

<https://emedicine.medscape.com/article/1219134-overview#a3>

4. **Rama B, Lokaj AS, Agusholli E.** Orbital Adnexal Lymphoma Diagnostic Misalignment. *Open J Ophthalmol.* 2017;07(04):303-309. doi:10.4236/ojoph.2017.74039
5. **Fisher RI, Oken MM.** Clinical practice guidelines: non-Hodgkin's lymphomas. *Cleve Clin J Med.* 1995;62(Supplement_1):S1-6-S1-42. doi:10.3949/ccjm.62.s1.6
6. **Hsu CR, Chen YY, Yao M, Wei YH, Hsieh YT, Liao SL.** Orbital and ocular adnexal lymphoma: a review of epidemiology and prognostic factors in Taiwan. *Eye.* 2021;35(7):1946-1953. doi:10.1038/s41433-020-01198-y
7. **Decaudin D, de Cremoux P, Vincent-Salomon A, Dendale R, Rouic LLL.** Ocular adnexal lymphoma: a review of clinicopathologic features and treatment options. *Blood.* 2006;108(5):1451-1460. doi:10.1182/blood-2006-02-005017
8. **Özkan MC, Palamar M, Tombuloğlu M, et al.** Ocular Adnexal Lymphomas: Single-Center Experience. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2015; 15:S158-S160. doi: 10.1016/j.clml.2015.02.015

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Ngọc Sơn¹, Trần Chiến¹, Nguyễn Ngọc Sơn²,
Hoàng Văn Dung², Vũ Hồng Ai²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) ở người cao tuổi và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu 31 người bệnh gãy LMCXĐ được thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 84.03 ± 5.88 (74-99), nam/nữ là 1/2,44, 2 BN biến chứng gãy xương đùi. Đánh giá bằng thang điểm Harris sau 3 tháng là 9,7% rất tốt, 51,6% tốt, 29% trung bình, 9,7% kém. **Kết luận:** Thay khớp háng bán phần chuỗi dài là một lựa chọn tốt với những BN gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững >70 tuổi, loãng xương, nhiều bệnh nền phối hợp. **Từ khóa:** Gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững, thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng, bệnh nhân cao tuổi.

SUMMARY

THE RESULT OF PRIMARY CEMENTLESS BIPOLAR HEMIARTHROPLASTY FOR INTERTROCHANTERIC FRACTURE IN THE ELDERLY PATIENTS IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of Primary cementless long stem bipolar hemiarthroplasty in the

treatment of Intertrochanteric fractures(IF) in the elderly, and analyze some factors affecting treatment results. **Material and methods:** A prospective cross-sectional descriptive study of 31 patients with Intertrochanteric fractures who received a cementless long stem bipolar hemiarthroplasty at Thai Nguyen general Hospital from July 2022 to July 2023. **Results:** The average age of 84.03 ± 5.88 (74-99), ratio of male/female is 1/2,44.2 patients had surgical complications. Assessment on the Harris scale after 3 months was 9.7% very good, 51.6% good, 29% moderate, 9.7% poor. **Conclusions:** Primary cementless long stem bipolar hemiarthroplasty may be a good option for patients with unstable transtrochanteric fractures aged >70 years, osteoporosis, with comorbid comorbidities. **Keywords:** Unstable Intertrochanteric fracture, Primary cementless long stem bipolar hemiarthroplasty, elderly patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) ở người cao tuổi là một tổn thương nghiêm trọng, liên quan đến tình trạng loãng xương ở người cao tuổi và thường do các té ngã trong sinh hoạt, có tỉ lệ biến chứng và tử vong trong năm đầu sau chấn thương cao. Điều trị gãy LMCXĐ có đa dạng phương pháp kết hợp xương và thay khớp háng. Trong các trường hợp người bệnh cao tuổi, gãy LMCXĐ thường không vững, nhiều mảnh rời cùng chất lượng xương kém là những yếu tố khó khăn khi kết hợp xương, nắn chỉnh khó đạt hoàn hảo, cố định không vững chắc,... dẫn đến tỷ lệ giảm góc cổ - thân xương đùi, chập liên xương, khớp giả cao... Đồng thời sau phẫu thuật người bệnh cần bất động trong thời gian dài, dẫn đến những biến chứng nặng như

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sơn

Email: nguyenngocson0412@gamil.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

viêm phổi, loét tì do đê, huyết khối tĩnh mạch sâu... Trên thế giới, năm 1987 Green đã có báo cáo kết quả điều trị 20 người bệnh gãy LMCXD (trung bình 82,2 tuổi) bằng khớp háng bán phần, sau trung bình 5,5 ngày người bệnh có thể đi lại với khả năng chịu trọng lượng không hạn chế [9]. Đến nay, nhiều tác giả chủ trương thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng cho những trường hợp gãy LMCXD ở người cao tuổi với mục đích: người bệnh được vận động sớm, tránh biến chứng do bất động kéo dài, nâng cao chất lượng cuộc sống, hạn chế sự phụ thuộc của người bệnh trong các hoạt động cá nhân. Tại Việt Nam, các nghiên cứu của Bùi Hồng Thiên Khanh năm 2008, Nguyễn Mạnh Khánh năm 2012 và nhiều tác giả khác đã báo cáo về hiệu quả của phương pháp thay khớp háng bán phần điều trị gãy LMCXD ở người cao tuổi [1],[2]. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, áp dụng phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng điều trị người bệnh cao tuổi gãy LMCXD cho kết quả khả quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 31 người bệnh >70 tuổi gãy LMCXD được phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 7/2022 đến 7/2023.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN >70 tuổi phân loại gãy A2 theo AO.
- Loãng xương T-score < -2,5.
- Trước gãy LMCXD đi lại bình thường.
- Ổ cối bình thường, đánh giá trên X quang.
- Tình trạng toàn thân đủ điều kiện phẫu thuật.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Thân xương đùi, ổ cối bị biến dạng đánh giá trên X quang.

- Gãy xương bệnh lý.
- Vùng phẫu thuật bị nhiễm trùng.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

+ Quy trình kỹ thuật

- Lựa chọn người bệnh theo tiêu chuẩn.
- Đánh giá trước mổ: Thăm khám lâm sàng, xét nghiệm máu, đo mật độ xương. Chuẩn bị BN trước phẫu thuật, điều trị các bệnh nội khoa sẵn có.
- Phẫu thuật: Gây tê tủy sống hoặc gây mê. Người bệnh nằm nghiêng 90° về phía chân lạnh. Rạch da theo đường Gibson, bộc lộ, mở bao khớp, cắt cổ xương đùi lấy chỏm, đo kích thước chỏm, ráp chuỗi ống tủy xương đùi đến kích thước phù hợp, đặt khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng, cố định khối mẫu chuyên.

Đóng bao khớp, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ.

- Điều trị sau phẫu thuật: Kháng sinh, chống đông, chăm sóc vết mổ, phục hồi chức năng.

+ Đánh giá kết quả

- Kết quả gần: Thời gian nằm viện, liền vết mổ, biến chứng, X quang sau phẫu thuật.

- Kết quả xa: Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng phẫu thuật bằng thang điểm Harris (với các tiêu chí: mức độ đau, dáng đi, chức năng vận động, sự biến dạng, biên độ vận động).

Tổng điểm Harris	Phân loại
90 – 100	Rất tốt
80 – 89	Tốt
70 – 79	Trung bình
< 70	Kém

+ Xử lý số liệu: Bảng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

+ Tuổi và giới tính:

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi và giới tính

Tuổi	Giới			Tổng	Tỉ lệ %
	Nam	Nữ	Tổng		
70 – 79	0	8	8	25,8	
80 – 89	7	10	17	54,8	
≥ 90	2	4	9	19,4	
Tổng	9	22	31	100	

Nhận xét: Tuổi trung bình là 84,03 ± 5,88 tuổi (74-99). Nhóm tuổi 80 - 89 chiếm tỉ lệ cao nhất là 54,8%. Tỉ lệ nam/nữ là 1/2,44.

+ Số lượng bệnh nền:

Bảng 3.2. Số lượng bệnh nền

Bệnh nền	Số lượng	Tỉ lệ %
Không mắc bệnh	6	19,4
1 bệnh	11	35,5
≥ 2 bệnh	14	45,1
Tổng	31	100

Nhận xét: 25/31 người bệnh có bệnh nền, trong đó có từ 2 bệnh trở lên chiếm 45,1%.

+ Nguyên nhân chấn thương:

- Tai nạn sinh hoạt: 29 người bệnh (93,5%).
- Tai nạn giao thông: 2 người bệnh (6,5%).

+ Mật độ xương đầu trên xương đùi:

Chỉ số T-score trung bình: -3,16 ± 0,55 (-4,2 đến -2,5).

3.2. Phân loại gãy theo AO

Bảng 3.3. Phân loại gãy LMCXD theo AO

Phân loại gãy	Số lượng	Tỉ lệ %
A2.1	0	0
A2.2	16	51,6
A2.3	15	48,4
Tổng	31	100

Nhận xét:

- Không có trường hợp nào gãy loại A2.1.

- Tỷ lệ gãy loại A2.2 tương đương loại A2.3 (51,6% và 48,4%).

3.3. Kết quả điều trị sau phẫu thuật

+ Biến chứng của phẫu thuật

Bảng 3.4. Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Nhiễm trùng	0	0
Tổn thương thần kinh	0	0
Gãy xương đùi	2	6,4
Viêm phổi	0	0
Không biến chứng	29	93,6
Tổng	31	100

Nhận xét: 2 người bệnh có biến chứng gãy xương đùi bên phẫu thuật (6,4%).

+ Thời gian nằm viện:

Bảng 3.5. Thời gian nằm viện

Thời gian (ngày)	Số lượng	Tỉ lệ %
<10	0	0
10 – 15	26	83,9
>15	5	16,1
Tổng	31	100

Nhận xét: - Thời gian nằm viện trung bình là 14,06 ± 2,24 ngày (11 đến 20).

- Thời gian điều trị 10 đến 15 ngày cao nhất chiếm 83,9%.

+ X quang sau phẫu thuật:

- Chỏm khớp nhân tạo đúng vị trí: 100%.

- Gãy vỡ xương đùi: 6,4%.

3.4. Phân loại kết quả điều trị sau phẫu thuật 3 tháng theo Harris

Bảng 3.6. Phân loại kết quả điều trị sau phẫu thuật 3 tháng theo Harris

Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ %
Rất tốt	3	9,7
Tốt	16	51,6
Trung bình	9	29,0
Kém	3	9,7
Tổng	31	100

Nhận xét: - Kết quả rất tốt và tốt có 19 người bệnh (61,3%).

- Điểm Harris trung bình: 79,45 ± 8,53 (60 đến 91).

3.5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và số lượng bệnh nền

Bệnh nền	Kết quả Trung bình và kém	Rất tốt và tốt	Tổng	p
1 bệnh	2	9	11	0,002
≥2 bệnh	10	4	14	
Không	0	6	6	
Tổng	12	19	31	

Nhận xét: Mối liên quan giữa kết quả điều trị và số lượng bệnh nền có ý nghĩa thống kê với

p=0,002 < 0,05.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Kết quả Rất tốt và tốt	Trung bình và kém	Tổng
70 – 79	7	1	8
80 – 89	11	6	17
≥90	1	5	6
Tổng	19	12	31
p	0,024		

Nhận xét: Mối liên quan giữa kết quả điều trị và nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p=0,024 < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có tuổi trung bình là 84,03 ± 5,88 tuổi (74 đến 99), nhóm tuổi 80 đến 89 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,8%, tỉ lệ nam/ nữ là 1/2,44. Các kết quả của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Linh (có tuổi trung bình 86,27 ± 5,29 tuổi) [3], nghiên cứu của Ngô Hoàng Viễn (có tuổi trung bình là 85 tuổi) [4], nghiên cứu của Malve (có tuổi trung bình là 84,29 ± 6,17 tuổi) [7], nghiên cứu của Vũ Văn Khoa (tỉ lệ nam/nữ là 1/2) [5]. Cùng nhận định với các tác giả trên, chúng tôi thấy tỉ lệ nữ cao hơn nam là do mức độ loãng xương ở nữ giới cao hơn ở nam giới. Qua đánh giá mật độ xương tại đầu trên xương đùi của nhóm người bệnh trong nghiên cứu, với chỉ số T-score = -3,16 ± 0,55 (-4,2 đến -2,5), chúng tôi nhận thấy các người bệnh đều có tình trạng loãng xương vùng đầu trên xương đùi, chính vì vậy chỉ với những té ngã năng lượng thấp cũng có thể gây gãy phức tạp vùng mẫu chuyển xương đùi với nhiều mảnh rời (nguyên cứu của chúng tôi có 93,5% nguyên nhân chấn thương là tai nạn sinh hoạt).

Phân loại theo AO về gãy liên mẫu chuyển xương đùi, nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ: 51,6% gãy A2.2, 48,4% gãy A2.3. Những loại gãy chúng tôi ghi nhận là những loại gãy không vững, nhiều mảnh rời nhỏ cùng yếu tố chất lượng xương kém nên khi phẫu thuật kết hợp xương sẽ khó nắn chỉnh hoàn hảo và kết hợp xương vững chắc; tiên lượng tỉ lệ cao chậm liền xương, khớp giả và giảm góc cổ - thân xương đùi; đồng thời sau phẫu thuật nguy cơ cao có biến chứng do bất động kéo dài như viêm phổi, loét do tì đè, huyết khối tĩnh mạch sâu... Khi áp dụng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng, người bệnh có thể vận động sớm ngay ngày đầu sau

phẫu thuật, tránh tối đa các biến chứng của việc nằm bất động kéo dài, sớm lấy lại được chức năng khớp háng với khả năng tì nén. Zandi và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu 75 người bệnh trên 70 tuổi gãy LMCXD không vững chia thành 3 nhóm: Nhóm thay khớp háng bán phần chuôi dài, đinh nội tủy đầu gần xương đùi và nẹp DHS; cho kết quả thời gian mà người bệnh có thể tì nén với toàn bộ trọng lượng lần lượt tương ứng các nhóm là 1 ngày, 16,1 ngày và 8,9 ngày; điểm Harris lần lượt 79 điểm, 62 điểm và 60,2 điểm. Những kết quả này cho thấy hiệu quả về vận động sớm của người bệnh khi thay khớp háng bán phần điều trị gãy LMCXD ở người cao tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngày thứ hai sau phẫu thuật người bệnh được hỗ trợ vận động tại giường, tập đứng với dụng cụ trợ đỡ; khi ra viện, hầu hết người bệnh có thể tự đi lại được tại phòng với khung tập đi và tự chăm sóc bản thân trong những hoạt động cơ bản trong sinh hoạt.

4.2. Biến chứng của phẫu thuật. Trong nhóm người bệnh thuộc nghiên cứu, chúng tôi có hai trường hợp có biến chứng gãy xương đùi bên thay khớp háng. Phân loại theo Vancouver [8], cả hai trường hợp gãy không hoàn toàn chu vi xương đùi, 1 trường hợp type B2- gãy không di lệch, 1 trường hợp type B3- di lệch 1 thành xương. Căn cứ vào vị trí, hình thái đường gãy và độ vững của dụng cụ chuôi khớp, chúng tôi không can thiệp phẫu thuật vùng xương gãy vỡ, bất động thêm bằng nẹp chống xoay và hướng dẫn người bệnh tập vận động tì nén muộn. Sau 3 tháng theo dõi, các người bệnh có biến chứng còn đau nhẹ, không ảnh hưởng đến vận động khớp háng và khớp gối cùng bên. Hai trường hợp này có chỉ số Canal flare index (CFI) >4,7 theo phân loại của Noble [10]. Chúng tôi nhận định, với những trường hợp ống tủy hẹp, ống tủy hình chai Champagne lộn ngược, xương đùi ngắn, xương đùi có góc cong trước và cong bên thân xương đùi lớn; khi sử dụng khớp háng bán phần chuôi dài, trong quá trình đóng chuôi khớp nhân tạo có nguy cơ cao gây gãy vỡ xương đùi tại vùng ngang hoặc dưới thân chuôi khớp nhân tạo.

Từ hai trường hợp có biến chứng, chúng tôi khuyến nghị khi thay khớp háng chuôi dài, cần phân tích những đặc điểm của ống tủy xương đùi của từng trường hợp, đồng thời đánh giá tình trạng loãng xương, để có kế hoạch phẫu thuật phù hợp và lựa chọn loại chuôi khớp tương ứng với hình thái ống tủy xương đùi của mỗi người bệnh. Hiện nay đã phổ biến loại chuôi dài không xi măng có kích thước và hình thái phù hợp hơn

với xương đùi người Việt Nam (với thân chuôi có độ cong tương ứng hình thái ống tủy xương đùi, cấu trúc cổ rời linh hoạt), khi sử dụng sẽ giảm nguy cơ biến chứng gãy vỡ xương đùi trong phẫu thuật.

4.3. Những yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị. Thang điểm Harris thường được sử dụng trên lâm sàng để đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật 3 tháng, chúng tôi ghi nhận điểm Harris trung bình của người bệnh là $79,45 \pm 8,53$ (60 đến 91); phân loại: rất tốt có 3 người bệnh (9,7%), tốt có 16 người bệnh (51,6%), trung bình có 9 người bệnh (29%) và kém có 3 người bệnh (9,7%). Trong nghiên cứu của một số tác giả khác cũng có kết quả tương tự về điểm chức năng khớp háng theo thang điểm Harris: Nguyễn Mạnh Linh chỉ số điểm này là $79,03 \pm 15,77$ [3], Reza Zandi là 79. Tuy nhiên thời gian theo dõi ngắn là hạn chế của nghiên cứu, chúng tôi chưa đánh giá được chức năng khớp háng cũng như hiệu quả lâu dài của phương pháp thay khớp háng bán phần chuôi dài điều trị gãy LMCXD ở người cao tuổi. Chúng tôi ghi nhận một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị là yếu tố tuổi và tình trạng bệnh nền của người bệnh.

Về tuổi, đặc biệt là nhóm người bệnh trên 90 tuổi, có nhu cầu vận động chủ yếu là phục vụ bản thân trong sinh hoạt cơ bản hàng ngày. Với nhóm người bệnh này, mục tiêu điều trị là giảm đau, ngồi vận động sớm tránh biến chứng do nằm kéo dài và giảm mức độ phụ thuộc chăm sóc của người khác; có điểm Harris chưa cao nhưng chúng tôi nhận thấy kết quả của điều trị đã đáp ứng được yêu cầu của người bệnh là sớm lấy lại được sự độc lập trong các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Về tình trạng bệnh nền của người bệnh, chúng tôi ghi nhận sự ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị: thời gian nằm viện, điểm chức năng khớp háng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hussain [6], xác định mối liên quan giữa chức năng khớp háng với chỉ số bệnh đi kèm ($p=0,001$). Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,06 \pm 2,24$ ngày (11 đến 20), từ 10-15 ngày chiếm 83,9%. Kết quả này của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Linh là $14,5 \pm 10,5$ ngày, của Vũ Văn Khoa là 13,7 ngày với 89,8 % nằm viện khoảng 15 ngày [3],[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình của người bệnh kéo dài hơn so với điều trị các bệnh khác là do người bệnh cao tuổi có nhiều bệnh

nền, cần điều chỉnh ổn định trước và sau phẫu thuật; đồng thời việc phục hồi chức năng sau phẫu thuật với nhóm người bệnh cao tuổi cần nhiều thời gian hơn so với người bệnh trẻ tuổi và cần thời gian hướng dẫn cho người nhà người bệnh chế độ chăm sóc phù hợp cho mỗi người bệnh, đặc biệt là chế độ vận động.

V. KẾT LUẬN

Gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi là một chấn thương nghiêm trọng, đi kèm nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao. Phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng là một lựa chọn tốt với những người bệnh gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững có độ tuổi >70 kèm tình trạng loãng xương và nhiều bệnh nền phối hợp.

Nghiên cứu cho kết quả khả quan, cần được tiếp tục đánh giá với số lượng người bệnh lớn hơn và thời gian theo dõi xa hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Hồng Thiên Khanh và cs** (2008). Thay chỏm lưỡnng cực và kết hợp xương vùng mấu chuyển điều trị gãy liên mấu chuyển không vững trên bệnh nhân lớn tuổi. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12(1):281-284.
2. **Nguyễn Mạnh Khánh** (2012). Thay khớp bán phần ở bệnh nhân gãy liên mấu chuyển không vững. Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, 1:35-38.

3. **Nguyễn Mạnh Linh** (2020), Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở BN trên 80 tuổi, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Ngô Hoàng Viễn** (2016), "Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở BN lớn tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng lưỡnng cực chuỗi dài tại BV Thống nhất", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 6, tr. 82-85.
5. **Vũ Văn Khoa, Nguyễn Ngọc Hân** (2021), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không cimente điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi người cao tuổi tại bệnh viện Việt Đức năm 2017-2020", Tạp chí y học Việt Nam. 501, tr. 124-127
6. **Khazi Syed Asif Hussain** (2022), "Influence of Risk Factors and Comorbidities on Postoperative Complications and Outcomes after Hip Fracture Surgery in the Elderly ", J Orthop Spine Trauma. 8(4), tr. 118-124.
7. **Shekhar Malve** (2022), "Primary cementless bipolar long stem hemiarthroplasty for unstable osteoporotic intertrochanteric fracture in the elderly patients", International Journal of Orthopaedics Sciences tr. 262-266.
8. **Gaski GE, Scully SP**. In brief: classifications in brief: Vancouver classification of postoperative periprosthetic femur fractures. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(5):1507-1510.
9. **Green S., Moore T., Proano F.** (1987). Bipolar prosthetic replacement for the management of unstable intertrochanteric hip fractures in the elderly. Clin Orthop, 224:167 - 177.
10. **Philip C Noble** (1988), The anatomic basic of femoral component design, tr 157-157.

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH MẮC BỆNH ĐỘNG KINH

Trần Văn Đức¹, Nguyễn Văn Hương^{2,3}, Nguyễn Thế Anh^{2,4},
Mai Đức Thảo¹, Bùi Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Ở Việt Nam trong những năm gần đây, bệnh động kinh ngày càng được các bác sĩ lâm sàng quan tâm nhiều hơn tuy nhiên các nghiên cứu về rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân động kinh còn nhiều hạn chế. Với mục đích xác định điểm chất lượng giấc ngủ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh nhằm

nâng cao kết quả điều trị, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh" với 2 mục tiêu nghiên cứu. Nghiên cứu cho thấy điểm PSQI ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh là $6,54 \pm 4,35$, thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 17 điểm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với điểm PSQI ở nhóm chứng ($5,57 \pm 2,42$) với $p = 0,062 > 0,05$. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người bệnh động kinh bao gồm người bệnh có lo âu ($p=0,000$), trầm cảm ($p=0,000$), sự tuân thủ điều trị ($p=0,014$) và tình trạng hôn nhân ($p=0,047$). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết luận:** điểm PSQI ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh là $6,54 \pm 4,35$, các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ bao gồm lo âu, trầm cảm, sự tuân thủ điều trị và tình trạng hôn nhân. **Từ khóa:** động kinh, chất lượng giấc ngủ, PSQI.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Đức

Email: jackphoto92@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023