

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ GỠY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH NGHỆ AN

Nguyễn Song Duệ¹, Nguyễn Mạnh Khánh², Nguyễn Hoài Nam¹,
Hoàng Tiên Hùng³, Nguyễn Việt Hoàng¹, Lê Đức Phúc⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy trên lồi cầu xương đùi là một gãy xương lớn, phức tạp, thường ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp gối. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa giúp cố định vững chắc ổ gãy theo cấu trúc giải phẫu, bệnh nhân tập vận động sớm sau mổ. Bên cạnh đó sử dụng kỹ thuật ít xâm lấn bảo tồn phần mềm và nuôi dưỡng tạo điều kiện liền xương tốt và thẩm mỹ. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa bằng kỹ thuật ít xâm lấn trong điều trị gãy trên lồi cầu xương đùi. **Đối tượng:** 40 bệnh nhân (BN): 10 nam, 30 nữ, tuổi từ 17 tuổi trở lên, được chẩn đoán gãy trên lồi cầu xương đùi và được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa sử dụng kỹ thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình Nghệ An từ tháng 05/2020-03/2023. **Phương pháp:** Tiến cứu, mô tả lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. **Kết quả:** Kết quả gần: 100% BN liền vết mổ kỳ đầu, kết quả xa: rất tốt 27,79%, tốt 61,11%, trung bình 5,55%, kém 5,55%. Biến chứng hạn chế gấp gối < 90: 2 BN (5,55%), lệch trục chi > 10°: 5 BN (13,89%), không có BN nào khớp giả. **Kết luận:** Kết hợp xương nẹp khóa là phương pháp có nhiều ưu điểm, đồng thời sử dụng kỹ thuật ít xâm lấn điều trị bệnh nhân gãy trên lồi cầu xương đùi cho kết quả đạt được khả quan, đạt hiệu quả cao, thẩm mỹ. BN luyện tập vận động sớm, tránh được các di chứng teo cơ, cứng khớp gối.

Từ khóa: Gãy trên lồi cầu xương đùi, kết hợp xương nẹp khóa, kỹ thuật ít xâm lấn

SUMMARY

OUTCOME OF SUPRACONDYLAR FEMUR FRACTURES TREATMENT WITH LOCKING PLATE USE LESS INVASIVE STABILISATION SYSTEM AT NGHE AN TRAUMA AND ORTHOPAEDIC HOSPITAL

Background: Supracondylar femur fractures is a trauma large, complex fractures, which often affects to the motor function of the knee. The locking compression plates for supracondylar femur fracture helps firmly fix, early rehabilitation. Besides, using

Less Invasive Stabilisation System preserving the soft tissue and nurturing it, creates good conditions for bone healing and aesthetic. **Objectives:** Outcome of supracondylar femur fracture managed by locking compression plate use Less Invasive Stabilisation System (LISS) at Nghe An Trauma and Orthopaedic Hospital. **Subjects:** 40 patients: 10 males, 30 females, from 17 to 92 ages, with diagnosis supracondylar femur fracture, were treated by locking plate in Less Invasive Stabilisation System at Nghe An Trauma and Orthopaedic Hospital from May 2020 to March 2023. **Methods:** Prospective, clinical description without control group, sectional description and follow-up. **Results:** Short-term results: 100% primary wound healing. Long-term results: 27.79% excellent, 61.11% good, 5.55% average, 5.55% poor. Complications: limitation of knee flexion (<90°): 2 patients (5.55%), malalignment: 5 patient (13.89%), non-union 0 patient. **Conclusion:** Locking plate osteosynthesis has many advantages, besides using Less Invasive Stabilisation System techniques achieve positive results, high efficiency, early rehabilitation as well as avoid muscular atrophy, knee stiffness.

Keywords: Supracondylar femur fracture, locking plate fixation, Less Invasive Stabilisation System, LISS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy TLC XĐ là một loại gãy xương lớn, phức tạp xảy ra do một lực chấn thương rất mạnh, nguyên nhân thường gặp là TNGT hoặc TNSH với bệnh nhân cao tuổi. Đây là loại gãy xương gần khớp nên vấn đề điều trị đặt ra là phải phục hồi tốt hình thể giải phẫu và cố định vững chắc ổ gãy, giúp cho BN tập vận động sớm, tránh được các di chứng teo cơ, cứng duỗi khớp gối. Đã có nhiều phương pháp kết hợp xương được áp dụng trong điều trị gãy kín trên lồi cầu xương đùi như kết hợp xương nẹp vít, nẹp góc, nẹp DCS, nẹp ốp lồi cầu... Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa được áp dụng vào điều trị gãy xương nhiều năm gần đây bởi kết hợp xương nẹp khóa thường được chỉ định cho các gãy xương vùng đầu xương, gãy xương phức tạp, gãy xương không vững, và đặc biệt cho những trường hợp thưa loãng xương. Phẫu thuật kết hợp xương bằng kỹ thuật ít xâm lấn trong gãy trên lồi cầu xương đùi bằng nẹp vít khóa là một kỹ thuật khó đòi hỏi trình độ cao của phẫu thuật viên, bên cạnh đó các nghiên cứu tương tự có số lượng rất ít, Bệnh viện Chấn thương Chính hình Nghệ An bước đầu đã áp dụng phương pháp điều trị này và đạt

¹Bệnh viện Chấn thương Chính hình Nghệ An

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Nhi Trung Ương

⁴Bệnh viện Quân Y 109

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Song Duệ

Email: drduetch@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

được kết quả khả quan. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật ít xâm lấn điều trị gãy trên lồi cầu xương đùi bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình Nghệ An”. Nhằm mục đích đánh giá kết quả, đưa ra các ưu điểm của kỹ thuật, để rút kinh nghiệm và nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 BN chẩn đoán gãy kín TLC XĐ, được điều trị phẫu thuật kết xương nẹp khoá bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình Nghệ An từ 5/2020 – 3/2023.

* **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Tuổi trên 17 tuổi, được chẩn đoán xác định gãy kín trên lồi cầu xương đùi, được điều trị PTKX nẹp khoá sử dụng kỹ thuật ít xâm lấn, đầy đủ hồ sơ bệnh án, X- quang, bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi loại A theo phân loại AO

* **Tiêu chuẩn loại trừ.** Gãy xương hở, gãy đầu dưới xương đùi loại B, C theo phân loại AO, BN gãy xương bệnh lý, gãy xương thứ phát do dị căn xương, bệnh nhân mắc các bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng không nhóm chứng, hình thức mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. Nội dung nghiên cứu:

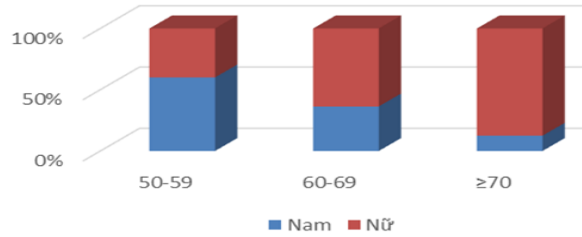
- Phân loại gãy xương theo Muler AO
- Đánh giá kết quả điều trị: Kết quả gần ngay sau mổ, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng; kết quả xa: sau mổ 12 tháng. Phương pháp đánh giá kết quả:
 - Kết quả gần: Diễn biến liền vết mổ, kết quả kết xương và nắn chỉnh dựa trên phim X-Quang sau mổ.
 - Kết quả xa: Đánh giá theo Phục hồi chức năng của Sander. R .Dựa vào các tiêu chí: triệu chứng đau, chức năng vận động của khớp gối, biến dạng trục chi thể, phục hồi khả năng sinh hoạt và kết quả liền ổ gãy trên phim Xquang.
 - Kết quả chung: chia thành 4 loại: Rất tốt, tốt, trung bình, kém.
- **Số liệu được xử lý** bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm số liệu nghiên cứu

Chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là Nữ ở tuổi trên 70 tuổi với 21 BN. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 72,18 ± 9,56 cao hơn nhiều so với các nghiên cứu của Hosam (6).

Tỷ lệ Nam nữ theo lứa tuổi



Biểu đồ 1: Tuổi và giới (n=40)

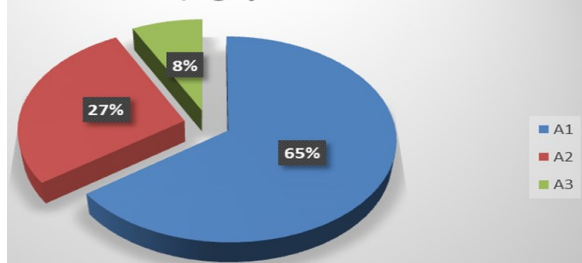
Nhận xét: Nghiên cứu trên 40 BN có độ tuổi từ 55 – 92 tuổi, trong đó Nam 10 BN (25%), Nữ 30 BN (75%).

Bảng 2: Nguyên nhân (n=40)

Nguyên nhân	Nhóm tuổi		Tổng cộng	Tỷ lệ %
	Nam	Nữ		
TNGT	4	2	6	15
TNLĐ	0	3	3	7.5
TNSH	6	25	31	77,5
Tổng cộng	10	30	40	100

Nhận xét: Theo nghiên cứu của chúng tôi: Nguyên nhân do TNSH có 31 BN chiếm tỷ lệ cao 77,5 % sau đó TNGT với 6/40BN (15,0%). Kết quả nghiên cứu này gần tương đồng với các tác giả các báo cáo trước đây chỉ ra nguyên nhân chủ yếu gãy TLCXĐ ở trong nước cũng như nước ngoài là do TNSH và TNGT: Trần Đình Chiến (2014) (1), TNGT: 67,82%. Trương Trí Hữu và Cs (2014) (2), TNGT: 79,5%.

Phân loại gãy theo AO



Biểu đồ 2. Phân loại gãy xương theo A.O. (n=40)

Nhận xét: Trong số 40 bệnh nhân nghiên cứu có gãy trên lồi cầu xương đùi được phân loại theo AO Muller có: loại A1 có 26 ca (65 %), loại A2 có 11 ca (27,5 %), loại A3 có 3 ca (7,5%).

Theo Ngô Quốc Hoàn (4) có 13/24 BN gãy đầu dưới xương đùi gãy TLC trong đó có 3 trường hợp gãy loại A1 , 8 trường hợp gãy loại A2, 2 trường hợp gãy loại A3.

Gãy TLC là chủ yếu, đây là vùng chuyển tiếp từ thân xương đến đầu xương, do đó là vùng yếu và dễ gãy do lực chấn thương.

Thời điểm phẫu thuật: Đối với gãy xương

đầu dưới xương đùi cần mổ sớm nhất có thể khi điều kiện toàn thân và tại chỗ cho phép, lý tưởng nhất là dưới 48 giờ sau tổn thương, nếu trì hoãn 3 tuần hoặc lâu hơn phẫu thuật sẽ khó khăn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ sớm nhất là 3h sau tai nạn bệnh nhân đáp ứng đủ điều kiện phẫu thuật. Thời điểm muộn nhất của chúng tôi là sau 184h ($\approx 7,6$ ngày) thời gian trung bình là $39,2 \pm 6,5$ giờ. BN mổ sau 7 ngày là những BN đa chấn thương cần xử trí cấp cứu các tổn thương nguy hiểm đến tính mạng, sau khi BN được điều trị ổn định mới mổ KH. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thùy và Cs (2011) (3) BN được mổ sớm nhất < 24 giờ, mổ muộn nhất là sau 19 ngày. Trần Đình Chiến và Cs (2014) (1), đa số các BN được mổ từ 3 – 7 ngày (Tỷ lệ 94,59%), các BN mổ muộn do có tổn thương kết hợp phải điều trị ổn định mới mổ KH.

Kỹ thuật kết hợp xương sử dụng kỹ thuật ít xâm lấn: Trong 40 BN gãy TLCXD, chúng tôi đều sử dụng mổ đường bên ngoài. Tùy theo kích thước nẹp để sử dụng 4 đến 6 đường rạch. đường mổ trong KH sử dụng kỹ thuật ít xâm lấn và kỹ thuật nắn chỉnh gián tiếp có sử dụng màn tăng sáng.

Chúng tôi sử dụng đường mổ nhỏ để thực hiện kết hợp xương đùi bằng nẹp khoá, chỉ dùng 1 đường rạch da bờ ngoài 1/3D đùi tương ứng với mặt ngoài lõi cầu ngoài xương đùi với kích thước khoảng 2-3 cm. Sử dụng dụng cụ bóc màng xương đến vị trí qua ổ gãy trên ổ gãy về phía đầu trung tâm.

Tiến hành kiểm tra đánh giá dưới màn hình tăng sáng, Đo, kiểm tra đưa ra độ dài nẹp khoá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng nẹp từ 5 đến 13 lỗ. Trong đó loại nẹp có 7 lỗ được sử dụng nhiều nhất là 25/40 BN chiếm 42,5 %. Loại nẹp 9 lỗ, 11 lỗ, 13 lỗ được sử dụng cho trường hợp gãy trên lõi cầu có đường gãy kéo dài lên đến 1/3D xương đùi.

Thời gian phẫu thuật và truyền máu

Nghiên cứu của chúng tôi thấy: Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là $59,67 \pm 14,38$ phút. Thời gian mổ từ 60 – 90 phút có tỷ lệ cao nhất 29 BN (tỷ lệ 72,5 %). Thời gian mổ trên 90 có 2 BN (tỷ lệ 5%) thời gian mổ < 60 phút có 9 BN chiếm 22,5 %.

Kregor P.J. và Cs (2004) (5) thời gian mổ trung bình 183 phút (từ 52 – 540 phút) và Handolin L. và Cs (2004) (7). thời gian mổ trung bình là 151 phút (từ 80 – 290 phút), lượng máu truyền trung bình 1048 ml máu (từ 200 – 3500 ml máu).

Ưu điểm của phương pháp mổ ít xâm lấn của chúng tôi là hạn chế tối đa sự tổn thương thêm phần mềm xung quanh, tôn trọng các thành phần tự nhiên từ kích thước đường rạch da, phần mềm nên chúng tôi không cần truyền máu cho bất kỳ bệnh nhân nào.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gân:

- Liên vết mổ kỹ đầu: 40 BN (100%). Không có BN nào nhiễm khuẩn sâu và rò mủ kéo dài. Không có BN chảy máu sau mổ.

- Sau mổ chụp lại X-quang: Trường hợp nắn chỉnh hết di lệch 17/40 BN (42,5%), di lệch ít có 17/40 BN, di lệch lớn có 6/40 BN (15%).

- Thời gian nằm viện ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 28 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $14,95 \pm 5,13$ ngày.

3.2.2. Kết quả xa: Thời gian theo dõi bệnh nhân từ 9 đến 34 tháng. Thời gian trung bình là $20,82 \pm 1,17$ tháng.

+ Kết quả liền xương: 36BN đánh giá trong kết quả xa trên 12 tháng đều liền xương (100%). Siliki và Cs (1989) thời gian liền xương trung bình là 13,6 tuần (8).

+ Phục hồi chức năng: Nghiên cứu của chúng tôi biên độ vận động gấp gối > 125° tỷ lệ 36,11% (13 BN), từ 100° - 124° tỷ lệ 52,77% (19 BN), từ 90° - 99° tỷ lệ 5,55 % (2 BN), Có 2 BN tỷ lệ gấp gối < 90° chiếm 5,55 %. Gấp gối trung bình là: $116,81^{\circ} \pm 2,70^{\circ}$. Nẹp vít khóa có vai trò rất lớn cố định vững chắc ổ gãy, do vậy sau mổ BN được hướng dẫn tập vận động sớm, kết quả phục hồi chức năng rất khả quan, có 2 trường hợp hạn chế vận động gối < 90° , đây là trường hợp BN nữ, tuổi cao (80 tuổi), thừa loãng xương nên rất sợ tập vận động.

Kết quả của chúng tôi tương đương với Ngô Quốc Hoàn(4), cao hơn Doshi (9), và thấp hơn Trương Trí Hữu (2).

+ Phục hồi giải phẫu: Kết quả không biến dạng gấp góc 27/36 BN tỷ lệ 75%, có biến dạng gấp góc < 10° là 4 BN tỷ lệ 11,11%, Có 5 trường hợp biến dạng gấp góc > 10° chiếm tỷ lệ 13,89%. Chúng tôi có 17 trường hợp ngắn chân. Ngắn chi trung bình là $0,44 \pm 0,08$ cm. Nagy M.H. và Cs (2007) biến dạng gấp góc > 5° là 26,09%, biến dạng gấp góc > 10° là 4,35%, ngắn chân 0,5cm là 8,70% (6). Kết quả này có khác biệt nhẹ, điều này cho thấy khả năng giữ góc của nẹp khóa là rất tốt.

3.2.3. Kết quả chung sau phẫu thuật:

Bảng 3. Đánh giá kết quả xa theo Sander R (n = 36)

Phân loại	Số BN	Tỷ lệ %
-----------	-------	---------

Rất tốt	10	27,79
Tốt	22	61,11
Trung bình	2	5,55
Kém	2	5,55
Cộng	36	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả Rất tốt và tốt có 32/36 BN chiếm tỷ lệ 89,9%, kết quả trung bình có 2BN chiếm tỷ lệ 5,55 %, và 2/36 BN chiếm tỷ lệ 5,55% đạt kết quả kém.

Trần Đình Chiến và Cs (2014) (1), tỷ lệ tốt, khá 80,88%, trung bình 13,24%, kém 5,88%. Tỷ lệ rất tốt và tốt của chúng tôi cao hơn. Qua đó chúng tôi nhận thấy với các nẹp khóa cùng kỹ thuật ít xâm lấn ưu điểm: cố định ổ gãy vững chắc, góc giữa nẹp - vít cố định, chịu lực dàn đều, tổn thương mạch máu nuôi dưỡng và cốt mạc tối thiểu đã đem lại hiệu quả điều trị phẫu thuật với kết quả rất khả quan.

3.2.4. Liên quan giữa loại gãy và kết quả điều trị

Bảng 4. Liên quan giữa loại gãy và kết quả điều trị (n=36)

Kết quả	Phân loại AO			Tổng cộng	Tỷ lệ %
	A1	A2	A3		
Rất tốt	5	5	0	10	27,79
Tốt	14	5	3	22	61,11
TB	2	0	0	2	5,55
Kém	2	0	0	2	5,55
Tổng	23	10	3	36	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả rất tốt và tốt gặp nhiều nhất với kiểu gãy A1 có 19 BN(52,78 %), 3 BN gãy loại A3 đều cho kết quả tốt chiếm 8,33%. Có 4 trường hợp kết quả trung bình và kém đều gặp ở kiểu gãy A1 chiếm 11,11% lý do nắn chỉnh phục hồi giải phẫu khó khăn, còn di lệch ít, hơn nữa BN sợ tập vận động nên phục hồi chức năng khớp gối kém. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Trí Hữu (2).

3.2.5. Biến chứng: Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị các biến chứng chặm liền xương, không liền xương.

- Sẹo mổ có 2 BN (tỷ lệ 5,3%) có sẹo xấu phì đại.

- Lỏng vít, gãy vít, cong nẹp: Không gặp trường hợp nào.

Kregor P.J. và Cs (2004) (5), gặp 5% các trường hợp bị lỏng vít, 1 trường hợp bị bật vít.

Biến chứng thường gặp sau gãy trên lồi cầu xương đùi là mất hoặc hạn chế vận động khớp gối, hướng dẫn bệnh nhân tập vận động, phục hồi chức năng là một yếu tố đóng vai trò rất quan trọng góp phần đem lại kết quả điều trị sau

phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả gần (n=40): Liền vết mổ kỳ đầu: 100%. Không có BN nào có biến chứng nhiễm khuẩn. Chảy máu sau mổ: Trường hợp nắn chỉnh hết di lệch 17/40 BN (42,5%), di lệch ít có 17/40 BN, di lệch lớn có 6/40 BN (15%).

Kết quả xa (n=36): Thời gian theo dõi bệnh nhân từ 9 đến 34 tháng. Thời gian rung bình là 20,82 ± 1,17 tháng. Tất cả bệnh nhân đều liền xương (100%)

Nghiên cứu của chúng tôi biên độ vận động gấp gối > 125^o tỷ lệ 36,11% (13 BN), từ 100^o - 124^o tỷ lệ 52,77% (19 BN), từ 90^o - 99^o tỷ lệ 5,56 % (2 BN), Có 2 BN tỷ lệ gấp gối < 90^o chiếm 5,56 % . Gấp gối trung bình là: 116,81^o ± 2,70^o

Kết quả không biến dạng gấp góc 27/36 BN tỷ lệ 75%, có biến dạng gấp góc < 10^o là 4 BN tỷ lệ 11,11 %, Có 5 trường hợp nào biến dạng gấp góc > 10^o chiếm tỷ lệ 13,89 %. Có 17 trường hợp ngắn chân. Ngắn chi trung bình là 0,44 ± 0.08 cm

Kết quả chung: Rất tốt 27,79%, tốt 61,11%, trung bình 5,55% và kém 5,55%.

Biến chứng: Gập gối ít nhất 90^o có 2 ca chiếm 5,55%.

Không có bệnh nhân nào khớp giả.

Kết xương nẹp khóa cho các gãy trên lồi cầu xương đùi, đặc biệt ở người lớn tuổi loãng xương có nhiều ưu điểm do vít và nẹp khóa thành một khối kết xương vững chắc, phục hồi giải phẫu. Bên cạnh đó sử dụng kỹ thuật ít xâm lấn cho giúp cho BN tập vận động sớm, phục hồi chức năng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Chiến Trần Đình LNH, Bình Đỗ Đức** Đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy ĐDXĐ bằng kết hợp xương bên trong tại BVQY 103. Tạp chí YDHQS. 2014;4:107-12.
- Hữu Trương Trí HNT.** 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. 2014;Số đặc biệt:178-83.
- Quê VH, Vũ VK, Vũ TT.** 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 sáng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;509(2).
- Hoàn Ngô Quốc TNH.** Đánh giá kết quả ban đầu điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa. Tạp chí y dược thực hành 175. 2020;2(6):75-84.
- Kregor PJ SJ, Zlowodzki M, Cole PA.** Treatment of distal femur fractures using the less invasive stabilization system: surgical experience and early clinical results in 103 fractures. J Orthop Trauma. 2004;18(8):509-20.

6. **M Hosam N, Emad EM, Khaled I.** Buttress-condylar plating in treatment of intercondylar supracondylar fractures of distal femur. 2007.
7. **Handolin L, Pajarinen J, Lindahl J, Hirvensalo E.** Retrograde intramedullary nailing in distal femoral fractures—results in a series of 46 consecutive operations. *Injury.* 2004;35(5):517-22.
8. **Siliski JM, Mahring M, Hofer H.** Supracondylar-intercondylar fractures of the femur. Treatment by internal fixation. *JBJS.* 1989;71(1):95-104.
9. **Doshi HK, Wenxian P, Burgula MV, Murphy DP.** Clinical outcomes of distal femoral fractures in the geriatric population using locking plates with a minimally invasive approach. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation.* 2013;4(1):16-20.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO

Phan Thị Minh Thu¹, Phạm Văn Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tới chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh đột quỵ nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, đánh giá so sánh trước và sau điều trị. 92 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội được can thiệp chương trình phục hồi chức năng vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, dinh dưỡng, điều dưỡng theo liệu trình 02 buổi/ngày x 5 ngày/tuần trong 01 tháng. Bệnh nhân được đánh giá CLCS bằng thang điểm CLCS cho người bệnh đột quỵ não (Stroke Specific Quality of Life/SS-QOL) và thang điểm lượng giá CLCS theo tiêu chuẩn châu Âu (Euro Qol-5D / EQ-5D). **Kết quả:** Sau 4 tuần điều trị, mức độ CLCS theo thang SSQOL, điểm trung bình CLCS, điểm trung bình CLCS theo từng lĩnh vực sức khỏe chức năng, sức khỏe thể chất, tâm lý, xã hội ở thời điểm sau điều trị 4 tuần đều cao hơn lúc vào viện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình CLCS bệnh nhân theo thang điểm EQ-5D cao hơn lúc vào viện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Có 56,5% (52 bệnh nhân) có điểm CLCS cải thiện, 43,5% (40 bệnh nhân) điểm CLCS chưa có sự cải thiện. **Kết luận:** Sau 4 tuần can thiệp phục hồi chức năng toàn diện, giúp nâng cao CLCS của người bệnh sau đột quỵ nhồi máu não.

Từ khóa: Đột quỵ nhồi máu não, phục hồi chức năng, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

EVALUATION THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION INTERVENTIONS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

¹Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Minh Thu

Email: phanminhthu141@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

Objective: To evaluate the effectiveness of rehabilitation interventions on the quality of life of patients with ischemic stroke. **Method:** Interventional study, comparative evaluation before and after treatment. 92 patients with ischemic stroke and inpatient treatment at the Hanoi Rehabilitation Hospital received intervention in the rehabilitation program, physiotherapy, occupational therapy, speech therapy, nutrition, and nursing care according to the course 02 sessions/day x 5 days/week for 01 month. Patients were evaluated for quality of life using the Stroke Specific Quality of Life/SS - QOL and the European Standard Quality of Life Scale (Euro Qol - 5D/ EQ - 5D). **Results:** After 4 weeks of treatment, the level of Quality of Life according to the SSQOL scale, the average score of quality of life, the average score of quality of life by each area of functional health, physical health, psychology, and society at the time after 4 weeks of treatment, they were statistically significantly higher than the time of admission with $p < 0.05$. The mean score of patient's quality of life according to EQ - 5D scale was higher than at hospital admission with statistical significance with $p < 0.001$. There are 56.5% (52 patients) have improved quality of life score, 43.5% (40 patients) quality of life score has not improved. **Conclusion:** After 4 weeks of treatment, according to the SS-QOL score, all patients have improved quality of life score.

Keywords: ischemic stroke, rehabilitation, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những bệnh lý phổ biến do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra. Bệnh có thể gây tử vong nhanh chóng hoặc nếu người bệnh sống sót sẽ để lại nhiều di chứng nặng nề. Với sự gia tăng tỷ lệ đột quỵ não sẽ đồng thời kéo theo sự gia tăng gánh nặng kinh tế liên quan đến đột quỵ cho những người sống sót sau đột quỵ và gia đình của họ. Đột quỵ với các mức độ nghiêm trọng khác nhau, có thể ảnh hưởng đến khả năng vận động, tính độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và liên quan chặt chẽ đến CLCS của người bệnh [5].