

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN CHUÔI DÀI KHÔNG XI MĂNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI GÃY LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh^{1,✉}, Trần Minh Long Triều², Dương Ngọc Lê Mai²
Nguyễn Xuân Thuý², Nguyễn Văn Thoan²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Gãy liên máu chuyển xương đùi (GLMCXD) là loại gãy xương nghiêm trọng, tỉ lệ biến chứng và tử vong cao, đặc biệt ở người cao tuổi. Điều trị bằng phương pháp phẫu thuật là lựa chọn hàng đầu, mục đích để giúp người bệnh sớm đi lại và hạn chế các biến chứng. Trong đó, phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng cho thấy nhiều ưu điểm. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng ở 35 bệnh nhân trên 60 tuổi được chẩn đoán GLMCXD được điều trị thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng tại Bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn từ tháng 1/2013 đến tháng 1/2018 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả nghiên cứu: tuổi trung bình của bệnh nhân là $83,9 \pm 6,5$; nhóm 80 - 89 chiếm tỉ lệ cao nhất là 65,7%. Tỉ lệ nữ/nam là 4/1. Có 37,1% bệnh nhân có bệnh mạn tính kèm theo trong đó 61,5% là bệnh tim mạch. Chủ yếu chấn thương do tai nạn sinh hoạt (91,4%). Loãng xương độ II trở lên, nhiều nhất là độ IV (48,6%) theo phân độ Singh. Các bệnh nhân đều thuộc loại gãy A2 theo phân loại AO. 91,4% có độ áp khít chuỗi $\geq 90\%$. Biến chứng sau mổ là 8,7%. Điểm Harris trung bình đánh giá kết quả phục hồi chức năng là $84,54 \pm 16,87$.

Từ khóa: gãy liên máu chuyển xương đùi, thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng, người cao tuổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên máu chuyển xương đùi (GLMCXD), một trong những loại gãy đầu trên xương đùi, là một tổn thương xương nghiêm trọng liên quan đến tình trạng loãng xương ở người cao tuổi, đi kèm theo thời gian hạn chế vận động kéo dài.¹ Ước tính đến năm 2050 sẽ có 4,5 triệu ca gãy đầu trên xương đùi trên toàn thế giới.² Thời gian nằm viện kéo dài cũng như thường gặp ở người già, là nhóm đối tượng có nhiều bệnh nền càng làm tăng tỉ lệ tử vong của những bệnh

nhân GLMCXD.

Việc điều trị GLMCXD ở người cao tuổi gặp nhiều khó khăn do đây là nhóm đối tượng có tỉ lệ bệnh lý nền cao, đòi hỏi cần phải sớm cho bệnh nhân đi lại cũng như thường gặp các loại gãy phức tạp nhiều mảnh rời.³ Hiện nay, GLMCXD ở người già thông thường sẽ được chỉ định phương pháp phẫu thuật.⁴ Quan điểm chung trong điều trị GLMCXD là phẫu thuật cho quá trình liền xương, cho phép người bệnh vận động sớm tránh được các biến chứng và nhanh chóng trở lại cuộc sống lao động và sinh hoạt. Hiện nay có một số phương pháp phẫu thuật thường được sử dụng bao gồm phẫu thuật kết hợp xương bên trong, phẫu thuật thay

Tác giả liên hệ: Vũ Trường Thịnh

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận: 24/09/2021

Ngày được chấp nhận: 25/10/2021

khớp háng toàn phần, bán phần. Các nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật thay khớp háng bán phần giúp bệnh nhân sớm đi lại hơn so với phương pháp kết hợp xương, so với thay khớp háng toàn phần, phương pháp thay khớp bán phần có thời gian phẫu thuật nhanh và ít tổn thương mạch máu hơn trong quá trình phẫu thuật.^{5,6} Tuy nhiên, nhiều tác giả đã nhận thấy hiện tượng đau còn kéo dài, lỏng chuỗi háng, gãy xương dưới chuỗi ở những bệnh nhân thay khớp háng bán phần. Để tối ưu hóa và khắc phục các nhược điểm trên nhiều tác giả đã đưa ra phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài. Nguyên lý sử dụng của chuỗi dài là kết hợp giữa một khớp háng bán phần và cố định vững chắc ở đầu xa xương đùi. Nghiên cứu trước đó đã cho thấy phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng cho nhiều kết quả khả quan, và được đánh giá là một lựa chọn phù hợp và ưu việt cho bệnh nhân GLMCXD cao tuổi.⁷

Ở Việt Nam hiện nay chưa có nhiều đề tài đánh giá về kết quả thay khớp háng bán phần ở bệnh nhân cao tuổi GLMCXD. Bệnh viện Việt Đức là bệnh viện tuyến trung ương, hàng ngày tiếp nhận rất nhiều ca chấn thương phức tạp. Việc có một đánh giá đầy đủ về kết quả điều trị bằng phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng sẽ giúp cho phẫu thuật viên có thêm căn cứ để đưa ra chỉ định điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng ở bệnh nhân cao tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Việt Đức” với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng ở bệnh nhân cao tuổi GLMCXD tại Bệnh viện Việt Đức, giai đoạn từ tháng 01/2013 đến tháng 01/2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán GLMCXD do chấn thương, được phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo bán phần chuỗi dài không xi măng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2013 đến tháng 01/2018.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng:

Các bệnh nhân GLMCXD do chấn thương ở người cao tuổi ≥ 60 tuổi được phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và có đủ thông tin cần thiết trong bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Nghiên cứu loại bỏ những bệnh nhân gãy xương bệnh lý, biến dạng xương đùi, gãy cũ xương đùi, có tiền sử bị liệt, không đi lại được trước khi gãy, những bệnh nhân có sẵn tổn thương ở khớp háng, khớp gối hoặc xương đùi mà không đi lại được và những bệnh nhân có hồ sơ không đủ thông tin.

Chỉ định phẫu thuật:

Phương pháp điều trị phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo bán phần chuỗi dài không xi măng được chỉ định trong các trường hợp sau: bệnh nhân cao tuổi ≥ 60 tuổi; loãng xương độ 4 trở lên theo phân độ Singh; ổ gãy độ A2 theo phân độ AO; bệnh nhân cần ngồi dậy vận động sớm tránh các biến chứng (loét, viêm phổi...).

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu:

Hồi cứu:

Thu thập hồ sơ bệnh án, tài liệu lưu trữ của các bệnh nhân theo tiêu chuẩn nêu trên. Sau đó lập danh sách bệnh nhân và làm bệnh án nghiên cứu để ghi lại thông số liên quan đến nghiên cứu. Thực hiện kiểm tra kết quả bằng việc viết thư mời khám bệnh, thư trả lời câu hỏi ghi sẵn vào phiếu kiểm tra khám bệnh, gọi điện

thoại hẹn khám lại. Khám lâm sàng cho bệnh nhân đến tái khám và ghi lại kết quả. Thời gian hồi cứu từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2017, gồm 27 bệnh nhân.

Tiến cứu:

Khám lâm sàng cho bệnh nhân. Chuẩn bị mổ: Điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp, sử dụng thuốc chống đông trước và sau mổ. Tham gia phụ mổ và khám lại bệnh nhân sau mổ với các mốc thời gian sau 6 tuần, 12 tuần, 18 tuần. Thời gian tiến cứu từ tháng 7/2017 đến tháng 1/2018, gồm 8 bệnh nhân.

Kỹ thuật mổ thay khớp háng bán phần chuỗi dài

Chuẩn bị bệnh nhân:

Lựa chọn bệnh nhân theo đúng chỉ định mổ. Sau đó, giải thích chi tiết về tình trạng bệnh cho bệnh nhân và gia đình, phương pháp phẫu thuật, ưu nhược điểm và các tai biến có thể xảy ra. Đánh giá đầy đủ xét nghiệm cơ bản, điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp. Bệnh nhân và gia đình ký vào bản cam đoan trước phẫu thuật.

Kỹ thuật mổ:

Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ về phía chân lành. Cố định tư thế bệnh nhân. Sát trùng vùng mổ, trải toan vô trùng. Rạch da theo đường Gibson 15 cm kéo về phía thân xương đùi. Mở qua lớp dưới da, mở qua cân căng mạc đùi, bộc lộ bao khớp, hạ điểm bám cơ rộng ngoài để kiểm soát hết phần thân xương đùi gãy bên dưới. Cắt qua điểm bám khối cơ chậu hông máu chuyển, khâu đánh dấu gân cơ hình lê. Cưa, lấy bỏ cổ xương đùi, bảo toàn khối máu chuyển. Làm đường hầm ống tủy xương đùi, doa đến size phù hợp. Đặt chuỗi phù hợp với doa size ống tủy. Kiểm tra các tư thế trật, kiểm tra chiều dài chi. Lấp chỏm phù hợp, nắn lại khớp vào ổ cối. Đặt lại các mảnh máu chuyển lớn, máu chuyển bé vỡ, buộc vòng chỉ thép nếu có. Khâu lại bao khớp, khâu lại điểm bám khối cơ chậu hông máu chuyển, đặt dẫn lưu áp lực, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.



Hình 1. Tư thế bệnh nhân và đường mổ Gibson



Hình 2. Lấy và đo chỏm xương đùi



Hình 3. Doa ống tủy xương đùi



Hình 4. Lắp chòm phù hợp, nắn khớp vào ổ cối

Cỡ mẫu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện tất cả các hồ sơ phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu từ tháng 1/2013 đến 1/2018. Có 35 trường hợp bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các chỉ số nghiên cứu

- Các chỉ số liên quan đến các yếu tố dịch tễ bao gồm: giới, tuổi, bệnh lý toàn thân kèm theo, nguyên nhân và cơ chế chấn thương.

- Đặc điểm lâm sàng: thời gian từ khi bị bệnh đến khi vào viện, phân độ loãng xương theo Singh, phân loại gãy xương theo AO, khối lượng máu truyền.^{8,9}

- Đánh giá các chỉ tiêu sau mổ:

+ Liên vết mổ.

+ Hình ảnh Xquang sau mổ: Chụp khung chậu thẳng, khớp háng, xương đùi bên phẫu thuật thẳng nghiêng: Trục của chuôi khớp được coi là đúng trục khi trục của chuôi khớp trùng với trục của xương đùi. Đánh giá chuôi khớp nghiêng trong hoặc nghiêng ngoài khi trục của chuôi khớp tạo với trục ống tủy xương đùi góc trên 5° về phía trong hoặc phía ngoài so với trục của ống tủy xương đùi.¹⁰

+ Biến chứng sau mổ: tai biến mạch não, nhiễm trùng, gãy xương.

+ Mức độ đau vị trí mổ: Người bệnh tự sử dụng công cụ ước lượng mức độ đau theo thang điểm VAS theo chỉ dẫn của bác sĩ với 4 mức độ: không đau (0), đau nhẹ (từ 1 - 3 điểm), đau vừa (từ 4 - 6 điểm), đau nặng (từ 7 - 10 điểm).

+ Dáng đi sau phẫu thuật.

- Kết quả đánh giá chức năng sau mổ áp dụng phương pháp đánh giá theo chỉ số khớp háng của Harris gồm các tiêu chí: mức độ đau, chức năng vận động, dáng đi, biến dạng chi, biên độ vận động. Sau đó phân loại thành 4 nhóm: Rất tốt (90 - 100 điểm), Tốt (80 - 89 điểm), Trung bình (70 - 79 điểm), Kém (< 70 điểm).¹¹

3. Phân tích và xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

Các số liệu của đề tài nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0. Tần số quan sát, tỷ lệ phần trăm, các giá trị trung bình được báo cáo.

4. Sai số và cách khống chế

Sai số được khống chế bằng các tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng theo tiêu chuẩn.

Sai số trong quá trình thu thập số liệu được khống chế bằng cách:

+ Phiếu nghiên cứu được thiết kế và thử nghiệm trước khi nghiên cứu.

+ Người lấy mẫu đảm bảo lấy chính xác, tỉ mỉ những thông tin được lưu lại trong hồ sơ bệnh án đúng theo yêu cầu nghiên cứu của đề tài.

+ Số liệu được thu thập và xử lý nghiêm túc, chính xác.

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực. Nghiên cứu nhằm nêu lên các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi

mãng, không nhằm mục đích khác. Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 35 bệnh nhân ≥ 60 tuổi gãy liên mấu chuyển xương đùi được thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2013 đến tháng 1/2018 đã thu được các kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Nhóm tuổi	60 - 69	1	2,9
	70 - 79	7	20
	80 - 89	23	65,7
	≥ 90	4	11,4
Giới	Nam	28	80
	Nữ	7	20
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn sinh hoạt	32	91,4
	Tai nạn giao thông	3	8,6
	Hô hấp	1	7,7
Bệnh lý kèm theo*	Tim mạch	8	61,5
	Đái tháo đường và tim mạch	4	30,8

*13/35 bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kèm theo

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $83,9 \pm 6,5$ tuổi; Nhóm tuổi 80 - 89 chiếm tỷ lệ cao nhất là 65,7%. Sự khác biệt rõ trong tỷ lệ nữ/nam với tỷ lệ là 4/1. Số bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính kèm theo gồm có 13/35 bệnh nhân trong đó bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,5%, bệnh nhân mắc cả bệnh đái tháo đường và tim mạch chiếm 30,8%, bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp chiếm 7,7%. Cơ chế tổn thương chủ yếu là những tổn thương nhẹ do tai nạn sinh hoạt chiếm 91,4%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Triệu chứng lâm sàng	Đau	35	100
	Bàn chân đỏ ngoài	35	100
	Bầm tím tam giác scarpa	28	80
	Ngắn chi	22	62,86

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Mức loãng xương theo phân loại Singh	II	3	8,6
	III	15	42,8
	IV	17	48,6
Loại gãy phân loại theo AO	1	4	11,4
	A2	2	10
	3	21	60
Thời gian từ lúc chấn thương đến vào viện	24h	17	48,6
	24 - 48h	6	17,1
	> 48h	12	34,3
Khối lượng máu truyền	Không phải truyền máu	21	60
	500	13	37,1
	>500 - 1000	1	2,9

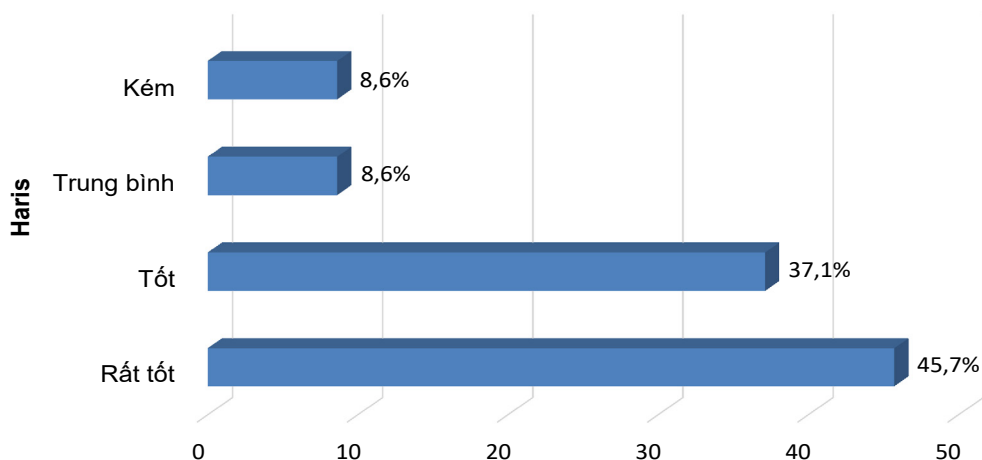
Trong nghiên cứu 100% loại gãy xương là gãy loại A2 theo phân loại AO. Trong đó tỷ lệ loại gãy A2.3 cao nhất, chiếm 60%. Trong nghiên cứu, độ loãng xương của các bệnh nhân từ độ II đến độ IV theo phân loại Singh. Độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,6%. Số bệnh nhân vào viện trước 24h là 48,6%. Có 34,3% số bệnh nhân vào viện sau 48h. Số bệnh nhân không phải truyền máu trong mổ chiếm phần lớn với 60%.

Bảng 3. Kết quả nghiên cứu sau mổ

Đánh giá	Phân loại	n	%
Trục chuỗi khớp so với trục xương đùi	Trung gian	31	88,4
	Nghiêng trong > 5°	1	2,9
	Nghiêng ngoài > 5°	3	8,7
Biến chứng sau phẫu thuật	Không	32	91,4
	Gãy xương	1	2,9
	Nhiễm trùng	1	2,9
	Tai biến mạch máu não	1	2,9
Mức độ đau sau phẫu thuật	Không đau	32	91,3
	Đau ít	2	5,8
	Đau vừa	0	0
	Đau nhiều	1	2,9

Đánh giá	Phân loại	n	%
Đáng đi sau phẫu thuật	Bình thường	23	65,2
	Khập khiễng nhẹ	8	23,2
	Khập khiễng vừa	2	5,8
	Không thể đi lại	2	5,8

Trong nghiên cứu, số bệnh nhân chậm liền vết mổ thì đầu chiếm 2,9%, còn lại liền tốt. Không phát hiện trường hợp tai biến trong phẫu thuật. Trục trung gian chiếm đa số với 88,4%, trục chuôi nghiêng trong $> 5^\circ$ chiếm 2,9%, nghiêng ngoài $> 5^\circ$ chiếm 8,7%. Số bệnh nhân có biến chứng sau mổ chiếm 8,6%. 91,3% số bệnh nhân không đau sau phẫu thuật, 5,8% đau ít và 2,9% đau nhiều. Những bệnh nhân có dáng đi bình thường sau phẫu thuật chiếm 65,2%.



Biểu đồ 1. Thở hiện kết quả điều trị theo thang điểm Harris

Kết quả điều trị sau phẫu thuật đánh giá theo thang điểm Harris gồm các tiêu chí mức độ đau, dáng đi, chức năng vận động, biến dạng chi và biên độ vận động cho thấy: 45,7% rất tốt; 37,1% tốt; 8,6% trung bình; 8,6% kém. Điểm Harris trung bình của tất cả các bệnh nhân là $84,54 \pm 16,87$.

IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi mắc, nghiên cứu hơn 190,000 bệnh nhân GLMCXD tại Trung Quốc (2012 - 2016) cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân GLMCXD ở nước này là $77,05 \pm 8,94$ với nhóm

tuổi chủ yếu là từ 75 - 84 (42,88%); tỉ lệ nữ/nam là 1,8/1.¹² Một nghiên cứu phân tích hồi cứu trên các bệnh nhân GLMCXD trên 65 tuổi tại Mỹ từ 2014 trở về trước cho kết quả về tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân này là $82,7 \pm 8,0$ với nhóm tuổi từ 75 trở lên chiếm đến 81%.¹³ Nghiên cứu trên 147 bệnh nhân GLMCXD từ năm 2017 - 2020 của tác giả Vũ Văn Khoa và Nguyễn Ngọc Hân cho kết quả về tuổi trung bình của các bệnh nhân là 80,5, tỉ lệ nữ/nam là 1,7/1.¹⁴ Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $83,9 \pm 6,5$ tuổi; Nhóm tuổi 80 - 89 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là

65,7%; Nhóm tuổi thấp nhất là 60 - 69 chiếm 2,9%. Kết quả này phù hợp với kết quả các nghiên cứu trên, cho thấy nhóm mắc chủ yếu rơi vào độ tuổi trên 70. Điều này phù hợp với hai cơ chế bệnh sinh của GLMCXD là tuổi cao đi kèm với tình trạng loãng xương và dễ bị ngã. Chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu là 4/1, có sự chênh lệch so với tỉ lệ nữ/nam của các nghiên cứu khác. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này đến từ nguyên nhân hạn chế về cỡ mẫu thu thập được trong nghiên cứu so với các đề tài khác. Về cơ chế chấn thương, trong nghiên cứu của chúng tôi thì cơ chế chấn thương trong GLMCXD chủ yếu là những tổn thương nhẹ do tai nạn sinh hoạt trượt ngã chiếm đến 91,4%, phù hợp với cơ chế thường gặp của GLMCXD là chấn thương năng lượng thấp, thường là ngã.

Về nhóm bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kèm theo, với trang thiết bị hiện đại, khả năng phẫu thuật lành nghề của phẫu thuật viên, đặc biệt khả năng của gây mê và hồi sức thì chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân cao tuổi có kèm theo bệnh lý nội khoa kèm theo hiện nay ngày càng được mở rộng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có bệnh mạn tính kèm theo chiếm 37,1%. Trong đó bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch chiếm 61,5% và bệnh nhân mắc phối hợp cả bệnh lý tim mạch và đái tháo đường chiếm 30,8% trong tổng số bệnh nhân. Các bệnh nhân này được phát hiện qua hỏi tiền sử và thăm khám trong quá trình chuẩn bị phẫu thuật. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của Jung Yun Choi và cộng sự (2016), báo cáo tỷ lệ mắc bệnh lý tim mạch kèm theo là 61,54, bệnh đái tháo đường là 27,7% và Võ Thành Toàn (2016) đã báo cáo tỷ lệ mắc bệnh lý tim mạch huyết áp cho kết quả 75% bệnh nhân có bệnh, đái tháo đường chiếm 12,5%.^{15,16} Qua đó chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh lý tim mạch và đái tháo đường là cao nhất. Vì vậy các biến

chứng do đái tháo đường, tim mạch cũng xảy ra nhiều. Qua nghiên cứu ta thấy, những bệnh nhân GLMCXD có bệnh nội khoa kèm theo không phải là chống chỉ định của phẫu thuật, nhưng phải điều trị tích cực ổn định các bệnh lý nội khoa trước khi phẫu thuật nhằm hạn chế nguy cơ, tai biến trong và sau phẫu thuật. Đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ giữa phẫu thuật viên, bác sỹ nội khoa và bác sỹ gây mê hồi sức.

Về phân loại xương gãy, bệnh nhân gãy độ A2.3 cao nhất chiếm 60%, loại gãy A2.2 chiếm 28,6%, loại gãy A2.1 chiếm 11,4%. Tỷ lệ này cho thấy ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đa số chỉ cần chấn thương ngã cũng có thể gây gãy xương mức độ nặng với nhiều mảnh vỡ nhỏ. Với loại gãy này, nghiên cứu cho thấy phương pháp thay khớp háng bán phần có ưu thế về phục hồi chức năng hơn so với kết hợp xương (1989).¹⁷

Để đánh giá mức độ loãng xương hiện nay chính xác và khách quan nhất là đo mật độ xương dựa vào chỉ số T-score. Đây là một trong những hạn chế của nghiên cứu này. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá độ loãng xương dựa trên phim Xquang khung chậu thẳng theo chỉ số Singh. Trong nghiên cứu, mức độ loãng xương trong nghiên cứu là độ II, III, IV. Độ loãng xương theo Singh loại IV chiếm tỷ lệ cao nhất 48,6%, loại III chiếm 42,8%, loại II chiếm 8,6%. Với các chỉ số loãng xương như trong nghiên cứu thì tỷ lệ thất bại của phương pháp mổ kết hợp xương là rất cao và tỷ lệ biến chứng sau mổ do nằm lâu như loét, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi. Vì vậy lựa chọn ưu tiên ở nhóm bệnh nhân này là thay khớp bán phần.¹⁸

Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân vào viện trước 24h và từ 24h - 48h, tổng chiếm 65,7%. Bệnh nhân vào sau 48h chiếm 34,3%. Nghiên cứu thời gian từ khi chấn thương đến vào viện của 705 bệnh nhân gãy khớp háng cho thấy tỉ lệ

sống sau 1 năm của nhóm vào viện sau 48h là 80,88% còn nhóm vào trước 48h là 93,41%.¹⁹ Việc kéo dài thời gian không được điều trị gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau này do mất tổ chức cơ và xương vùng liên mấu chuyển xảy ra nhanh chóng sau chấn thương.²⁰

Về biến chứng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có biến chứng sớm sau mổ chiếm 8,6%: Trong đó có 2,9% bệnh nhân gãy xương đùi sau mổ do tai nạn sinh hoạt trượt chân ngã, 2,9% nhiễm trùng tiết niệu và 2,9% bệnh nhân tai biến mạch máu não. Trong nghiên cứu trên 42 bệnh nhân điều trị thay khớp bán phần không xi măng (2001 - 2003), Kayali và đồng nghiệp báo cáo 1/42 bệnh nhân có nhiễm trùng sâu vào ngày 15; 1/42 bệnh nhân có viêm phổi và 1/42 bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp xuất hiện trong vòng 1 tháng.²¹ Nghiên cứu 72 bệnh nhân thay khớp bán phần lưỡng cực của Kunzheng Wang báo cáo 22,2% số bệnh nhân có từ 2 biến chứng trở lên.⁶ Như vậy tỉ lệ gặp biến chứng sớm sau mổ ở nghiên cứu của chúng tôi là gần tương đồng với nghiên cứu của Kayali và thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Kunzheng Wang. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này còn phụ thuộc nhiều vào bệnh lý nền của bệnh nhân vì người cao tuổi vốn đã có nhiều bệnh nền. Vì vậy chăm sóc và theo dõi sau mổ ở đối tượng người cao tuổi, có nhiều bệnh lý nền kèm theo cũng đóng vai trò quan trọng và cần được đặc biệt quan tâm.

Thang điểm Harris thường được sử dụng trên lâm sàng để đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật và có tính ứng dụng cao.²² Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả điều trị sau phẫu thuật theo thang điểm Harris là: 45,7% bệnh nhân mức rất tốt; 37,1% bệnh nhân mức tốt; 8,6% bệnh nhân mức trung bình; 8,6% bệnh nhân mức kém. Qua nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi

dài không xi măng đã chứng minh được tính hiệu quả khi áp dụng trên thực tế lâm sàng về khả năng hồi phục và hạn chế di chứng sau mổ, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi cho rằng phương pháp này nên được áp dụng và có thêm nhiều nghiên cứu có chất lượng chứng minh hiệu quả thực tiễn của phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Gãy liên mấu chuyển xương đùi phức tạp là một chấn thương nghiêm trọng đi kèm với tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong cao, đặc biệt ở người cao tuổi. Điều trị phẫu thuật giúp cho bệnh nhân sớm đi lại được là hết sức cần thiết. Đa số các bệnh nhân GLMCXD là người cao tuổi, số lượng bệnh nhân nữ gặp nhiều hơn nam và tai nạn dẫn đến chấn thương phần lớn là tai nạn sinh hoạt. Kết quả cho thấy phương pháp phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng có tỉ lệ phục hồi cao và ít để lại di chứng, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau điều trị. Giúp phẫu thuật viên có thêm lựa chọn điều trị cho các trường hợp bệnh nhân GLMCXD phức tạp.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và Trường Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fox KM, Magaziner J, Hebel JR, Kenzora JE, Kashner TM. Intertrochanteric versus femoral neck hip fractures: differential characteristics, treatment, and sequelae. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999;54(12):M635-640. doi: 10.1093/gerona/54.12.m635.
2. Cooper C, Cole ZA, Holroyd CR, et al. Secular trends in the incidence of hip and other osteoporotic fractures. *Osteoporos Int*

J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. 2011;22(5):1277-1288. doi: 10.1007/s00198-011-1601-6.

3. Muhr G, Tscherne H, Thomas R. Comminuted trochanteric femoral fractures in geriatric patients: the results of 231 cases treated with internal fixation and acrylic cement. *Clin Orthop*. 1979;(138):41-44.

4. Knobe M, Gradl G, Ladenburger A, Tarkin IS, Pape H-C. Unstable Intertrochanteric Femur Fractures: Is There a Consensus on Definition and Treatment in Germany? *Clin Orthop*. 2013;471(9):2831-2840. doi: 10.1007/s11999-013-2834-9.

5. Tu D, Liu Z, Yu Y, Xu C, Shi X. Internal Fixation versus Hemiarthroplasty in the Treatment of Unstable Intertrochanteric Fractures in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Orthop Surg*. 2020;12(4):1053-1064. doi: 10.1111/os.12736.

6. Fan L, Dang X, Wang K. Comparison between Bipolar Hemiarthroplasty and Total Hip Arthroplasty for Unstable Intertrochanteric Fractures in Elderly Osteoporotic Patients. *PLOS ONE*. 2012;7(6):e39531. doi: 10.1371/journal.pone.0039531.

7. Dung TT, Hieu ND, Son LM, Dinh TC, Dinh TC. Primary Cementless Bipolar Long Stem Hemiarthroplasty for Unstable Osteoporotic Intertrochanteric Fracture in the Elderly Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(24):4342-4346. doi: 10.3889/oamjms.2019.388.

8. Singh M, Nagrath AR, Maini PS. Changes in trabecular pattern of the upper end of the femur as an index of osteoporosis. *J Bone Joint Surg Am*. 1970;52(3):457-467.

9. Müller ME, Nazarian S, Koch P, Schatzker J. *The Comprehensive Classification of Fractures of Long Bones*. Springer Science & Business Media; 2012.

10. Ackland MK, Bourne WB, Uthoff HK. Anteversion of the acetabular cup. Measurement of angle after total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br*. 1986;68(3):409-413. doi: 10.1302/0301-620X.68B3.3733807.

11. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am*. 1969;51(4):737-755.

12. Zhang C, Feng J, Wang S, et al. Incidence of and trends in hip fracture among adults in urban China: A nationwide retrospective cohort study. *PLOS Med*. 2020;17(8):e1003180. doi: 10.1371/journal.pmed.1003180.

13. Adeyemi A, Delhougne G. Incidence and Economic Burden of Intertrochanteric Fracture: A Medicare Claims Database Analysis. *JBJS Open Access*. 2019;4(1):e0045. doi: 10.2106/JBJS.OA.18.00045.

14. Vũ Văn Khoa, Nguyễn Ngọc Hân. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không cement 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*. 2021;501(2). doi: 10.51298/vmj.v501i2.512.

15. Choi J-Y, Sung Y-B, Kim J-H. Comparative Study of Bipolar Hemiarthroplasty for Femur Neck Fractures Treated with Cemented versus Cementless Stem. *Hip Pelvis*. 2016;28(4):208-216. doi: 10.5371/hp.2016.28.4.208.

16. Võ Thành Toàn. Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài tại bệnh viện Thống Nhất. *Hội Nghị Thường Niên Lần Thứ XXII - Hội Nghị Chấn Thương Chính Hình Thành Phố Hồ Chí Minh*. 112-115.

17. Haentjens P, Casteleyn PP, De Boeck H, Handelberg F, Opdecam P. Treatment of

unstable intertrochanteric and subtrochanteric fractures in elderly patients. Primary bipolar arthroplasty compared with internal fixation. *JBJS*. 1989;71(8):1214-1225.

18. Lee Y-K, Ha Y-C, Chang B-K, Kim K-C, Kim T, Koo K-H. Cementless bipolar hemiarthroplasty using a hydroxyapatite-coated long stem for osteoporotic unstable intertrochanteric fractures. *J Arthroplasty*. 2011;26(4):626-632. doi: 10.1016/j.arth.2010.05.010.

19. Li Y, Lin J, Wang P, et al. Effect of time factors on the mortality in brittle hip fracture. *J Orthop Surg*. 2014;9:37. doi: 10.1186/1749-799X-9-37.

20. Fox KM, Magaziner J, Hawkes WG, et

al. Loss of bone density and lean body mass after hip fracture. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2000;11(1):31-35. doi: 10.1007/s001980050003.

21. Kayali C, Agus H, Ozluk S, Sanli C. Treatment for Unstable Intertrochanteric Fractures in Elderly Patients: Internal Fixation versus Cone Hemiarthroplasty. *J Orthop Surg*. 2006;14(3):240-244. doi: 10.1177/230949900601400302.

22. Söderman P, Malchau H. Is the Harris hip score system useful to study the outcome of total hip replacement? *Clin Orthop*. 2001;(384):189-197. doi: 10.1097/00003086-200103000-00022.

Summary

EVALUATION OF CEMENTLESS BIPOLAR LONG STEM HEMIARTHROPLASTY FOR GERIATRIC INTERTROCHANTERIC FRACTURE AT VIET DUC HOSPITAL

Intertrochanteric fractures can result in high morbidity and mortality rates, especially in the elderly. Surgeries are usually performed in order to help the patients access early mobility and to limit the complications. In particular, the cementless bipolar long stem hemiarthroplasty has shown many advantages. This study describes the clinical characteristics and evaluate the results of cementless bipolar long stem hemiarthroplasty in 35 patients over 60 years of age who were diagnosed with intertrochanteric fracture indicated to hemiarthroplasty at Viet Duc Hospital in the period between January 2013 and January 2018. The average age of the patients was 83.9 ± 6.5 , with the majority (65.7%) being 80 to 89 years old. The female/male ratio was 4/1. Chronic disease was prevalent in 37.1% of the patients, of which 61% were cardiovascular diseases. Most injuries were due to daily - life accidents (91.4%). Osteoporosis among all patients was grade II or higher, with grade IV being most common (48.6%). These were all A2 fractures according to the AO classification, and 91.4% had epiphyseal fit $\geq 90\%$. Postoperative complications accounted for 8.7%. The mean Harris score for assessing rehabilitation outcomes was 84.54 ± 16.87 .

Keywords: intertrochanteric fracture, cementless bipolar long stem hemiarthroplasty, geriatric patients.