

dụng thuốc kháng sinh và các thuốc hỗ trợ khác. Kết quả sớm cho thấy đa số BN đạt mức tốt, chiếm 93,4%. Không trường hợp nào có kết quả kém. Có 2 trường hợp (4,4%) đạt kết quả khá và chỉ 1 trường hợp (2,2%) đạt kết quả trung bình và đều là những BN có biến chứng sớm sau mổ nhưng đáp ứng tốt với điều trị nội khoa mà không cần can thiệp phẫu thuật lại.

V. KẾT LUẬN

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng: Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo 3D hoàn toàn ngoài phúc mạc có cố định tấm lưới bằng protack là phương pháp an toàn và hiệu quả giảm thiểu các tai biến, biến chứng sớm sau mổ thoát vị bẹn ở người lớn...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Văn Quyết. Cấp Cứu Ngoại Khoa Tiêu Hóa. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2005;
2. Sinha R, Malhotra V, Sikarwar P. Single incision laparoscopic TAPP with standard laparoscopic instruments and suturing of flaps: A continuing study. J Minim Access Surg. Apr-Jun

- 2015; 11(2): 134-8. doi: 10.4103/0972-9941. 142401
3. Bell RC, Price JG. Laparoscopic inguinal hernia repair using an anatomically contoured three-dimensional mesh. Surg Endosc. Nov 2003; 17(11):1784-8. doi:10.1007/s00464-002-8763-4
4. Mir IS, Nafae AA, Malyar AA, et al. An Experience of Short-Term Results of Laparoscopic Inguinal Hernioplasty Using 3D Mesh in a Developing Country. International Journal of clinical medicine. 2015; 6:64 - 69. doi:10.4236/ijcm.2015.61010
5. Yang XF, Liu JL. Laparoscopic repair of inguinal hernia in adults. Ann Transl Med. Oct 2016;4(20):402. doi:10.21037/atm.2016.10.37
6. Gass M, Rosella L, Banz V, Candinas D, Guller U. Bilateral total extraperitoneal inguinal hernia repair (TEP) has outcomes similar to those for unilateral TEP: population-based analysis of prospective data of 6,505 patients. Surg Endosc. May 2012;26(5):1364-8. doi:10.1007/s00464-011-2040-3
7. Kockerling F, Schug-Pass C, Adolf D, Keller T, Kuthe A. Bilateral and Unilateral Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP) have Equivalent Early Outcomes: Analysis of 9395 Cases. World J Surg. Aug 2015;39(8):1887-94. doi:10.1007/s00268-015-3055-z

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Bùi Tùng Anh¹, Đào Xuân Thành^{1,2}

cao. **Từ khóa:** Kết hợp xương, liên máu chuyển, phẫu thuật

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả lâm sàng, hình ảnh X-Quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gờy kín liên máu chuyển xương đùi bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 34 người bệnh gờy kín liên máu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 74,1 ±15,2 tuổi. Tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (79,4%) và tổn thương chủ yếu là loại A2 theo phân loại tiêu chuẩn AO. Kết quả chung theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh: Tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 61,8%, trung bình là 35,3 %, kém là 2,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gờy liên máu chuyển xương đùi cho kết quả liền xương tốt, tỷ lệ người bệnh phục hồi chức năng

SUMMARY

EVALUATING THE SURGERY RESULTS TO TREAT CLOSED INTERTROCHANTERIC FEMORAL FRACTURES BY USING PLATE FIXATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: clinical description, diagnostic imaging and evaluation of the results of the closed intertrochanteric femoral fractures by using plate fixation at HaNoi Medical University Hospital. **Subjects and menthos:** Retrospective cross-sectional 34 patients treated closed intertrochanteric femoral fractures by using plate fixation at HaNoi Medical University Hospital during the period from 3/2021-3/2023. **Results:** Mean age was 74,1±15,2. The most common cause was low-energy trauma (79,4%). General results according to Nguyen Trung Sinh: good and verry good is 61,8%. Avarage is 35,3%, poor is 2,9%. **Conclusion:** Internal fixation with plate to treat intertrochanteric fructures gives a promising result, improving treatment outcome.

Keywords: Internal fixation, intertrochanteric, surgery.

¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành
 Email: daoxuanthanh@gmail.com
 Ngày nhận bài: 10.11.2023
 Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023
 Ngày duyệt bài: 12.01.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi là loại gãy ngoài khớp ở vùng chuyển tiếp giữa cổ xương đùi và thân xương đùi. Gãy liên mấu chuyển xương đùi khá phổ biến, chiếm 55% các gãy xương đầu trên xương đùi, gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp ở người bệnh cao tuổi và ở nữ giới¹. Việc điều trị bảo tồn với tổn thương này ở người bệnh cao tuổi sẽ phải đối mặt với nhiều biến chứng của việc bất động lâu và khả năng liền xương kém. Ngày nay với sự phát triển của gây mê hồi sức, khoa học kỹ thuật trong phương tiện kết hợp xương và kỹ thuật mổ thì gãy liên mấu chuyển xương đùi được coi là tổn thương cần được phẫu thuật đối với người cao tuổi, ở người bệnh trong độ tuổi lao động thì yêu cầu kết hợp xương vững chắc và phục hồi giải phẫu tốt, sớm đưa người bệnh trở lại lao động và sinh hoạt là yêu cầu được đặt ra.

Khoa Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội đã và đang thực hiện phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít cho những người bệnh gãy kín liên mấu chuyển xương đùi nhiều năm nay. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả lâm sàng, hình ảnh X-Quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 34 người bệnh gãy kín liên mấu chuyển xương đùi do chấn thương được chẩn đoán và điều trị bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 3/2019 đến tháng 3/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín liên mấu chuyển xương đùi do chấn thương được điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Loại gãy A1 và A2 theo phân loại của AO. Có đủ hồ sơ bệnh án, phim Xquang trước và sau mổ, người bệnh đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương hở, gãy liên mấu chuyển do bệnh lý, người bệnh có bệnh lý khớp háng kèm theo: Thoái hóa khớp háng, hoại tử chỏm xương đùi...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Là nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0

Quy trình nghiên cứu: Lựa chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Khai thác thông tin trước, trong và sau mổ.

Với người bệnh hồi cứu: Tham khảo hồ sơ bệnh án hồi cứu các thông tin về người bệnh trước mổ, trong mổ và sau mổ, tình trạng vết mổ và biến chứng sau mổ.

Đánh giá kết quả gần: Đánh giá toàn thân và tại chỗ vết mổ. X-Quang khớp háng tại thời điểm khám lại 1 tháng sau mổ theo Trần Đình Chiến²

Đánh giá kết quả xa: Đánh giá lâm sàng và phục hồi chức năng khớp háng tại thời điểm khám lại 6 tháng sau mổ theo Nguyễn Trung Sinh³.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng người bệnh (n=34)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	< 60	5	14,7%	
	60 – 69	5	14,7%	
	70 – 79	11	32,4%	
	> 80	13	38,2%	
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn sinh hoạt	27	79,4%	
	Tai nạn giao thông	4	11,8%	
	Tai nạn lao động	3	8,8%	
Phân loại tổn thương (AO)	A1	A1-1	0	0,00%
		A1-2	2	5,9%
		A1-3	1	2,9%
	A2	A2-1	0	0,00%
		A2-2	23	67,7%
		A2-3	8	23,5%
A3		0	0,00%	
Bệnh lý kèm theo	Đái tháo đường	8	23,5%	
	Bệnh tim mạch	13	38,2%	
	Bệnh hô hấp	4	11,8%	
	Các bệnh khác	1	2,9%	

Nhận xét: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong số 34 người bệnh nghiên cứu là trên 80 tuổi với 38,2%, tiếp đến là nhóm trên 70 tuổi chiếm 32,4%.

Nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm phần lớn với 79,4%.

Trong nghiên cứu này gãy liên mấu chuyển loại A2 chiếm nhiều nhất với 91,2%.

76,4% người bệnh có các bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo. Bệnh lý hay gặp chủ yếu là

bệnh tim mạch 38,2%.

3.2. Kết quả điều trị

Kết quả gần: Tại chỗ vết mổ: 100% bệnh nhân liền vết mổ kì đầu. Không có biến chứng nhiễm trùng, chảy dịch bất thường tại vết mổ.

Diễn biến tại chỗ ổ gãy: Đánh giá góc cổ thân xương đùi theo Trần Đình Chiến

Bảng 3.2: Liên quan giữa phân loại gãy xương và nắn chỉnh ổ gãy

Góc cổ thân xương đùi	Phân loại gãy		Tổng	Tỷ lệ
	A1	A2		
125°- 130° (Rất tốt)	0	13	13	38,2%
120°-125° (Tốt)	3	17	20	58,8%
<120° (Trung Bình)	0	1	1	2,9%

Nhận xét: Về giải phẫu, sau mổ nắn chỉnh góc cổ thân 125°-130° (rất tốt) có 13/34 người bệnh chiếm tỷ lệ 38,2%. Kết quả tốt từ 120°-125° có 20/34 người bệnh chiếm tỷ lệ 58,8%.

Bảng 3.3: Thời gian nằm viện điều trị sau mổ

Thời gian nằm viện	Số lượng người bệnh (n=35)	Tỷ lệ (%)
Dưới 10 ngày	24	70,6%
Từ 10 – 15 ngày	9	26,5%
Trên 15 ngày	1	2,9%
Tổng	34	100%
Trung bình	7,9 ± 2,6	
Min-max	4 - 17	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 7,9±2,6 ngày, người bệnh nằm viện ngắn nhất là 3 ngày, lâu nhất là 17 ngày.

Kết quả xa: Chúng tôi khám lại người bệnh sau phẫu thuật từ 6 tháng trở lên và đánh giá theo các tiêu chí của Nguyễn Trung Sinh.

Bảng 3.4: Kết quả xa

	Phân loại	Số lượng người bệnh (n=34)	Tỷ lệ (%)
Kết quả liền xương và góc cổ thân xương đùi	Liền xương, góc cổ thân 125°-130° (Rất tốt)	17	50%
	Liền xương, góc cổ thân 120°-125° (Tốt)	14	41,2%
	Liền xương, góc cổ thân <120° (Trung bình)	3	8,8%
	Không liền xương, tiêu chỏm (kém)	0	0
Khả năng đi lại, cảm giác đau	Đi lại bình thường, không đau (Rất tốt)	16	47,1%
	Đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức (Tốt)	8	23,5%
	Đi lại phải dùng nạng, đau thường xuyên	9	26,5%

Biên độ vận động khớp háng	phải dùng thuốc. (Trung bình)		
	Không đi lại được, đau thường xuyên (Kém)	1	2,9%
	Bình thường hoặc gần bình thường, gấp hang >90° (Rất tốt)	16	47,1%
	Hạn chế gấp, giảm biên độ từ 10°-30° (Tốt)	8	23,5%
Ngăn chi	Hạn chế gấp, giảm biên độ từ 30°-50° (Trung bình)	9	26,5%
	Giảm biên độ gấp >50° (kém)	1	2,9%
Ngăn chi	< 1 cm	32	94,1%
	1 – 2 cm	2	5,9%
	2 – 3 cm	0	0,00%
	> 3 cm	0	0,00%

Nhận xét: Chúng tôi thấy rằng 34/34 người bệnh liền xương, đạt 100%. Trong đó có 17 người bệnh liền xương mức độ rất tốt với góc cổ thân xương đùi 125°-130° chiếm tỷ lệ 50%, và 14 người bệnh liền xương mức độ tốt với góc cổ thân xương đùi từ 120°-125° chiếm tỷ lệ 41,2%. Có 3 người bệnh liền xương với góc cổ thân xương đùi <120°, không có người bệnh nào không liền xương tiêu chỏm.

Số người bệnh đi lại bình thường, không đau là 16/34 người bệnh chiếm 47,1%. Người bệnh đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức là 8/34 người bệnh chiếm 23,5%. Có 9 người bệnh đi lại phải dùng nạng, phải dùng thuốc do đau thường xuyên là 9/34 người bệnh chiếm 26,5%. Chỉ có 1 người bệnh không đi lại được chiếm 2,9%.

Biên độ vận động khớp háng trở về bình thường hoặc hạn chế ít lần lượt là 16/34 và 8/34 người bệnh chiếm tỷ lệ 47,1% và 23,5%. Có 9 người bệnh giảm biên độ từ 30°-50° chiếm tỷ lệ 26,5%. Có 1 người bệnh biên độ vận động khớp háng giảm trên 50° chiếm tỷ lệ 2,9%.

Kết quả phục hồi chiều dài xương đùi: Ngăn chi < 1cm có 32/34 người bệnh chiếm tỷ lệ 94,1%. Có 2/34 người bệnh giảm chiều dài xương đùi 1-2cm chiếm tỷ lệ 5,9%. Không có người bệnh nào ngăn chi quá 2cm.

Bảng 3.5: Kết quả chung

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng người bệnh (n=34)	Tỷ lệ (%)
Theo tiêu chí của Nguyễn Trung Sinh	Rất tốt	7	20,6%
	Tốt	14	41,2%
	Trung bình	12	35,3%
	Kém	1	2,9%

Nhận xét: Kết quả chung của 34 người bệnh đánh giá theo các tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh: Đạt tỷ lệ tốt và rất tốt lần lượt là 20,6% và 41,2%, trung bình có 35,3% và có 1 người bệnh đạt kết quả kém chiếm tỷ lệ 2,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi: trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh lớn hơn 80 tuổi gặp phần lớn với 13 trường hợp chiếm 38,2%, tiếp đến là nhóm tuổi 70-79 với 11 trường hợp chiếm 32,4%. Các nhóm tuổi khác chiếm số lượng ít hơn. Qua đó thấy rằng chủ yếu bệnh xảy ra ở người bệnh cao tuổi, tuổi trung bình $74,1 \pm 15,2$. Độ tuổi thấp nhất ghi nhận là 34 tuổi và cao nhất là 94 tuổi. kết quả này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Appelt A⁴ và cộng sự với độ tuổi trung bình là 78,6 tuổi, người bệnh thấp tuổi nhất là 21 tuổi, cao nhất là 101 tuổi. Tác giả trong nước là Lê Quang Trí⁵ với độ tuổi trung bình là 77,3 tuổi.

Nguyên nhân: theo nghiên cứu của chúng tôi. nguyên nhân chủ yếu gặp phải là do TNSH với 27/34 người bệnh (74,4%) chủ yếu người bệnh ngã đập mông xuống nền cứng (nền nhà, sàn nhà vệ sinh, sân xi-măng). Tiếp đến là các nguyên nhân khác như TNGT có 4 người bệnh (11,8%) và TNLD có 3 người bệnh (8,8%). Trong nghiên cứu của chúng tôi. nhóm người bệnh cao tuổi chiếm phần lớn, cho nên kết quả này cũng rất sát với thực tế vì ở độ tuổi này do hiện tượng thưa xương, loãng xương và vùng máu chuyển xương đùi là vùng xương xốp, nơi thay đổi hình thể xương nên chỉ cần một lực chấn thương nhẹ cũng đủ gây nên gãy xương.

Chúng tôi sử dụng cách phân loại gãy theo tiêu chuẩn AO, chủ yếu người bệnh có loại hình gãy A1 và A2 lần lượt là 8,6% và 91,4%, do đặc điểm nguyên nhân chủ yếu là tai nạn sinh hoạt nên loại hình gãy A1 và A2 chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước như Trần Hữu Hiếu⁶ và cộng sự.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Tình trạng vết mổ đầu: 100% người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi liền vết mổ kỳ đầu tốt. không có nhiễm trùng hoặc viêm rò vết mổ. Chúng tôi sử dụng kháng sinh trước, trong và sau khi mổ. Phẫu thuật được thực hiện trong phòng mổ đảm bảo tiêu chuẩn vô trùng.

Kết quả nắn chỉnh giải phẫu trên XQuang sau phẫu thuật: vị trí các nẹp, các vít được đúng vị trí, 34/34 người bệnh hết di lệch, có kết quả góc cổ thân xương đùi sau mổ đạt mức độ tốt và

rất tốt theo tiêu chí của tác giả Trần Đình Chiến lần lượt là 13 (38,2%) và 20(58,8%). Chỉ có 1 người bệnh có kết quả góc cổ thân xương đùi từ 110°-120°. Đây là trường hợp người bệnh có gãy mảnh nhỏ, thành trong xương đùi bị sập, khó nắn chỉnh. Mặt khác đây là quãng thời gian người bệnh vẫn đang tập gồng cơ tại chỗ và vận động cổ chân. Kết quả này tương đối tốt so với nghiên cứu của tác giả khác như Vũ Trường Thịnh⁷ tốt 83,8%, Hasey-Moore⁸ (1983) có 56,53% nắn chỉnh tốt.

Thời gian nằm viện: Người bệnh nằm viện ngắn nhất là 4 ngày, lâu nhất là 17 ngày, thời gian nằm viện điều trị trung bình là $7,9 \pm 2,6$ ngày. Do người bệnh chủ yếu là người cao tuổi, và có tỷ lệ mắc bệnh mạn tính cao nên cần có thời gian để điều trị trước mổ nhằm ổn định và nâng đỡ thể trạng. Thời gian nằm viện của các tác giả như Nguyễn Tiến Bình⁹ và cộng sự trung bình là 18,5 ngày.

Tình trạng liền xương: Nghiên cứu xa của chúng tôi khám và đánh giá 34 người bệnh sau 6 tháng chúng tôi ghi nhận có 34 người bệnh có hình ảnh can xương rõ trên X-Quang, 1 người bệnh có hình ảnh can xương nhưng vẫn còn thấy khe sáng của ổ gãy trên hình ảnh X-Quang. Do ở người bệnh cao tuổi, việc kéo dài thời gian mổ để cố gắng đưa xương về vị trí giải phẫu gặp nhiều khó khăn. Cho nên chúng tôi ưu tiên việc kết hợp xương vững chắc để tạo điều kiện cho người bệnh ngồi được sớm và tập phục hồi chức năng sau mổ.

Chức năng đi lại và mức độ đau sau mổ: kiểm tra kết quả xa 34 người bệnh trên lâm sàng có 16/34 người bệnh (47,1%) đi lại bình thường không đau; 8 người bệnh (23,5%) đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức; 9 người bệnh (26,5%) đi lại phải dùng nạng, đau thường xuyên phải dùng thuốc giảm đau khi đi lại nhiều; 1 người bệnh (2,9%) không đi lại được. Đây là trường hợp người bệnh cao tuổi và có kèm theo tình thần lú lẫn dẫn đến quá trình tập phục hồi chức năng của người bệnh có nhiều hạn chế, mặc dù gia đình đã cố gắng hỗ trợ nhưng người bệnh không mong muốn. Các trường hợp người bệnh đau nhiều liên tục đều nằm trong số các người bệnh cao tuổi, gặp nhiều khó khăn trong việc luyện tập. So với nghiên cứu của Lê Đức Nghị có 60,87% người bệnh đi lại bình thường, 30,43% người bệnh đi lại tập tễnh, và 8,7% người bệnh cần nạng để đi lại.

Đánh giá biên độ vận động khớp háng: Đa số người bệnh có biên độ khớp háng vận động bình thường chiếm 47,1%. Số người bệnh giảm

biên độ gấp từ 10°-30°, 30°-50° lần lượt là 23,5% và 26,5%. Có 1 người bệnh (2,9%) giảm biên độ gấp trên 50%. Là trường hợp người bệnh chúng tôi đã nêu trên. Việc tập phục hồi chức năng sớm sau mổ trên một kết hợp xương vững chắc là yếu tố quyết định đến kết quả điều trị của người bệnh. Tuy nhiên nó lại phụ thuộc nhiều vào nỗ lực của bản thân người bệnh và sự giúp đỡ của gia đình cho nên kết quả không phải luôn đạt được như mong muốn. Tỷ lệ người bệnh giảm biên độ gấp háng trên 50° ở nghiên cứu của Lê Đức Nghị là 8,7%.

Theo dõi tình trạng ngắn chi trong nghiên cứu cho thấy có 32 (94,1%) người bệnh có mức độ ngắn chi nhỏ hơn 1cm, 2 (5,9%) người bệnh có mức độ ngắn chi từ 1cm-2cm, đây là trường hợp người bệnh cao tuổi, qua khai thác người bệnh không tập phục hồi chức năng theo hướng dẫn, không có trường hợp nào ngắn chi lớn hơn 2cm. Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Trường Thịnh tỷ lệ ngắn chi dưới 1cm là 76,8%, ngắn chi từ 1-2cm là 20,9%, có 1 người bệnh (2,3%) ngắn chi lớn hơn 2cm.

Từ những kết quả thu được trên, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung sau phẫu thuật theo các tiêu chí của Nguyễn Trung Sinh: có 7 người bệnh đạt mức độ rất tốt chiếm tỷ lệ 20,6%. 14 người bệnh đạt mức độ tốt chiếm tỷ lệ 41,2%, 12 người bệnh đạt mức trung bình chiếm 35,3% và 1 người bệnh đạt mức độ kém chiếm 2,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương xứng với các kết quả nghiên cứu khác

V. KẾT LUẬN

Gãy kín liên mấu chuyển xương đùi là một gãy xương lớn, độ tuổi gặp thường là nhóm người cao tuổi. Vậy nên nhu cầu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau

mổ là rất quan trọng, kết quả nghiên cứu cho thấy điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít là một trong những phương pháp đem lại hiệu quả hồi phục tốt và sớm cho người bệnh bị gãy kín liên mấu chuyển

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Dũng.** Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi dưới, Nhà Xuất bản y học 2020.
2. **Trần Đình Chiến.** Quá trình liền xương và các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền xương. In: Bệnh học ngoại khoa. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân;2002: Tr 623-630.
3. **Nguyễn Trung Sinh.** Kết quả phục hồi chức năng sau gãy cổ xương đùi ở người già. Tạp chí ngoại khoa. 1999;10:tr. 118-121.
4. **Appelt A, Suhm N, Baier M, Meeder PJ.** Complications after Intramedullary Stabilization of Proximal Femur Fractures: a Retrospective Analysis of 178 Patients. Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc. 2007;33(3):262-267.
5. **Lê Quang Trí.** Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi người già bằng khung cố định ngoài, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 2014.
6. **Trần Hữu Hiếu.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;503(1).
7. **Nguyễn Xuân Thùy, Vũ Trường Thịnh.** Đánh giá kết quả điều trị gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi ở người trưởng thành bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Việt Đức. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;517(2).
8. **Heyse-Moore GH, MacEachern AG, Evans DC.** Treatment of intertrochanteric fractures of the femur. A comparison of the Richards screw-plate with the Jewett nail-plate. J Bone Joint Surg Br. 1983;65(3):262-267.
9. **Nguyễn Tiên Bình** (2002). Kết quả phẫu thuật kết hợp xương kín gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh ender. Tạp chí y học thực hành. 2002;3: 40-41.
10. **Lê Đức Nghị.** 2015. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;518(1).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - HÀNH TÁ TRĂNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Văn Hoan¹, Nguyễn Văn Chung¹, Trần Đức Quý²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
²Trường Đại học Y dược Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hoan
 Email: hoan087@gmail.com
 Ngày nhận bài: 3.11.2023
 Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023
 Ngày duyệt bài: 10.01.2024

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 60 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng được điều trị bằng phương pháp nội soi khâu lỗ thủng đơn thuần tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 53.17 ± 12,28 nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 77 tuổi. Tỷ lệ thủng ổ loét dạ dày 36,7%, thủng ổ loét hành tá