

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG VÙNG MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH CHỐT ĐÙI GẦN

Nguyễn Huy Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng của bệnh nhân gãy liên mẫu chuyển được kết hợp xương bằng đinh chốt đùi gần. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán gãy liên mẫu chuyển xương đùi, tuổi từ 17 trở lên và được mổ kết hợp xương bằng đinh chốt đùi gần loại 1 vít cổ xương đùi. **Kết quả:** Từ tháng 3/2018 đến tháng 3/2019, chúng tôi ghi nhận 36 bệnh nhân được điều trị bằng đinh chốt đùi gần chống xoay. Trong đó có 24 nữ/ 12 nam. Tuổi trung bình $72,21 \pm 6,35$ tuổi. Thời gian theo dõi trung bình 18 tháng. **Kết luận:** Gãy liên mẫu chuyển xương đùi đa số ở người lớn tuổi, sử dụng đinh chốt đùi gần cho kết quả tốt, các trường hợp đều đạt lành xương và phục hồi chức năng tốt.

Từ khóa: gãy liên mẫu chuyển, kết hợp xương đinh nội tủy, đinh chốt đùi gần chống xoay, đinh chốt cổ xương đùi

SUMMARY

TO EVALUATION THE TREATMENT OF INTERTROCHANTERIC FRACTURE BY PFNA ABOUT ANATOMIC RESTORATION AND REHABILITATION

Purpose: The study was conducted to evaluate the treatment of intertrochanteric fracture by PFNA about anatomic restoration and rehabilitation. **Method:** The patients with intertrochanteric fractures who were over 17 years old were included in this study. These patients were treated by PFNA. **Results:** From March 2018 to March 2019, there were 36 patients undergone this procedure. The female: male ratio was 24: 12. Mean age was $72,21 \pm 6,35$. Mean time follow-up was 14 months. **Conclusions:** Intertrochanteric fracture were mostly seen in adultly patients. The PFNA brings good results in anatomic reduction and rehabilitations.

Keywords: Intertrochanteric fracture, intramedullary nail, PFNA, dequy synthes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặc điểm của vùng liên mẫu chuyển xương đùi (LMCXĐ) là vùng xương xốp, hệ thống mạch máu khá phong phú do đó khi bị tổn thương vùng này lượng máu mất cũng khá nhiều, do đó khi điều trị cần tránh làm tổn thương nhiều hơn, để tránh mất máu nhiều hơn. Nếu không KHX

gãy vùng LMCXĐ cũng dễ đưa đến kết quả cùn xương lệch gây ra biến dạng góc cổ thân dẫn đến hư thoái hóa khớp háng hay không liền xương đối với loại gãy di lệch nhiều.

Gãy LMCXĐ hay xảy ra ở người cao tuổi; phụ nữ bị gấp 2-3 lần nam giới [1, 2, 3, 4, 6, 13]. Loãng xương là nguyên nhân chính dẫn đến gãy mất vừng LMCXĐ dù chỉ là chấn thương nhẹ. Người cao tuổi (trên 70 tuổi) chiếm đến 95% trong tổng số các bệnh nhân. Còn ở người trẻ, chất lượng xương còn tốt thường xảy ra sau một chấn thương năng lượng cao như té từ trên cao hoặc tai nạn giao thông, gây ra gãy xương phức tạp, rất khó khăn để nắn chỉnh về vị trí giải phẫu và cố định xương [3, 4, 5, 6, 7]. Theo tổng kết tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, từ tháng 10/2012 đến tháng 10/2013 có gần 700 trường hợp gãy LMCXĐ cần được điều trị.

Người cao tuổi ngoài loãng xương có thể kèm theo các bệnh mạn tính như: bệnh tim mạch, bệnh về đường hô hấp, tiểu đường, sa sút trí tuệ, mắt kém, thoái hoá các khớp... Vì vậy trước đây bảo tồn là phương pháp điều trị rộng rãi. Tuy nhiên điều trị bảo tồn đã gây nhiều biến chứng: loét do tỳ đè, viêm tắc mạch, viêm phổi do ứ đọng, nhiễm trùng tiểu,... làm cho tỷ lệ tử vong tăng cao. Hiện nay, với sự phát triển của ngành Gây mê - hồi sức, cùng các dụng cụ kết hợp xương mới giúp cho việc điều trị các gãy mất vừng LMCXĐ ở người cao tuổi bằng phẫu thuật đã được thực hiện rộng rãi tạo điều kiện cho bệnh nhân vận động sớm, phục hồi chức năng sớm, tránh được các biến chứng do nằm lâu [3,6,9,10].

Tại bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, kết hợp xương với kỹ thuật ít xâm lấn bằng đinh nội tủy cho thấy hiệu quả tốt, do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá kết quả kết hợp xương vùng mất chuyển bằng đinh chốt đùi gần".

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Đánh giá kết quả liền xương và kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật điều trị gãy xương vùng mất chuyển bằng đinh chốt đùi gần.

2. Mô tả các biến chứng điều trị gãy xương vùng mất chuyển bằng đinh chốt đùi gần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 17 tuổi trở lên bị gãy liên mẫu chuyển xương đùi

¹Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn

Email: bshuytoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

nhập viện tại bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình trong thời gian nghiên cứu được chỉ định mổ bằng đinh chốt đùi gần.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 17 tuổi trở lên.
- Có đủ Xquang 2 bình diện thẳng – nghiêng khớp háng trước mổ.
- Trên phim Xquang, chất lượng xương từ bình thường đến loãng xương vừa (thuộc nhóm VI, V, IV, III theo Singh)

2.1.2. Tiêu chuẩn không lựa chọn

- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu
- Bệnh nhân có gãy cũ ở đầu trên xương đùi.
- Gãy LMCXD do các nguyên nhân bệnh lý.
- Bệnh nhân bị gãy lại kèm dụng cụ.
- Gãy LMCXD trên bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiến triển.
- Bệnh nhân bị liệt không đi lại được trước khi gãy LMCXD.
- Bệnh nhân có bệnh hoặc tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (mức độ 5 theo ASA).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Tại khoa Chi Dưới bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP.HCM
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2018 đến tháng 3/2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế mô tả hàng loạt ca

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được ước tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: N = cỡ mẫu tối thiểu

Z_{1-α/2}: Là giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị α lựa chọn

α: xác suất sai lầm loại 1, α = 0,05

p: xác suất ước tính từ một nghiên cứu trước đó.

Dựa vào kết quả nghiên cứu trước đây của Ihab và cộng sự, tỷ lệ mổ KHX bằng đinh đùi gần cho gãy LMCXD thành công là 100%. Theo đó chúng tôi kỳ vọng tỷ lệ thành công là 98%. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 32 bệnh nhân.

Phương pháp phẫu thuật:

- Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, chân không bị tổn thương của bệnh nhân đặt ở tư thế duỗi thẳng, giang ra và kéo nhẹ hoặc hơi gấp gối.

- Nếu sau khi nắn phẫu thuật viên đánh giá ổ gãy chưa vững thì có thể mổ đường mổ nhỏ vùng ổ gãy, dùng các dụng cụ hỗ trợ để nắn ổ gãy.

- Đường mổ: rạch da cách đỉnh mẫu chuyển lớn 3-5cm, nằm trên đường thẳng với trục thân

xương đùi, tách cân cơ theo đường rạch da. Đặt cờ dẫn ở đỉnh mẫu chuyển lớn trị trí 1/3 trước và 2/3 sau.

- Khoan lòng tủy ở đầu trên xương đùi với bộ khoan thiết kế riêng cho đinh. Đặt đinh qua cờ dẫn
- Cố định khối thân xương đùi và cổ-chòm bằng vít trượt, đỉnh vis cách sụn khớp chòm xương đùi 15mm, cố định vít trượt và vít thân xương dưới sự kiểm soát của C-arm ở bình diện thẳng-nghiêng.

- Đóng nắp đinh và kiểm tra C-arm bình diện thẳng-nghiêng

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 3/2018 - 3/2019, có 36 BN gãy LMCXD được điều trị phẫu thuật bằng đinh chốt đùi gần, nắn chỉnh kín với bàn chỉnh hình và màn tăng sáng tại Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình, tác giả rút ra một số kết quả sau:

Phân loại theo độ tuổi

Bảng 1: Phân loại theo độ tuổi

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
<50	4	11,1
50 – 70	10	27,8
70 – 90	18	50
≥ 90	4	11.1
Cộng	36	100

Nhóm tuổi từ 70-90 tuổi có tỷ lệ bị gãy mẫu chuyển xương đùi nhiều nhất với 50%. Độ tuổi dao động từ 30 tuổi đến 102 tuổi, độ tuổi trung bình là 72,21 ± 6,35 tuổi. Đa số bệnh nhân là người cao tuổi. Điều này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước.

Phân loại theo giới.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ bị gãy xương gấp đôi bệnh nhân nam. (Nữ chiếm 67%, nam chiếm 33%). Điều này có thể giải thích do tình trạng loãng xương xảy ra ở người lớn tuổi đặc biệt ở phụ nữ mãn kinh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,004

Bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo:

Bảng 2: Bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo

Bệnh nội khoa kèm theo	Số BN	Tỷ lệ %
Bệnh đái tháo đường tuýp II	5	13,9
Bệnh tim mạch	11	30,6
Bệnh hô hấp	4	11,1
Thiếu máu mạn	3	8,3
Các bệnh khác	2	5,6

Bệnh nội khoa mạn tính kèm theo chủ yếu là bệnh tim mạch với 30,6% và bệnh đái tháo đường tuýp II với 13,9%.

Phân loại GLMCXD theo AO:

Bảng 3: Phân loại GLMCXD theo AO

Loại gãy	Số BN	Tỷ lệ (%)	
A1	A1.1	5	13,9
	A1.2	6	16,7
	A1.3	8	22,2
A2	A2.1	7	19,4
	A2.2	5	13,9
	A2.3	3	8,3
A3	A3.1	1	2,8
	A3.2	0	0
	A3.3	1	2,8
Cộng	36	100%	

Đa số là gãy vững loại A1-A2.1 ở 26 BN chiếm tỷ lệ 72,2%.



Hình 1: Bệnh nhân nam, sinh năm 1950, Xquang trước mổ: loại A3.3 theo AO

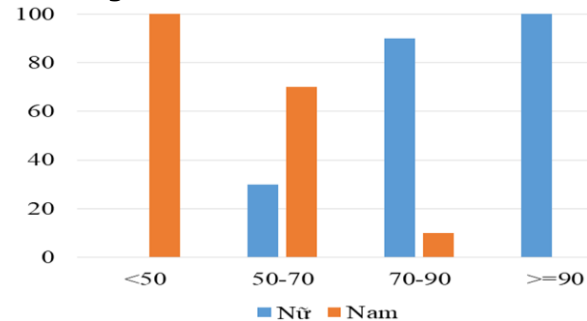
Mức độ loãng xương (Theo Singh)

Bảng 4: Mức độ loãng xương

Độ loãng xương	Số BN	Tỷ lệ %
Độ 3	21	58,3
Độ 4	11	30,5
Độ 5	2	5,6
Độ 6	2	5,6
Cộng	36	100

Đa số BN bị loãng xương mức độ nặng chiếm tỷ lệ 58.3%

Liên quan giữa tỷ lệ gãy LMCXD với độ tuổi và giới



Biểu đồ 1: Sự liên quan tỷ lệ gãy xương với giới và độ tuổi

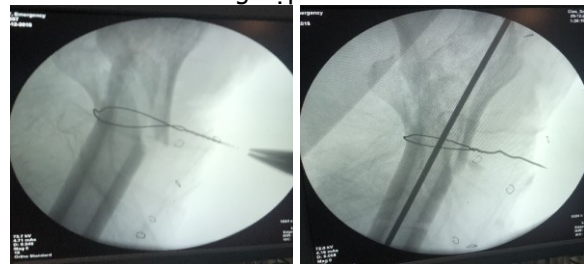
Có sự khác biệt trong độ tuổi gãy xương theo giới tính, nam giới có tỷ lệ gãy xương cao hơn ở nhóm tuổi trẻ dưới 50 tuổi, phụ nữ có tỷ lệ gãy xương cao ở độ tuổi từ 90 tuổi trở lên. Tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc gãy xương của nữ nhiều hơn của nam giới. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P^* = 0,004 < 0,05$ (phép kiểm Fisher)

Kết quả về kỹ thuật kết hợp xương

Bảng 5: Kết quả kỹ thuật kết hợp xương

Tiêu chuẩn đánh giá	Số BN	Tỷ lệ %
Góc cổ thân xương đùi 125-130°	36	100
Vít cổ chỏm đúng vị trí	36	100
Cộng	36	100

Kết quả KHX đều đạt yêu cầu về kỹ thuật đối với tất cả các trường hợp.



Hình 2: Sử dụng đường mổ nhỏ và chỉ thép giúp nắn ổ gãy



Hình 3: Hình ảnh Xquang sau phẫu thuật

Tiến độ liền xương sau 6 tháng.

Tiến độ liền xương sau 6 tháng được kiểm tra bằng X-quang, kết quả cho thấy 100% bệnh nhân liền xương vững đúng thời hạn. Góc cổ - thân xương đùi 125° - 130° đạt 100%. Vít cổ chỏm trượt về phía thân xương đùi trên 0,5cm nhưng vẫn nằm trong khối cổ chỏm ở 13.9% bệnh nhân.

Bệnh nhân được theo dõi trung bình là 18 tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất 16 tháng, dài nhất là 24 tháng, với các kết quả thu được như sau:

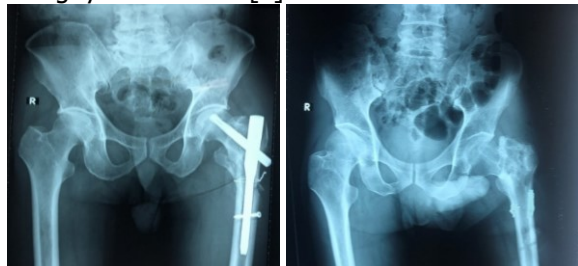
Bảng 6: Biên độ vận động khớp háng

Biên độ vận động khớp háng	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường, gấp háng > 90°	32	88,9
Hạn chế, gấp háng 80° - 90°	4	11,1
Hạn chế, gấp háng 60° - <80°	0	0
Hạn chế, gấp háng < 60°	0	0
Cộng	36	100%

Có 88,9% bệnh nhân phục hồi tầm vận động gấp khớp háng về mức bình thường. Không có trường hợp bệnh nhân hạn chế gấp háng dưới 80^o.

Kết quả chung. Kết quả rất tốt và tốt đạt: 91,7%; trung bình: 8.3% và kém: 0%.

Kết quả lành xương được Đánh giá dựa vào lâm sàng và phim X-quang. Sau thời gian theo dõi ghi nhận 100% các trường hợp đều đạt lành xương, kết quả tương đương Nguyễn Sỹ Lập[2] và Nguyễn Anh Tuấn[3].



Hình 4: Hình ảnh Xquang sau 03 tháng, và sau khi lành xương, tháo dụng cụ (18 tháng)

Mô tả các biến chứng:

- Không có biến chứng gãy thêm thân xương đùi và mẫu chuyển lớn.
- Không có biến chứng nhiễm trùng vết mổ.
- Tuy nhiên thời gian theo dõi còn ngắn nên chưa đánh giá được các biến chứng xa: hoại tử chỏm, cổ xương đùi...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiên Bình (2002), "Kết quả phẫu thuật kết xương gãy kín liên mẫu chuyển xương đùi bằng đinh Ender", Tạp chí y học thực hành, Số 3, trang 40-41.
2. Nguyễn Sỹ Lập (2018), "Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi không vững người lớn bằng kết hợp xương đinh Gamma 3 với đường mổ ít xâm lấn", Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.
3. Nguyễn Anh Tuấn (2019), "Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi bằng đinh Gamma 3 tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. Adam P. (2014), "Treatment of recent trochanteric fracture in adults", Orthop Trauma Surg Res, Vol 100, p. 75-83.
5. Adrian Todor, Adina Pojar, Dan L. (2013), "Minimally invasive treatment of trochanteric fractures with intramedullary nails", Clujul Medical, Vol 86(1), p. 40-42.
6. Domingo L.J., Cecilia D., Herrera A., Resines C. (2001), "Trochanteric fractures treated with a proximal femoral nail", Int Orthop, 25, p. 298 – 301.
7. Lee Y.K., Chung C.Y., Park M.S., et al (2013), "Intramedullary nail versus extramedullary plate fixation for unstable intertrochanteric fracture: decision analysis", Arch Orthop Trauma Surg, Vol 133(7), p. 961-68
8. Radcliff T.A., Regan E., Cowper R.D., et al (2012), "Increased use of intramedullary nails for intertrochanteric proximal femoral fracture in Veterans Affairs hospitals: A Comparative effectiveness study", J Bone joint Sur, Am, Vol 94(9), p. 833-40.
9. Ramnarayan D., Vanchi P.K., Mohan K.M. (2015), "Intramedullary or extramedullary fixation for unstable intertrochanteric fracture: A prospective randomized controlled trial", J Bone Joint Surg Am, Vol 97(23), p. 1905-12.
10. Steinberg E.L., Haidukewych G.J., Israel T.A., et al (2002), "Treatment of reverse obliquity fractures of the Intertrochanteric region of the femur", J. Bone Joint Surg Am., Vol 84, p. 869-870.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ HẮC TỔ DA GIAI ĐOẠN CHƯA DI CĂN XA TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Huyền Chi¹, Đào Văn Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhân xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hắc tố da giai đoạn chưa di căn xa (I, II, III) và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân bị UHTT da giai đoạn I, II, III điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2018

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Chi

Email: dhchi.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023

đến 12/2021. Ước tính thời gian tái phát di căn và thời gian sống còn toàn bộ theo phương pháp Kaplan – Meier. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57,29, thấp nhất 3 và cao nhất 93, độ tuổi hay gặp từ 40-79 tuổi chiếm 73,9%. Vị trí u gặp nhiều ở chi dưới (71,0%). Hầu hết khối u tăng sắc tố (96,8%), trong đó chủ yếu có màu nâu đen. Hình thái sùi và sùi loét chiếm ưu thế lần lượt là 32,3% và 35,5%. Bề dày u > 4mm (T4) chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), Clark V (29%), tỷ lệ nhân chia >6/mm² là 35,5%, tỉ lệ lympho xâm nhập u là 48,4%. Tỉ lệ bệnh nhân chưa di căn hạch là 51,6%. Tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn I, II, III lần lượt là 6,5%, 45,1%, và 48,4%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 2, 3 năm tương ứng 67,7%, 38,7% và 19,4%. Sống còn toàn bộ 1, 2, 3 năm tương ứng 77,4%, 51,6% và 45,2%. Sống còn toàn bộ 3 năm giai đoạn I-II và III là 73,3% và 18,8%. **Kết luận:** Bệnh thường gặp trên 40 tuổi. Vị