.

Thời gian nằm viện của bệnh nhân phẫu thuật LMC xương đùi của các tác giả như: Nguyễn Tiến Bình và cộng sự (2002)¹⁰ trung bình là 18,5 ngày

Tình trạng liền xương: Nghiên cứu xa của chúng tôi có 42/43 bệnh nhân (97,7%) liền xương, trong đó tỷ lệ liền với góc cổ thân 125° - 130° chiếm 72,1%, liền xương còn di lệch ít, góc cổ thân 110° - 125° chiếm 25,6%, có 1 trường hợp khớp giả (2,3%). Sự lệch trục là biến chứng thường gặp trong điều trị gãy LMC xương đùi. Với các ca gãy xương phức tạp, bệnh nhân cao tuổi, thì không thể kéo dài cuộc mổ quá lâu, nên vấn đề chỉnh trục gặp nhiều khó khăn và khó đạt được vị trí giải phẫu. Theo chúng tôi điều ưu tiên hơn là kết hợp xương vững chắc, để bệnh nhân được ngồi dậy sớm, tránh các biến chứng do nằm lâu, tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm sóc và phục hồi sau mổ.

Hans Habeneck và cs (1995)⁷ đã điều trị 157 bệnh nhân gãy LMC xương đùi bằng nẹp DHS cho thấy 100% liền xương, trong đó có 4 bệnh nhân hoại tử chỏm.

Chức năng đi lại, mức độ đau sau mổ: Kiểm tra kết quả xa trên lâm sàng có 15/43 bệnh nhân (34,9%) đi lại bình thường, không đau; 19/43 bệnh nhân (44,2%) đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức; 8/43 bệnh nhân (18,6%) đi lại phải dùng nạng, đau thường xuyên phải dùng thuốc giảm đau khi đi lại nhiều; có 1 bệnh nhân (2,3%) đau thường xuyên, không đi lại được. Các trường hợp đau nhiều, liên tục đều nằm trong số các bệnh nhân tuổi cao hơn, có sẵn thoái khớp tử trước và khó khăn trong việc tập luyện. So với nghiên cứu của Lê Đức Nghị⁸, có 60,87% bệnh nhân đi lại bình thường, 30,43% đi tập tễnh và 8,7% bệnh nhân cần nạng để đi lại.

Harrington K.D (1973) theo dõi xa 72 bệnh nhân (tuổi trung bình 70) gãy LMC được phẫu thuật KHX nẹp DHS cho thấy: 60 bệnh nhân (83,3%) đi bộ được, 12 bệnh nhân (16,7%) phải ngồi xe lăn.

Đánh giá biên độ vận động khớp háng: Chủ yếu là gấp háng > 90° và hạn chế gấp còn 60° - 90° với tỷ lệ tương ứng là 32,6% và 44,2%; Có 6 bệnh nhân hạn chế gấp còn 40° - 60° chiếm tỷ lệ 14%; còn 1 bệnh nhân hạn chế gấp < 40°. Việc KHX vững chắc và cho bệnh nhân tập sớm là yếu tố quyết định đến khả năng phục hồi chức năng vận động khớp háng. Tuy nhiên việc này lại phụ thuộc nhiều vào nỗ lực của bệnh nhân và sự hỗ trợ của người nhà nên kết quả không phải lúc nào cũng như mong muốn. Tỷ lệ bệnh nhân giảm vận động khớp háng mức độ trung bình ở các nghiên cứu khác: Trần Quang Toàn⁵ có 13,18%, Lê Đức Nghị⁹ có 8,7%.

Ngắn chân sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33/43 bệnh nhân (76,8%) ngắn chân <1cm; 9/43 bệnh nhân (20,9%) ngắn chân

1-2cm, và có 1 bệnh nhân (2,3%) ngắn chân 2-3 cm. Đây là trường hợp bệnh nhân gãy A3.3 bị khớp giả, khai thác sau khi ra viện bệnh nhân không tập phục hồi chức năng theo hướng dẫn, cũng như trở lại lao động quá sớm. Theo nghiên cứu của Lê Đức Nghị⁹ tỷ lệ không ngắn hoặc ngắn dưới 1cm chiếm 78,26%, ngắn trên 2cm là 4,35%.

Từ những kết quả điều trị trên, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh cho thấy: tỷ lệ rất tốt là 30,2%, tốt là 41,9%, trung bình 25,6%, kém 2,3% kết quả này cũng tương xứng với các kết quả nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp cho kết quả tốt, rất đáng khích lệ. Đây là phương pháp điều trị cố định vững chắc ổ gãy, cho phép bệnh nhân vận động và tập phục hồi chức năng sớm. Thuận lợi cho bệnh nhân trở lại cuộc sống hàng ngày, làm giảm tỷ lệ các biến chứng gặp phải, từ đó góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Bình (2009). Phân loại gãy đầu trên xương đùi Phân loại tổn thương do chấn thương. Nhà xuất bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội. 2009:190-215.
2. Phí Mạnh Công (2009). Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi

- bằng kết hợp xương nẹp vít động tại Bệnh viện Xanh pôn và Bệnh viện 198. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2009.
3. Hoàng Thế Hưng (2013). Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người lớn tuổi bằng thay khớp hồng bán phần Bipolar. Luận văn bác sĩ nội trú, học viện quân y. 2013.
 4. Lindskog DM, Baumgaertner MR (2004). Unstable Intertrochanteric Hip Fractures in the Elderly. JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2004;12(3)
 5. Trần Quang Toàn (2008). Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại bệnh viện Xanh pôn. Luận văn thạc sĩ y học, Học viện quân y. 2008.
 6. Trần Trung Dũng, Nguyễn Hữu Nam, Ngô Văn Toàn (2013). Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2013;84:69-73.
 7. Habernek H, Wallner T, Aschauer E, Schmid L (2000). Comparison of ender nails, dynamic hip screws, and Gamma nails in the treatment of peritrochanteric femoral fractures. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 2000.
 8. Lê Đức Nghị (2015). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, trường đại học Y Dược Thái Bình. 2015.
 9. Heyse-Moore G, MacEachern A, Evans D (1983). Treatment of intertrochanteric fractures of the femur. A comparison of the Richards screw-plate with the Jewett nail-plate. The Journal of bone and joint surgery British volume. 1983;65(3):262-267.
 10. Nguyễn Tiến Bình (2002). Kết quả phẫu thuật kết xương kín gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh Ender. Tạp chí y học thực hành. 2002;3: 40 - 41.

TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ MỨC LỘC CẦU THẬN < 60 ML/PHÚT/1,73M²

Trần Thị Bích Liên¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng kiểm soát Glucose máu ở bệnh nhân ĐĐT typ 2 có mức lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73m². **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 50 bệnh nhân đái tháo đường typ2 khám ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022 có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m² sau khi loại bỏ các bệnh nhân thiếu máu, có nhiễm trùng cấp tính, biến chứng cấp tính, đợt cấp của suy thận

man, bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Tiêu chuẩn đánh giá Glucose máu đói, HbA1C theo hướng dẫn của ADA-2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 76,94 ± 6,04; tỷ lệ nam chiếm 84%, nữ chiếm 16%. Tỷ lệ HbA1C của nhóm nghiên cứu đạt mục tiêu (HbA1C ≤ 7%) và chấp nhận được (HbA1C từ 7- ≤ 8%) tương ứng 38% và 24%. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C kém (> 8%) của nhóm CKD giai đoạn 3a; giai đoạn 3b tương ứng là 37,5%; 40%. Tỷ lệ Glucose máu đói của nhóm nghiên cứu đạt mục tiêu (GM đói 4.4-7.2 mmol/l) và chấp nhận được (GM đói 7,2-≤ 8,3 mmol/l) tương ứng 14% và 28%. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu; kém của nhóm mắc bệnh ≤ 10 năm và > 10 năm tương ứng là (60% và 23,3%); (20% và 50%) khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0.026). Giá trị trung bình của HbA1C; Glucose máu đói của 2 nhóm CKD giai đoạn 3a và CKD giai đoạn 3b khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p tương ứng 0,52; 0,66). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu; kém của nhóm mắc bệnh ≤ 10 năm và > 10

¹Bệnh viện Hữu Nghị,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Liên

Email: drien0498@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2022

Ngày duyệt bài: 23.8.2022