

thức ăn, khó vệ sinh dẫn đến các biến chứng viêm nhiễm, sâu răng gây khó chịu cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quek SL, Tay CK, Tay KH, Toh SL, Lim KC.** Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(5):548-552.
2. **Krishnan B, Sheikh MHE, Rafa EG, Orafi H.** Indications for removal of impacted mandibular third molars: a single institutional experience in Libya. *J Maxillofac Oral Surg.* 2009;8(3):246-248. doi:10.1007/s12663-009-0060-5
3. **Alfadil L, Almajed E.** Prevalence of impacted third molars and the reason for extraction in Saudi Arabia. *The Saudi Dental Journal.* 2020;32(5):262-268. doi:10.1016/j.sdentj.2020.01.002
4. **Hashemipour MA, Tahmasbi-Arashlow M, Fahimi-Hanzaei F.** Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars: a radiographic study in a Southeast Iran population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(1):e140-145. doi:10.4317/medoral.18028
5. **Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB.** Age as a risk factor for third molar surgery complications. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(9):1685-1692. doi:10.1016/j.joms.2007.04.019
6. **Mettes TDG, Ghaemini H, Nienhuijs MEL, Perry J, van der Sanden WJM, Plasschaert A.** Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(6):CD003879. doi:10.1002/14651858.CD003879.pub3
7. **Kandasamy S, Rinchuse DJ, Rinchuse DJ.** The wisdom behind third molar extractions. *Aust Dent J.* 2009;54(4):284-292. doi:10.1111/j.1834-7819.2009.01152.x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHỚP GIẢ THÂN XƯƠNG CÁNH TAY SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Nguyễn Mạnh Tiến²,
Đàm Minh Đức¹, Bùi Tuấn Nghĩa¹,
Hoàng Huy Phan¹, Trần Minh Long Triều¹, Trương Trung Văn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá hiệu quả điều trị của bệnh nhân khớp giả thân xương cánh tay sau phẫu thuật. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân có biến chứng khớp giả xương cánh tay sau điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, đến khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức từ 04/2016 đến 03/2019. **Kết quả:** Đa phần các bệnh nhân là nam giới trong độ tuổi lao động. Gãy kín thường gặp hơn gãy hở, khớp giả phì đại phổ biến hơn khớp giả xơ teo. Đau và hạn chế vận động là các triệu chứng chính. Hầu hết các bệnh nhân bị khớp giả chỉ sau 1 lần can thiệp hoặc phẫu thuật. Sau phẫu thuật, 70,8% bệnh nhân hết đau. Tỷ lệ bệnh nhân có xương cánh tay thẳng trục trên X-quang trước và sau mổ tăng từ 16,7% lên 97,9%. 89,6% liền xương đạt mức tốt, chỉ có 1/48 trường hợp duy nhất không liền xương. **Kết luận:** Đa phần bệnh nhân khớp giả xương cánh tay là nam giới độ tuổi lao động,

có chấn thương trước đó là gãy kín 1/3 dưới xương cánh tay. 75% loại khớp giả là phì đại. Tất cả bệnh nhân đã điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, trong đó 72,9% nẹp vít, nhưng các triệu chứng đau, hạn chế vận động và gập góc chỉ còn ảnh hưởng nhiều. Sau phẫu thuật kết hợp xương, 89,6% trường hợp có kết quả rất tốt và không bệnh nhân nào có biến chứng sau đó.

Từ khóa: khớp giả, gãy thân xương cánh tay, phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL, RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT EFFECT OF HUMERAL PSEUDARTHROSIS AFTER SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

Purposes: Describe the clinical, radiological characteristics and evaluate the effectiveness of treatment of patients with humeral pseudarthrosis after surgery. **Subjects and methods:** a retrospective and prospective cross-sectional study on 48 patients with humeral pseudarthrosis complications after previous surgical treatment or procedures, who came to the clinic for examination and surgical treatment at the Department of Trauma and Orthopedics, Viet Duc Hospital from April 2016 to March 2019. **Results:** Most of the patients were men of working age. Closed fractures are more common than open fractures, and hypertrophic pseudarthrosis is more common than atrophic pseudarthrosis. Pain and limited range of motion are the main symptoms.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trung tâm y tế huyện Sông Lô, Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022

Most patients develop pseudarthrosis joints after only 1 intervention or surgery. After surgery, 70.8% of patients had no pain. The proportion of patients with straight humerus on X-ray before and after surgery increased from 16.7% to 97.9%. 89.6% bone healing reached a good level, only 1 case did not heal. **Conclusion:** The majority of patients with humeral prosthesis are men of working age, with a previous injury that is a closed 1/3 lower humeral fracture. 75% of prosthetic joints are hypertrophic. All patients had previous surgical treatment or procedures, of which 72.9% were screwed, but the symptoms of pain, limitation of motion and flexion of the limb were still affected. After surgery, 89.6% of cases had very good results and no patient had complications afterwards.

Key word: pseudarthrosis, humeral sharp fracture, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp giả là một biến chứng nặng sau điều trị gãy xương, trong đó khớp giả thân xương cánh tay, chiếm khoảng 5-10% số trường hợp [3]. Nguyên nhân dẫn đến khớp giả do đặc điểm chấn thương, quá trình điều trị hoặc tình trạng người bệnh. Khớp giả gây hạn chế chức năng vận động, ảnh hưởng đến thể chất và tinh thần người bệnh. Hiện nay đã có nhiều phương pháp điều trị như kết hợp xương có sức ép, bóc vỏ xương Judet, kích thích điện hay ghép xương... giúp cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh. Hiện tại phương pháp chủ yếu được sử dụng tại Việt Nam là phẫu thuật kết hợp xương. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá hiệu quả điều trị của bệnh nhân khớp giả thân xương cánh tay sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 48 bệnh nhân có biến chứng khớp giả xương cánh tay sau điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, đến khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức từ 04/2016 đến 03/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định biến chứng khớp giả xương cánh tay sau phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, có chỉ định kết hợp xương:

Gãy kín ít di lệch;

Gãy kèm tổn thương thần kinh quay;

Gãy hở có thể kèm biến chứng khác hoặc không;

Điều trị bảo tồn không kết quả;

Mảnh xương chết tại ổ khớp giả có thể tiến hành kết hợp xương hai ổ hoặc ghép xương có cuống mạch nuôi;

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim X-quang

xương cánh tay trước và sau phẫu thuật kết hợp xương cánh tay

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp chậm liền xương mà không phải khớp giả;

Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật (nhiễm khuẩn, sốc đa chấn thương...) hoặc lựa chọn phương pháp không phẫu thuật;

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ;

Từ chối tham gia nghiên cứu;

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu

Phương pháp thu thập số liệu:

- Các bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Việt Đức từ 04/2016 đến 03/2019 có chẩn đoán xác định khớp giả xương cánh tay được lựa chọn và mời tham gia vào nghiên cứu. Các tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm:

Đã quá hai lần thời gian liền xương;

Vẫn còn cử động bất thường;

Không còn đau chói;

Triệu chứng X-quang: hai đầu ổ gãy còn giãn cách và các đầu gãy xơ hóa;

- Có tổng cộng 48 bệnh nhân phù hợp với chẩn đoán trên và tất cả bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin bao gồm tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng (đau, hạn chế vận động), phim X-quang trước phẫu thuật kết hợp xương, và điều trị trước đó (phẫu thuật, thủ thuật) được thu thập qua hồ sơ bệnh án. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật (đau, teo cơ), mức độ hồi phục trên lâm sàng (khả năng làm việc), phim X-quang và các biến chứng được đánh giá khi người bệnh tái khám sau phẫu thuật tối thiểu 3 tuần và tối đa 6 tháng.

Phương pháp phẫu thuật: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân. Người bệnh nằm ngửa, tay gãy xuôi theo thân mình.

Rạch da 10 - 12 cm dọc theo đường trước ngoài 1/3 giữa. Nếu gãy thấp thì rạch theo rãnh nhị đầu ngoài.

Tách vách liên cơ giữa cơ cánh tay trước và khối cơ phía sau, trên là cơ delta, dưới là cơ ngửa dài và rãnh nhị đầu ngoài.

Tìm và bóc lộ thần kinh quay, tách rời thật nhẹ nhàng và kéo với một dây mềm. Thần kinh quay đi phía sau, từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới trong rãnh xoắn 1/3 giữa xương cánh tay có động mạch cánh tay sâu đi kèm.

Bóc lộ hai đầu xương gãy đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.

Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định với kim kẹp xương giữ nẹp hai bên.

Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít cho mỗi đầu xương gãy và 6 - 8 vít cho ổ gãy.

Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

Đặt một dẫn lưu 48h.

Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo các lớp giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 10 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Trước phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật của bệnh nhân

		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	38	79.2
	Nữ	10	20.8
Tuổi	<60	43	89,6
	>=60	5	10,4
Thời gian	<7m	5	10,4
	7-12m	24	50
	>12m	19	29,6
Loại gãy	Gãy hở	19	39,6
	Gãy kín	29	60.4
Loại khớp giả (theo Judet)	Phi đại	36	75
	Xơ teo	12	25
Triệu chứng tại khớp giả trước điều trị	Đau	46	95,8
	Hạn chế vận động	32	66,7
Hình ảnh X-quang trước điều trị	Thẳng trục	8	16,7
	Gập góc <10 độ	9	18.8
	Gập góc > 10 độ	31	64.6
Số lần bệnh nhân làm phẫu thuật và/hoặc thủ thuật		1	40
		2	7
		3	1
Phương pháp điều trị trước khi bị khớp giả	Bó bột	3	6.3
	Đinh nội tủy	6	12.5
	Nẹp vít	35	72.9
	Khung cổ định ngoài vi	4	8.3

Đối tượng tham gia nghiên cứu đa phần là nam giới trong độ tuổi lao động. Một nửa số bệnh nhân được phẫu thuật khớp giả trong vòng 1 năm sau thời điểm tai nạn, tuy nhiên thời gian không giống nhau ở các bệnh nhân. Về đặc điểm chấn thương, gãy kín gặp nhiều hơn gãy hở, cũng như khớp giả phi đại chiếm đa số so với khớp giả xơ teo [5]. Đau và hạn chế vận động là các triệu chứng phổ biến, với tỷ lệ lần lượt là 95,8% và 66,7%. Trên phim X-quang, đa số các bệnh nhân có gập góc đáng kể trên 10 độ (64,6%) và hiếm gặp thẳng trục. Hầu hết các bệnh nhân chỉ can thiệp hoặc phẫu thuật 1 lần

trước khi có biến chứng khớp giả. Cụ thể, 72,9% bệnh nhân được nẹp vít, 6,3% bó bột, 8,3% đặt khung cổ định ngoài và 12,5% đóng đinh nội tủy.

3.2 Sau phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm sau phẫu thuật của bệnh nhân

		Số lượng	Tỷ lệ %
Triệu chứng tại vị trí khớp giả sau điều trị	Không đau	34	70.8
	Đau khi thay đổi thời tiết	12	25
	Đau khi hoạt động	3	6.3
	Đau liên tục	0	0
Mức độ teo cơ sau mổ khớp giả	Không teo	43	89.6
	Teo không đáng kể	4	8.3
	Teo vừa	1	2.1
	Teo nặng	0	0
Kết quả phục hồi khả năng làm việc	Làm việc bình thường	42	87.5
	Làm việc khó khăn	5	10.4
	Thay đổi công việc	1	2.1
Biến chứng liệt thần kinh quay	Không	48	100
	Có	0	0
Hình ảnh X-quang sau mổ	Thẳng trục	47	97.9
	Gập góc < 10 độ	1	2.1
	Gập góc > 10 độ	0	0
Mức độ liền xương trên X-quang	Tốt	43	89.6
	Khá	3	6.3
	Trung bình	1	2.1
	Xấu	1	2.1

Sau phẫu thuật, 70,8% bệnh nhân không còn đau. Không có bệnh nhân nào còn triệu chứng đau liên tục, còn lại là những trường hợp đau khi thay đổi thời tiết hoặc khi hoạt động chiếm 31,3%. 89,6% nhân không teo cơ sau phẫu thuật. Trong 48 bệnh nhân, phần lớn có thể trở lại làm việc bình thường sau điều trị và có 1/48 trường hợp phải thay đổi công việc. Không xuất hiện biến chứng liệt thần kinh quay sau phẫu thuật trên tất cả bệnh nhân. Về mặt hình ảnh X-quang, tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh xương cánh tay thẳng trục trên X-quang thay đổi từ 16,7% trước mổ đến 97,9% sau mổ. Đánh giá kỹ lưỡng hơn, tỷ lệ liền xương ở mức tốt đạt 89,6% và 1 bệnh nhân (2,1%) không liền xương được xếp ở mức xấu. Sau mổ không có bệnh nhân nào gập góc xương cánh tay trên 10°.

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương khớp giả gặp chủ yếu ở nam giới trong độ tuổi lao động. Một nghiên cứu khác đưa ra thống kê dịch tễ tương đồng với tỷ lệ nam/nữ là 2,9/1 và độ tuổi trung bình là 41. Chúng tôi cho rằng nam giới trong độ tuổi lao động là nhóm có nguy cơ chấn thương cao hơn do đặc thù công việc và thói quen sinh hoạt. Khoảng thời gian từ sau tai nạn đến lúc phẫu thuật khớp giả đa dạng ở các bệnh nhân, sớm nhất là 2 tháng và muộn nhất là 10 năm, trung bình 1,5 năm, do có những bệnh nhân được sử dụng nhiều phương pháp kết hợp xương trước đó. Ngoài ra việc tái khám định kỳ và tập phục hồi chức năng chưa được chú trọng đúng mức, người bệnh chỉ đi khám khi sinh hoạt bị ảnh hưởng nhiều gây chậm trễ điều trị. Theo chúng tôi kết quả tương phản này là do gãy hở thường ít gặp hơn nhưng nặng hơn nên được theo dõi và điều trị sát sao hơn. Mặt khác, nhiều trường hợp ngay sau tai nạn chỉ gãy bán phần nên không được phát hiện kịp thời và gây chậm trễ trong điều trị.

Trên thực tế, có nhiều cách phân loại khớp giả khác nhau. Ở đây, chúng tôi sử dụng phân loại Judet chia khớp giả thành 2 loại: khớp giả phì đại (thường do ổ gãy không được cố định chắc chắn) và khớp giả xơ teo (do mạch máu bị tổn thương làm giảm nuôi dưỡng ổ gãy) [5]. Trong nghiên cứu, tỷ lệ số bệnh nhân thuộc loại khớp giả phì đại tương đồng với các kết quả trước đây [1]. Điều này phản ánh kỹ thuật cố định ổ gãy sau chấn thương còn chưa đảm bảo, trở thành một nguyên nhân dẫn tới di chứng khớp giả cho bệnh nhân. Triệu chứng đau mạn tính kèm theo khó khăn trong vận động gặp ở đa số các trường hợp, điều này cũng tương tự với những báo cáo trước đó [4], [6], [8]. Trên phim X-Quang, đa phần bệnh nhân có gập góc tại ổ khớp giả. Mức độ gập góc phản ánh tình trạng bệnh, từ đó giúp bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, cũng như là cơ sở khách quan đánh giá hiệu quả nắn chỉnh sau phẫu thuật.

Trước phẫu thuật kết hợp xương, đa phần bệnh nhân được phẫu thuật sử dụng nẹp vít, cùng với đóng đinh nội tủy hoặc đặt khung cố định ngoài. Tỷ lệ gập khớp giả sau nẹp vít cao theo chúng tôi do một số nguyên nhân sau. Thứ nhất, nẹp vít hiện được sử dụng nhiều, phổ biến hơn so với những phương pháp khác. Thứ hai, quá trình cố định nẹp chưa được đảm bảo khi đa phần các trường hợp trong nghiên cứu có gãy hoặc bong nẹp. Gãy nẹp thường do chọn nẹp không phù hợp kích thước hoặc nẹp không đạt

quy chuẩn, trong khi bong nẹp chủ yếu xuất phát từ việc chọn vít ngắn, không đủ để bám vào thành xương hai bên. Nguyên nhân thứ ba đến từ quá trình tập vận động khi người bệnh không được hướng dẫn hoặc không tuân thủ yêu cầu của nhân viên y tế.

Khớp giả có thể hồi phục được trong tình trạng có đầy đủ các điều kiện đáp ứng [2],[7]. Ngoài việc sử dụng phương pháp kết hợp xương nẹp vít với hiệu quả điều trị cao, an toàn và ít biến chứng, chúng tôi cũng chú trọng về chỉ định điều trị sau phẫu thuật cho bệnh nhân, nhất là việc hướng dẫn tập luyện tại bệnh viện cũng như tại nhà [1].

Đánh giá lâm sàng trên các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có một tỷ lệ các bệnh nhân còn đau do thay đổi thời tiết hoặc do vận động sau phẫu thuật. Triệu chứng này thường xuất hiện ở các bệnh nhân tổn thương mức độ nặng hoặc tuổi cao. Không có trường hợp nào đau liên tục cho thấy sự tăng lên trong chất lượng cuộc sống người bệnh. Tỷ lệ bệnh nhân teo cơ thấp có thể giải thích bởi các chỉ định sau mổ và việc theo dõi chặt chẽ. Với đặc điểm của phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít giúp cố định vững chắc ổ gãy, tạo điều kiện thuận lợi cho việc vận động sớm sau phẫu thuật, hạn chế tối đa hiện tượng teo cơ. Bên cạnh đó, đánh giá khả năng làm việc sau điều trị phản ánh tương đối khả năng hồi phục toàn diện của bệnh nhân. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân bị ảnh hưởng tới khả năng làm việc chiếm 12,5% cho thấy phương pháp điều trị của chúng tôi đạt được hiệu quả cao.

Phối hợp đánh giá trên hình ảnh X-quang về mặt hình thể, hình ảnh xương thẳng trục sau mổ đạt được ở gần như tuyệt đối bệnh nhân mặc dù trước phẫu thuật có 8/48 bệnh nhân xương lệch trục đáng kể. Sự khác biệt này khẳng định được tính hiệu quả của việc điều trị bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít. Kết quả tích cực của kỹ thuật này cũng được thể hiện trong nghiên cứu của tác giả Dương Đình Xuyên với tỷ lệ 84,61% liền xương ở mức tốt và 5,12% bệnh nhân liền xương ở mức trung bình - kém [1].

Đánh giá biến chứng sau mổ ở nhóm bệnh nhân cho thấy không có trường hợp nào liệt thần kinh quay hay có biến chứng toàn thân. Biến chứng thần kinh là điểm phải lưu ý vì đặc điểm giải phẫu thần kinh quay nằm trong rãnh xoắn sát bề mặt xương, dễ bị tổn thương khi có can thiệp. Ngoài ra việc bộc lộ thần kinh quay cũng gặp khó khăn khi phần mềm xung quanh ổ khớp giả có xuất hiện biến đổi giải phẫu sau những lần phẫu thuật trước đó.

V. KẾT LUẬN

Đa phần bệnh nhân khớp giả xương cánh tay là nam giới độ tuổi lao động, có chấn thương trước đó là gãy kín 1/3 dưới xương cánh tay. 75% loại khớp giả là phi đại. Tất cả bệnh nhân đã điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, trong đó 72,9% nẹp vít, nhưng các triệu chứng đau, hạn chế vận động và gập góc chi còn ảnh hưởng nhiều. Sau phẫu thuật kết hợp xương, 89,6% trường hợp có kết quả rất tốt và không bệnh nhân nào có biến chứng sau đó.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bác sĩ điều trị gãy xương tại các cơ sở y tế cần thận trọng trong việc chọn lựa phương pháp cố định cũng như dụng cụ phù hợp với tình trạng của bệnh nhân; tránh trường hợp vít, nẹp không phù hợp hoặc bó bột quá chặt, dẫn tới cố định thất bại hoặc giảm tưới máu nuôi dưỡng vùng tổn thương, gây biến chứng khớp giả.

Điều trị gãy xương cánh tay dù bằng phương pháp nào thì vấn đề tập phục hồi chức năng là cực kỳ quan trọng nhằm hạn chế biến chứng khớp giả xảy ra. Bác sĩ và bệnh nhân cần chú trọng vấn đề tập phục hồi chức năng sau điều trị gãy xương cánh tay.

Điều trị khớp giả xương cánh tay nên sử dụng

phương pháp phẫu thuật kết xương nẹp vít – ghép xương tự thân để đạt hiệu quả cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Đình Xuyên.** "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương và kết quả phẫu thuật kết xương nẹp vít - ghép xương tự thân điều trị khớp giả xương cánh tay", Đại học Y Hà Nội, 2009.
2. **Burwell RG., Urist MR.** "Bone grafts, derivatives and substitutes", Butterworth: Heinmann, 1994.
3. **Dimitriou R., Kanakaris N., Soucacos P. N. et al.** "Genetic predisposition to non-union: evidence today", Injury, 44 Suppl 1, 2013, pp: S50-3.
4. **Emara K. M., Diab A. R., Emara K. A.** "Recent biological trends in management of fracture non-union", World journal of orthopedics, 6(8), 2015, pp: 623-628
5. **Judet R., Judet J.** "L'osteogene et les retards de consolidation et les pseudarthroses des os longs", Huitieme Congress SICOT, 1960, pp: 15.
6. **Michalis P., Ippokratis P., Elena J. et al.** "Biological and molecular profile of fracture non-union tissue: current insights", Journal of cellular and molecular medicine, 19(4), 2015, pp: 685-713.
7. **Phemister D. B.** "Treatment of ununited fractures by onlay bone grafts without screw or tie fixation and without breaking down of the fibrous union", J Bone Joint Surg Am, 29(4), 1947, pp: 946-60.
8. **Santolini E., West R., Giannoudis P. V.** "Risk factors for long bone fracture non-union: a stratification approach based on the level of the existing scientific evidence", Injury, 46 Suppl 8, 2015, pp: S8-S19.

TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Thu Hà^{1,2}, Trần Việt Lực^{1,2},
Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}, Nguyễn Văn Hùng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ 07/2021 – 08/2022 với 150 bệnh nhân loãng xương tuổi ≥ 60 tuổi, khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Thang điểm PHQ-9 được sử dụng đánh giá tình trạng trầm cảm. Phòng vấn trực tiếp được thực hiện bằng bảng câu hỏi có sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm là 62,2%, với điểm cut-off ≥ 5 của thang điểm PHQ-9. Trầm cảm của bệnh nhân

loãng xương cao tuổi có liên quan đến trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (OR = 2,09, 95% CI = 1,04 - 4,22), suy giảm ADL (OR = 2,13, 95% CI = 1,03 - 4,38), suy giảm IADL (OR = 2,28 KTC 95% = 1,16 - 4,46). **Kết luận:** Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi bị loãng xương khá cao. Trình độ học vấn dưới THPT, ADL, IADL là các yếu tố liên quan với trầm cảm ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi.

Từ khóa: Trầm cảm, thang đo PHQ-9, loãng xương, bệnh viện Lão khoa Trung ương.

SUMMARY

DEPRESSION AND SOME RELATED FACTORS IN OLDER PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objectives: To determine the rate of depression and some related factors in older patients with osteoporosis at National Geriatric Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted during 07/2021–08/2022 with 150 older patients with osteoporosis at National Geriatric Hospital. The PHQ-9 scale was used to measure depressive symptoms.

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương,

²Trường Đại học Y Hà Nội,

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hà

Email: dr.phamthuha@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022