

4. Nguyễn Quang D, Nguyễn L. Tình trạng béo phì ở học sinh tiểu học 9-11 tuổi và các yếu tố liên quan tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm. 2008;4(1):39047.
5. World Health Organization. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. [https://www.who.int/childgrowth/standards/technical\\_report/en/](https://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/)
6. Lê Thị Tuyết, Nguyễn Thị Trung Thu, Ngô Thị Thu H, Nguyễn Thị Lan Hương, Lê Thị Thùy Dung, Đỗ Nam Khánh. Gánh nặng kép dinh dưỡng và ảnh hưởng của thói quen ăn uống đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ mầm non xã Nam Hồng, Đông Anh, Hà Nội, năm 2018. Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược. 2019;35(2):68-77.
7. Nguyễn Thị Trung Thu, Lê Thị Tuyết. Đặc điểm nhân trắc và tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 24 đến 59 tháng tuổi ở Hà Nội, Thanh Hóa, Phú Thọ năm 2018. Tạp chí Khoa học - Đại học Sư phạm Hà Nội. 2018;3:150-157.
8. UNICEF. Malnutrition prevalence remains alarming: stunting is declining too slowly while wasting still impacts the lives of far too many young children. Accessed 5/2020, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẠP KHÓA Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY

Mai Thanh Hải<sup>1</sup>, Đinh Ngọc Sơn<sup>2</sup>, Nguyễn Trọng Nghĩa<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gãy đầu dưới xương đùi là một gãy xương lớn, gần khớp gối, thường ảnh hưởng rất nhiều đến tâm vận động của khớp. Hiện nay nẹp khóa là một phương tiện thường được sử dụng để cố định vững chắc ổ gãy sau nắn chỉnh, tạo điều kiện thuận lợi để BN phục hồi chức năng sớm sau mổ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành tại Bệnh viện Bãi Cháy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 33BN được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi loại A và C theo phân loại của AO tại Bệnh viện Bãi Cháy từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 54,94 ± 20,99 tuổi (từ 18 – 90 tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 12/21. Theo phân loại AO/ASIF gãy đầu dưới xương đùi loại A có 22/33 BN (66,7%), gãy loại C có 11/33 BN (33,3%). Hầu hết BN được phẫu thuật trong tuần đầu tiên, 18/33 BN (54,5%) được phẫu thuật ở thời điểm từ ngày thứ 3-7, chỉ có 4/33BN (12,1%) được phẫu thuật từ ngày thứ 8 sau chấn thương cần theo dõi và xử trí các tổn thương đe dọa đến tính mạng. **Kết quả gần:** 100% BN liền vết mổ kỹ đầu, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn nông vết mổ; thời gian nằm viện trung bình của BN là 14,97 ± 6,13 ngày; kết quả nắn chỉnh sau mổ kết hợp xương có 27/33 BN (81,8%) đạt kết quả rất tốt, 3/33 BN đạt kết quả tốt (9,1%) và 3/33 BN đạt kết quả

trung bình (9,1%), không có kết quả kém. **Kết quả xa:** 100% BN liền xương sau 6 tháng, không có BN không liền xương (khớp giả). Kết quả phục hồi chức năng theo Sander. R đạt kết quả 27/33 BN từ tốt đến rất tốt, 4/33 BN (12,1%) trung bình và 2/33 BN (6,1%) đạt kết quả kém. **Kết luận:** Điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa mang lại kết quả khả quan, thích hợp với các gãy xương đầu dưới xương đùi loại A và C theo phân loại của AO.

**Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương đùi, nẹp khóa.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED FRACTURES OF DISTAL FEMORAL USING A LOCKING PLATE IN ADULTS AT BAI CHAY HOSPITAL

**Background:** Distal femoral fracture is a large fracture, near the knee joint, often greatly affecting the range of motion of the joint. Currently, locking splints are a commonly used means of firmly immobilizing fractures after reduction, creating favorable conditions for patients to recover function early after surgery. **Research objective:** Evaluate the results of bone fusion surgery with screws to treat closed femoral head fractures in adults at Bai Chay Hospital. Subjects and research methods: cross-sectional description combined with retrospective and prospective studies on 33 patients who underwent surgery with locking splints to treat closed fractures of the lower end of the femur type A and C according to the AO classification at Bai Hospital. Fire from January 2019 to October 2023. **Results:** The average age of the study patient group was 54.94 ± 20.99 years old (range 18 - 90 years old), male/female ratio: 12/21. According to the AO/ASIF classification, type A fractures of the lower end of the femur have 22/33 patients (66.7%), type C fractures have 11/33 patients (33.3%). Most patients had surgery in the first week, 18/33 patients (54.5%) had surgery from day 3 to 7, only 4/33 patients (12.1%) had surgery

<sup>1</sup>Bệnh viện Bãi Cháy

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Hải

Email: maithanhhaibvbc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

from day 3 to 7. 8th post-injury need to monitor and treat life-threatening injuries. Recent results: 100% of patients healed from the first surgical wound, no case of superficial surgical wound infection; The average hospital stay of patients is  $14.97 \pm 6.13$  days; Orthopedic results after bone fusion surgery: 27/33 patients (81.8%) achieved very good results, 3/33 patients achieved good results (9.1%) and 3/33 patients achieved average results. (9.1%), no poor results. Long-term results: 100% of patients had bone healing after 6 months, no patients had bone non-union (pseudoarthrosis). Rehabilitation results according to Sander. R achieved good to very good results in 27/33 patients, 4/33 patients (12.1%) had average results and 2/33 patients (6.1%) had poor results. **Conclusion:** Treatment of closed distal femoral fractures with a locking plate brings positive results, suitable for type A and C distal femoral fractures according to the AO classification.

**Keywords:** Distal femoral fracture, locking plate.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi là gãy phần xương đùi từ khe khớp gối lên phía trên 9-15cm [1], loại gãy này chiếm khoảng 4-6% các trường hợp gãy xương đùi [2]. Đây là loại gãy gần khớp/phạm khớp gối, đồng thời là nơi bám của hệ thống gân cơ điều khiển sự gập duỗi của khớp gối nên tổn thương tại vùng này ảnh hưởng rất nhiều đến tầm vận động của khớp. Điều trị đòi hỏi cần nắm vững hình ảnh giải phẫu, phục hồi diện khớp, cố định vững chắc ổ gãy giúp bệnh nhân tập vận động sớm tránh để lại di chứng sau này.

Trước năm 1970, điều trị gãy đầu dưới xương đùi chủ yếu là kéo liên tục với nhiều nhược điểm như biến chứng do thời gian bất động kéo dài (viêm phổi bội nhiễm, loét điểm tỳ, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới...), cứng khớp gối.... Sau năm 1970 nhờ sự phát triển của các phương tiện kết hợp xương và kỹ thuật mổ, điều trị chủ yếu bằng chỉnh hình. Hiện nay, nẹp khóa được sử dụng phổ biến giúp cố định vững chắc ổ gãy và bệnh nhân được tập phục hồi sớm sau mổ đã đem lại kết quả khả quan đối với phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi.

Tại Bệnh viện Bãi Cháy, nẹp khóa đầu dưới xương đùi đã được sử dụng trong nhiều năm, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá về kết quả điều trị nhằm tổng kết rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành bằng nẹp khóa tại bệnh viện Bãi Cháy.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 33 BN

gãy kín đầu dưới xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại khoa Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Bãi Cháy từ tháng 01/2019 đến tháng 10/2023.

#### \* Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN nam/nữ, tuổi  $\geq 18$ .
- BN được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương đùi loại A và C do chấn thương.
- BN được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa.
- Các bệnh nhân có đủ hồ sơ bệnh án, có phim X Quang trước và sau phẫu thuật, được theo dõi trước và sau phẫu thuật.

- BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

#### \* Tiêu chuẩn loại trừ

- BN dưới 18 tuổi.
- BN không phù hợp để phẫu thuật hoặc gây mê/gây tê.
- BN gãy xương bệnh lý.
- BN gãy xương hở.
- BN gãy kín đầu dưới xương đùi kèm tổn thương bó mạch khoeo.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả cắt ngang không đối chứng, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

\* **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

#### \* Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới.
- Nguyên nhân gãy xương: TNGT, tai nạn sinh hoạt, tai nạn khác.
- Phân loại tổn thương gãy xương đầu dưới xương đùi theo AO/ASIF.
- Các tổn thương phối hợp: gãy xương khác, tổn thương cơ quan khác, không có.
- Thời gian từ từ khi gãy đến khi phẫu thuật.
- Đánh giá kết gờn:
  - + Tiến triển của vết mổ.
  - + Kết quả nắm chỉnh được đánh giá dựa trên Phim X quang sau mổ 2 tư thế thẳng/ngiêng theo phân loại của Larson – Bostman (1980).
  - + Biến chứng sớm sau phẫu thuật.
  - + Thời gian nằm viện trung bình.
- Đánh giá kết quả xa: tất cả các BN đều được theo dõi và đánh giá kết quả ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật.
  - + Kết quả liền xương được đánh giá trên phim X quang 2 tư thế thẳng/ngiêng 6 tháng sau phẫu thuật.
  - + Biên độ gập của khớp gối.
  - + Kết quả phục hồi chức năng theo Sanders (1991).

**\*Xử lý số liệu:** tất cả số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**\*Tuổi và giới:** nhóm tuổi 18 – 60 tuổi: 18 BN (54,5%), nhóm ≥ 60 tuổi: 15 BN (tỷ lệ 45,5%), tuổi trung bình 54,94 ± 20,99 tuổi (từ 18 – 90 tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 12/21.

**\*Nguyên nhân chấn thương:** TNGT và TNSH là nguyên nhân chủ yếu. Nguyên nhân do TNGT có 18/33 BN (564,5%), nguyên nhân do TNSH có 13/33 BN (39,4%), nguyên nhân do tai nạn khác có 2/33 BN (6,1%).

**\* Phân loại gãy đầu dưới xương đùi**

**Bảng 1: Phân loại gãy đầu dưới xương đùi theo AO/ASIF**

| Phân loại  |                 | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|------------|-----------------|--------------|-----------|
| Loại gãy A | A1              | 12           | 36,4      |
|            | A2              | 9            | 27,3      |
|            | A3              | 1            | 3,0       |
|            | Tổng loại gãy A | 22           | 66,7      |
| Loại gãy C | C1              | 4            | 12,1      |
|            | C2              | 7            | 21,2      |
|            | C3              | 0            | 0         |
|            | Tổng loại gãy C | 11           | 33,3      |

**Nhận xét:** loại A chiếm tỷ lệ cao nhất: 22/33 BN (66,7%), trong đó loại gãy A1: 12 BN (36,4%), loại gãy A2 có 9 BN (27,3%). Gãy loại C có 11/33 BN (33,3%) trong đó loại C2 có 7 BN (21,2%), loại C1 4 BN (12,1%).

**\*Thời gian từ khi gãy xương đến khi mổ:** BN được phẫu thuật trong 48 giờ đầu sau chấn thương chiếm 11/33 BN (chiếm 33,3%), phẫu thuật từ 3 – 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 18/33 BN (54,5%), có 4 BN phẫu thuật sau nhập viện 7 ngày chiếm 12,1%.

**3.2. Kết quả điều trị**

**3.2.1. Kết quả gắn:**

\*Kết quả nắn chỉnh ổ gãy trên Xquang sau phẫu thuật:

**Bảng 2: Kết quả nắn chỉnh ổ gãy sau phẫu thuật trên Xquang theo Larson – Bostman**

| Kết quả nắn chỉnh ổ gãy | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|--------------|-----------|
| Rất tốt                 | 27           | 81,8      |
| Tốt                     | 3            | 9,1       |
| Trung bình              | 3            | 9,1       |
| Kém                     | 0            | 0         |
| Tổng                    | 33           | 100       |

**Nhận xét:** có 27/33 BN đạt kết quả rất tốt

(81,8%), 3/33 BN đạt kết quả tốt (9,1%) và 3/33 BN đạt kết quả trung bình (9,1%), không có kết quả kém.

\* Tiến triển của vết mổ: 100% BN liền vết mổ kì đầu, không có nhiễm khuẩn nông vết mổ.

\* Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 100% BN không có biến chứng sớm sau mổ.

\* Thời gian nằm viện trung bình: 14,97 ± 6,13 ngày (lâu nhất là 33 ngày, ngắn nhất là 7 ngày).

**3.2.2. Kết quả xa**

\* Kết quả liền xương sau 6 tháng:

**Bảng 3: Kết quả liền xương sau 6 tháng**

| Sự liền xương            | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--------------|-----------|
| Liên xương đúng thời hạn | 25           | 75,8      |
| Chậm liền xương          | 8            | 24,2      |
| Không liền xương         | 0            | 0         |
| Tổng                     | 33           | 100       |

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân liền xương sau 6 tháng, trong đó 25/33 BN (75,8%) liền xương đúng thời hạn, 8/33 BN (24,2%) chậm liền xương.

\* Kết quả phục hồi chức năng

**Bảng 4: Biên độ gấp của khớp gối**

| Biên độ gấp gối        | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|--------------|-----------|
| ≥ 125 <sup>o</sup>     | 18           | 54,5      |
| 100 – 124 <sup>o</sup> | 8            | 24,2      |
| 90 – 99 <sup>o</sup>   | 5            | 15,2      |
| Dưới 90 <sup>o</sup>   | 2            | 6,1       |
| Tổng                   | 33           | 100       |

**Nhận xét:** 18/33 BN (54,5%) đạt biên độ gấp gối ≥ 125<sup>o</sup>, 8/33 bệnh nhân (24,2%) gấp gối từ 100 – 124<sup>o</sup>, 6/33 bệnh nhân (15,2%) từ 90<sup>o</sup> – 99<sup>o</sup>, 2/33 bệnh nhân (6,1%) gấp gối < 90<sup>o</sup>.

**Bảng 5: Kết quả phục hồi chức năng theo Sanders (1991)**

| Kết quả PHCN | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|--------------|--------------|-----------|
| Rất tốt      | 21           | 63,6      |
| Tốt          | 6            | 18,2      |
| Trung bình   | 4            | 12,1      |
| Kém          | 2            | 6,1       |
| Tổng         | 33           | 100       |

**Nhận xét:** 21/33 BN (63,6%) đạt kết quả PHCN rất tốt, 6/33 BN (18,2%) đạt kết quả tốt, 4/33 BN (12,1%) trung bình và 2/33 BN (6,1%) đạt kết quả kém.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 54,94 ± 20,99 tuổi (từ 18 – 90 tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 12/21. Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả của Khang H Dang và cộng sự (2019) (tuổi trung bình là 55,2 tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 27/47) [3].

Nguyên nhân hàng của gãy kín đầu dưới xương đùi trong nghiên cứu của chúng tôi là do TNGT (54,5%), nguyên nhân đứng thứ 2 là do TNSH (39,4%) tương đương với nghiên cứu của Martinet. O (2000) nguyên nhân do TNGT chiếm 53,0%, TNSH chiếm 33% [4]. Các thống kê trong nước và trên thế giới cũng cho thấy nguyên nhân chủ yếu của gãy kín đầu dưới xương đùi là do TNGT, điều này cho thấy không chỉ ở Việt Nam mà còn trên thế giới TNGT cũng là vấn đề nhức nhối. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi các TNGT chủ yếu liên quan đến xe máy.

#### 4.2. Đặc điểm tổn thương giải phẫu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo phân loại AO/ASIF gãy đầu dưới xương đùi loại A có 22/33 BN (66,7%), gãy loại C có 11/33 BN (33,3%). Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy rằng gãy đầu dưới xương đùi loại A và C là hay gặp nhất. Gãy loại A là gãy vùng chuyển tiếp giữa vùng thân xương đùi và vùng xương xốp đầu dưới xương đùi, đây là vùng yếu, dễ tổn thương khi có lực tác động đặc biệt trên những bệnh nhân lớn tuổi có giảm mật độ xương. Gãy loại C là gãy xương phức tạp, thường do lực chấn thương lớn. Kết quả cũng phù hợp với 2 loại nguyên nhân phổ biến của gãy đầu dưới xương đùi là do TNGT và TNSH.

**4.3. Thời điểm phẫu thuật.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết BN đều được phẫu thuật trong tuần đầu, trong đó 18/33 BN (54,5%) được phẫu thuật ở thời điểm từ ngày thứ 3-7, chỉ có 4/33BN (12,1%) được phẫu thuật từ ngày thứ 8 sau chấn thương. Các trường hợp trì hoãn trên 1 tuần đều là những BN đã chấn thương có cần theo dõi và xử trí các tổn thương đe dọa đến tính mạng

#### 4.4. Kết quả điều trị

**\*Kết quả gần:** 100% BN trong nghiên cứu của chúng tôi đạt được kết quả liền vết mổ kỳ đầu, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn nông vết mổ.

Thời gian nằm viện trung bình của BN là  $14,97 \pm 6,13$  ngày. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện của BN dài hơn so với nghiên cứu của Saini R.A và Cs (2018) [5] trung bình 12 ngày (từ 4 – 28 ngày) và nghiên cứu của Trần Chí Khôi (2014) trung bình là 8,2 ngày [6]. Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của chúng tôi thời điểm phẫu thuật thường vào ngày thứ 3-7 sau chấn thương, sau mổ được dùng kháng sinh 7-10 ngày, một số trường hợp kết hợp tập PHCN sau mổ và số ngày nằm viện bao gồm cả thời gian nằm viện tại các khoa trước và sau

phẫu thuật.

Kết quả nắn chỉnh trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá trên phim X quang khớp gối 2 tư thế thẳng/ngiêng sau mổ dựa trên các tiêu chí của Larson – Bostman (1980). Các BN đạt kết quả từ trung bình đến rất tốt (27/33 BN (81,8%) đạt kết quả rất tốt), không có kết quả kém. Nẹp khóa có ưu điểm cố định vững chắc ổ gãy sau khi nắn chỉnh về mặt giải phẫu, hạn chế được các di lệch thứ phát do đó phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa cho BN gãy đầu dưới xương đùi cho kết quả rất tốt về mặt hồi phục giải phẫu.

**\*Kết quả xa:** Kết quả liền xương được chúng tôi đánh giá đều đặn cả về mặt lâm sàng và X quang, kết quả 100% BN liền xương sau 6 tháng, không có BN không liền xương (khớp già). Gãy vùng đầu xương là vị trí dễ liền xương, nẹp khóa có vai trò như một hệ thống cố định vững chắc tạo điều kiện tối đa cho quá trình liền xương. Thời gian liền xương trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Minh (2020): 100% BN liền xương, thời gian liền xương trung bình là  $18,33 \pm 3,78$  tuần [7].

Gãy ĐDXĐ đặc biệt là các trường hợp gãy phạm khớp (loại C) thường ảnh hưởng tới chức năng vận động của khớp gối nếu phẫu thuật không phục hồi tốt diện khớp, bệnh nhân không được hướng dẫn tập phục hồi chức năng đúng cách. Vì vậy di chứng cứng khớp, hạn chế vận động khớp gối, đặc biệt là gấp gối là di chứng thường gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/33 BN hạn chế gấp gối (gấp gối < 90°), 6/33 BN gấp gối từ 90° – 99°, đây là các trường hợp bệnh nhân có tổn thương gãy phức tạp ĐDXĐ phạm khớp (C2 hoặc C3) hoặc bệnh nhân cao tuổi, nằm lâu, tập phục hồi chức năng kém, do đó diện khớp bị ảnh hưởng, khớp gối bất động lâu dẫn đến hạn chế vận động. Kết quả biên độ gấp gối của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Nẹp khóa ĐDXĐ có ưu điểm tạo thành khối vững chắc cố định ổ gãy, phục hồi tốt giải phẫu, diện khớp, bệnh nhân có thể tập vận động sớm sau mổ, hạn chế biến chứng cứng khớp gối, cải thiện tầm vận động của khớp gối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phục hồi chức năng theo Sander. R cũng đạt kết quả tương đối tốt (27/33 BN đạt kết quả từ tốt đến rất tốt, 4/33 BN (12,1%) trung bình và 2/33 BN (6,1%) đạt kết quả kém). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. Các trường hợp có

kết quả PHCN chung theo Sander đạt trung bình và kém trong nghiên cứu của chúng tôi cũng là những trường hợp có hạn chế vận động gấp gối đã bàn luận ở trên, việc vận động khớp gối hạn chế kéo theo nhiều hệ quả về kết quả phục hồi chức năng chung của khớp gối, ảnh hưởng lớn tới đời sống, sinh hoạt và công việc của bệnh nhân. Do đó, việc cải thiện tâm vận động, PHCN khớp gối sau phẫu thuật kết xương gãy đầu dưới xương đùi là rất quan trọng.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi tại bệnh viện Bãi Cháy cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa cho gãy đầu dưới xương đùi là lựa chọn hiệu quả cho gãy kín đầu dưới xương đùi loại A, C đặc biệt các trường hợp gãy phức tạp nhiều mảnh rời, gãy xương ở người cao tuổi có thừa xương, loãng xương. Các BN đạt kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối tốt sau 6 tháng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. M.** (2001). "Distal femoral fractures: current treatment, results and problems," *Injury*, p. 32 Suppl 3:SC3-S13, 2001.
2. **W. K. Kolmert L** (1982). "Epidemiology and treatment of distal femoral fractures in adults," *Acta Orthop Scand*, p. 53:957-962, 1982.
3. **Dang K H** (2019). "Outcomes of distal femur fractures treated with the Synthes 4.5 mm VA-LCP Curved Condylar Plate," *Int Orthop*, pp. 1709-1714, 2019.
4. **Martinet O** (2000). "The epidemiology of fractures of the distal femur," *Injury*, pp. C62-63, 2000.
5. **Saini R A** (2018). "Functional outcome of distal femoral fractures treated with DF-LCP [Distal femur locking compression plate]," *International Journal of Orthopaedics Sciences*, pp. 439-444, 2018.
6. **Trần Chí Khôi** (2014). "Điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa với kĩ thuật ít xâm lấn," Luận Văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2014.
7. **Hoàng Ngọc Minh** (2020). "Nghiên cứu khả năng cố định ổ gãy trên thực nghiệm và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi người lớn bằng nẹp khóa," Luận án Tiến sĩ y học, Học Viên Quân Y, 2020.

## KHẢO SÁT ĐIỀU TRỊ SUY TIM THEO KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM CHÂU ÂU 2021 Ở CÁC MỨC PHÂN SUẤT TỔNG MÁU KHÁC NHAU

Trần Đại Cường<sup>1,2</sup>, Phạm Dương Lành<sup>3</sup>, Hoàng Văn Sỹ<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Điều trị nội khoa bệnh nhân suy tim với các mức phân suất tổng máu khác nhau đã được cập nhật nhiều hơn trong các hướng dẫn quản lý suy tim gần đây. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát tỉ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng điều trị suy tim trên các phân nhóm với phân suất tổng máu khác nhau, đặc biệt là nhóm thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2i). **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ bệnh nhân được điều trị các thuốc nền tảng theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tổng máu khác nhau. **Đối tượng:** Những bệnh nhân suy tim được chẩn đoán tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 342 bệnh nhân suy tim có độ tuổi trung vị là 65 (54-72), tỉ lệ Nam giới ưu thế (55,0%). Tỉ lệ phân nhóm bệnh nhân suy tim EF giảm,

EF giảm nhẹ và EF bảo tồn lần lượt là 70,8%, 13,2% và 16,1%. Bệnh đi kèm thường gặp nhất là bệnh mạch vành (79,8%), tăng huyết áp (46,2%) và đái tháo đường típ 2 (32,2%). Bệnh mạch vành ưu thế ở nhóm suy tim EF giảm và rung nhĩ ưu thế ở nhóm suy tim EF bảo tồn ( $p < 0,05$ ). Trong phân nhóm suy tim EF giảm, tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (RAAS), kháng Aldosterone (MRA), chẹn beta và SGLT2i lần lượt là 83,9%, 74,8%, 52,1% và 37,6%. Trong đó có 19,8% bệnh nhân suy tim EF giảm được sử dụng đầy đủ 4 nhóm thuốc nền tảng và 93,8% bệnh nhân được sử dụng ít nhất 1 trong 4 nhóm thuốc nền tảng. Tỉ lệ sử dụng ARNI (38,8%) trong suy tim EF giảm là cao hơn ACEI và ARBs. Trong phân nhóm suy tim EF giảm nhẹ, nhóm thuốc ức chế hệ RAAS được sử dụng nhiều nhất (82,2%), nhóm SGLT2i được dùng thấp nhất (20,0%). Trong phân nhóm suy tim EF bảo tồn, nhóm thuốc ức chế hệ RAAS và MRA được dùng nhiều nhất (54,6%), nhóm SGLT2i được sử dụng thấp nhất (10,9%). **Kết luận:** Tỉ lệ bệnh nhân suy tim EF giảm được sử dụng đầy đủ 4 thuốc nền tảng còn thấp. Nhóm thuốc ức chế hệ RAAS được sử dụng nhiều nhất ở các phân nhóm suy tim, trong khi tỉ lệ sử dụng SGLT2i còn thấp ở các phân nhóm. **Từ khóa:** suy tim, thuốc điều trị theo khuyến cáo.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

### SUMMARY