

KẾT QUẢ NẮN KÍN VÀ KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG SỬ DỤNG ĐINH NỘI TỦY ĐẦU TRÊN XƯƠNG ĐÙI TRONG ĐIỀU TRỊ GẦY LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

Trần Việt Hưng¹, Nguyễn Quang Tôn Quyền¹,
Trần Đặng Đại Long¹, Đoàn Duy Thạch¹,
Nguyễn Minh Đạt^{1*}, Nguyễn Văn Hỷ¹, Lê Thừa Trung Hậu²

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.73.10

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trước đây điều trị gãy liên máu chuyển (LMC) xương đùi chủ yếu là nắn mở và kết hợp xương (KHX) bên trong bằng DHS, nẹp khóa ... đòi hỏi sự bộc lộ rộng rãi và mở ổ gãy, sẽ dẫn đến tình trạng mất máu, đau, hạn chế vận động sau mổ và sẽ dẫn đến các biến chứng. Đối với những trường hợp gãy mất vững, tổn thương thành ngoài nhiều thì việc điều trị bằng DHS, nẹp khóa thường dẫn đến di lệch thứ phát và thất bại trong quá trình điều trị. Với sự ra đời của đinh nội tủy Gamma, PFNA, Reconstruction và thế hệ đinh mới nhất hiện nay InterTAN, với kỹ thuật mổ xâm nhập tối thiểu, không mở ổ gãy rút ngắn thời gian phẫu thuật và lượng máu mất, kết hợp xương vững về mặt cơ học, giúp bệnh nhân vận động sớm sau mổ giúp ngăn ngừa các biến chứng do nằm lâu. Báo cáo này nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy liên máu chuyển với kỹ thuật nắn kín trên bàn chỉnh hình và KHX bên trong bằng đinh nội tủy đầu trên xương đùi.

Phương pháp: Chúng tôi thực hiện mổ nắn kín trên bàn chỉnh hình có sử dụng C arm, kỹ thuật mổ áp dụng theo AO trên 58 trường hợp gãy liên máu chuyển xương đùi. Ghi nhận độ dài đường mổ, thời gian phẫu thuật, ước tính lượng máu mất, đánh giá thang điểm đau VAS, thời gian nằm viện, các biến chứng, kết quả điều trị, chức năng khớp háng theo thang điểm Harris ở thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

Kết quả: Phương tiện đinh PFNA 41 trường hợp, đinh Gamma 5 trường hợp, đinh Reconstruction 12 trường hợp. Tuổi trung bình $78,86 \pm 11,67$ (38 - 97), nữ chiếm 72,4%. Thời gian mổ trung bình $70,34 \pm 20,5$ phút (45 - 135), kích thước vết mổ $6,70 \pm 1,09$ cm (5 - 10), ước tính lượng máu mất trung bình $257,1 \pm 163,04$ mL. Điểm đau VAS trước mổ và sau mổ trung bình lần lượt là 7,26 và 2,79. Thời gian nằm viện trung bình $13,37 \pm 4,38$ (5 - 24). Biến chứng trong phẫu thuật ghi nhận 1 trường hợp gãy rạn thân xương đùi và một trường hợp nắn kín thất bại. X quang liên xương ghi nhận ở tất cả trường hợp bệnh nhân tái khám, 4 trường hợp có can lệch. Điểm Harris ở thời điểm 3, 6, 12 tháng lần lượt là $76,42 \pm 13,01$, $85,96 \pm 6,36$, $90,25 \pm 2,63$.

Kết luận: KHX bằng đinh nội tủy đầu trên xương đùi cho thấy kỹ thuật mổ xâm nhập tối thiểu giúp giảm mất máu, kích thước vết mổ nhỏ, bệnh nhân tự lực sớm và phục hồi sớm sau mổ.

Từ khóa: Đinh nội tủy, gãy xương, xương đùi.

¹Trung tâm CTCH - PTTH Bệnh viện
Trung ương Huế

²Trung tâm CTCH - PTTH TM BV
Quốc Tế Huế

- Ngày nhận bài (Received): 09/10/2021; Ngày phản biện (Revised): 30/10/2021;

- Ngày đăng bài (Accepted): 06/11/2021

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Minh Đạt

- Email: datnguyen080397@gmail.com; SĐT: 0382501602

ABSTRACT

THE RESULTS OF CLOSED REDUCTION AND INTERNAL FIXATION SINGPROXIMAL FEMORAL NAIL IN TREATMENT OF INTERTROCHANTERIC FEMUR FRACTURE

Tran Viet Hung¹, Nguyen Quang Ton Quyen¹,
Tran Dang Dai Long¹, Doan Duy Thach¹,
Nguyen Minh Dat^{1*}, Nguyen Van Hy¹, Le Thua Trung Hau²

Objective: In the past, treatment of intertrochanteric fractures was mainly to open reduction and internal fixation with DHS, locking plate ... require extensive exposure, open fractures, will lead to blood loss, pain, and limited mobility postoperatively and lead to complications. In cases of unstable fractures with large external wall injuries treatment with DHS, locking plate often lead to secondary displacement and failure of treatment. With the introduction of intramedullary nails Gamma, PFNA, Reconstruction, and the latest generation of nails InterTAN, with minimally invasive surgical technique, without opening the fracture, shorter surgery time and blood loss, mechanically more stable, helping patients to move and weight bearing early after surgery and prevent complications due to prolonged lying down. This report aims to evaluate the results of treatment intertrochanteric fractures with closed reduction technique on the orthopedic table and internal fixation with the proximal femoral nail.

Material and method: We perform closed reduction on the orthopedic table using C Arm. And using surgical techniques applied according to AO on 58 cases of intertrochanteric fracture. Record the length of incision, surgery time, estimated blood loss, VAS pain score, hospital stay, complications, treatment results, hip function according to Harris scale. at 3 months, 6 months and 12 months.

Results: The mean age was 78.86 ± 11.67 (38 - 97), female accounted for 72.4%. Means of nailing PFNA 41 cases, Gamma nails 5 cases, Reconstruction nails 12 cases. Average operative time 70.34 ± 20.5 minutes (45 - 135), incision size 6.70 ± 1.09 cm (5 - 10), estimated average blood loss 257.1 ± 163.04 mL. The mean preoperative and postoperative VAS pain scores were 7.26 and 2.79, respectively. Average length of hospital stay was 13.37 ± 4.38 (5 - 24). Intraoperative complications recorded 1 case of femoral shaft fracture and 1 case of failure of closed manipulation. X-ray of bone healing was recorded in all patients at follow - up examination, 4 cases with fracture deformity. Harris score at 3, 6, 12 months is 76.42 ± 13.01 , 85.96 ± 6.36 , 90.25 ± 2.63 , respectively.

Conclusions: Treatment with a proximal femoral nail (PFN) showed that minimally invasive surgical technique, reduced blood loss, small incision size, allows early full weight bearing and postoperative recovery.

Keywords: Proximal femoral nail, intertrochanteric femur fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi thường gặp ở bệnh nhân già, bệnh nhân mắc bệnh loãng xương, thừa xương dễ bị gãy dù lực chấn thương nhẹ [1-3].

Gãy LMC chiếm khoảng 38 - 50% trong tổng số gãy xương vùng khớp háng. Tỷ lệ tử vong trung bình khoảng 20 - 30% trong vòng một năm đầu theo dõi sau gãy xương [10].

Gãy liên mấu chuyển xương đùi là vấn đề đang được quan tâm rất nhiều trên toàn cầu. Phẫu thuật KHX vẫn là phương pháp điều trị phổ biến nhất. Mặc dù có sự tiến bộ về phương tiện KHX, kỹ thuật mổ tiên tiến tuy

nhiên tỷ lệ tử vong vẫn còn cao đặc biệt ở những trường hợp gãy không vững. Gãy không vững thường liên quan đến những biến chứng nghiêm trọng như chậm liền xương, khớp giả, thất bại do phương tiện, đau, đi khập khiễng hay không thể đi lại sau phẫu thuật [8].

Các phương pháp điều trị phẫu thuật gãy LMC xương đùi hiện nay bao gồm, KHX bằng nẹp vít nén ép động DHS, nẹp khóa, đinh nội tủy đầu trên xương đùi và thay khớp háng. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và nhược điểm khác nhau tùy thuộc vào từng kiểu gãy.

ĐNT đầu trên xương đùi mang lại nhiều ưu điểm trong điều trị gãy LMC như: kỹ thuật xâm nhập tối thiểu, đường mổ nhỏ, giảm mất máu, ĐNT có cánh tay đòn ngắn hơn so với DHS và nẹp khóa nên sẽ vững hơn về mặt cơ học. Với sự ra đời của các thể hệ đinh mới, đinh PFNA giúp chống xoay ổ gãy, vít chốt vào cổ theo cơ chế đóng nén ép nên làm giảm khuyết xương. Đối với các đinh dài còn được chỉ định cho các trường hợp gãy chéo ngược, gãy lan rộng xuống vùng dưới mấu chuyển, hay gãy LMC kèm gãy thân xương đùi. Trong các trường hợp loãng xương, việc kết hợp xi măng trong việc bắt vít chốt vào chỏm mang lại nhiều kết quả tốt [8]. Từ đó, chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm: “Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển với kỹ thuật nắn kín trên bàn chỉnh hình và KHX bên trong bằng đinh nội tủy đầu trên xương đùi”.

II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 11/2019 đến tháng 4/2021, tổng cộng 58 bệnh nhân 16 nam và 42 nữ gãy LMC xương đùi điều trị bằng nắn kín trên bàn chỉnh hình dưới C - Arm và KHX bằng đinh nội tủy đầu trên xương đùi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, không đối chứng.

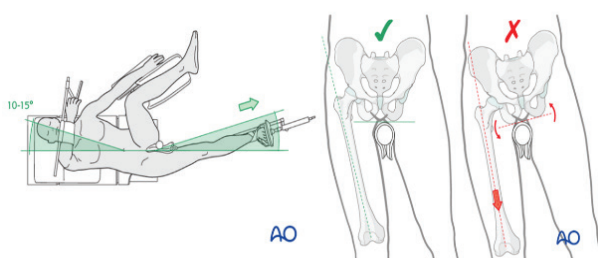
Thu thập số liệu

Công cụ: Bộ câu hỏi, thang điểm khớp háng Harris, phân loại AO, ước tính lượng mất máu.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Kỹ thuật phẫu thuật

Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa cố định chân trên bàn chỉnh hình. Chân bên mổ khép 10 -15° và xoay trong. Chân bên lành đặt ở trong tư thế dạng chân, máy C arm sẽ đặt vào giữa 2 chân của bệnh nhân.



Hình 1: Tư thế bệnh nhân

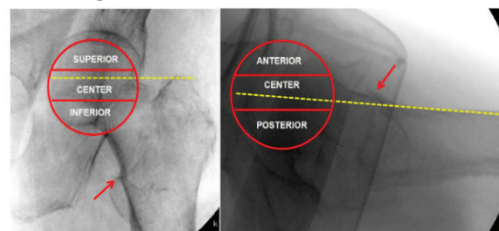


Hình 2: Chụp tư thế nghiêng

Việc chụp đúng phim nghiêng có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá nắn chỉnh ổ gãy cũng như xác định vị trí của vít chốt cổ. Cách chụp phim nghiêng là mặt phẳng tia X sẽ hợp với mặt phẳng ngang một góc 15 độ và đi qua khớp háng.

Chúng tôi tiến hành kéo nắn kín ổ gãy trên bàn chỉnh hình, kiểm tra trên C arm. Đối với những trường hợp kiểu gãy phức tạp nắn không thành công chúng tôi sử dụng thêm dụng cụ hỗ trợ để nắn bone hook, elevator, đinh Schanz, forceps, đinh K để hỗ trợ nắn chỉnh.

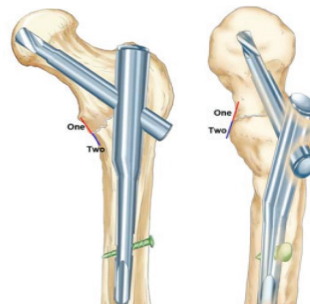
Đánh giá kết quả nắn chỉnh trong mổ chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của Nghiên cứu X. Jia [7], và Y. C. Yoon [14], chụp C arm 2 bình diện thẳng và nghiêng. Phục hồi góc cổ thân và góc nghiêng trước dựa vào đường thẳng đi ngang qua đỉnh mấu chuyển lớn và bờ trước của xương đùi sẽ đi qua tâm của chỏm xương đùi.



Hình 3: Phục hồi góc cổ thân

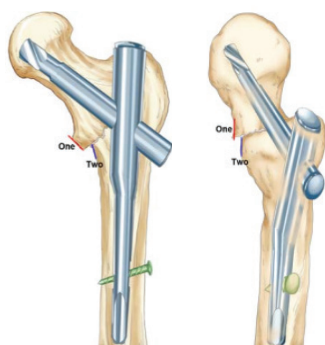
Và nắn chỉnh ổ gãy chia làm 3 kết quả là:

Đúng giải phẫu: Thành vỏ xương bên trong của đoạn cổ chỏm và đoạn thân xương tiếp xúc với nhau (hình 4).



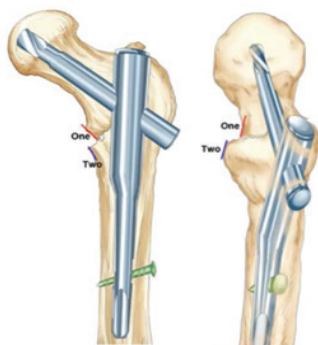
Hình 4: Nắn chỉnh đúng giải phẫu

Dương tính: Đoạn gãy gần cổ chỏm nằm ở phía trong so với thành vỏ xương trên trong của đoạn gãy thân xương (hình 5).



Hình 5: Nắn chỉnh ổ gãy dương tính

Âm tính: Đoạn gãy gần cổ chỏm nằm ở phía ngoài so với thành vỏ xương trên trong của đoạn gãy thân xương, mất sự nâng đỡ của thành xương bên trong của đoạn thân xương đùi (hình 6).



Hình 6: Nắn chỉnh ổ gãy âm tính

Rạch da điểm vào cách đỉnh mấu chỏm 3 - 5 cm. Xác định điểm vào, kiểm tra trên C arm 2 bình diện, sau đó doa rộng điểm vào. Doa lòng tủy, luồn đinh vào lòng tủy. Khoan và bắt vít chốt cổ, vị trí chốt cổ ở trung tâm của cổ và trung tâm của chỏm, TAD $\leq$ 25 mm (Tip - apex distance). Bắt vít chốt đầu xa, tùy thuộc vào kiểu gãy ta chọn bắt vít động hay tĩnh.

Việc lựa chọn chiều dài đinh tùy thuộc vào từng loại gãy. Nghiên cứu của D. S. Horwitz [6], đối với kiểu gãy A1.1 - A2.1 và A2.2 - A2.3 thì lựa chọn đinh ngắn sẽ thích hợp hơn so với đinh dài. Còn đối với một số trường hợp gãy A2.3 rất mất vững đường gãy lan xuống dưới mấu chỏm bé > 1cm, gãy A3, gãy LMC kèm gãy thân xương đùi thì lựa chọn đinh dài.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu trên 58 bệnh nhân, trong đó có 16 nam và 42 nữ. Tuổi trung bình là $78,86 \pm 11,67$ (38 - 97), phân độ loãng xương theo Singh chủ yếu ở độ II, III chiếm tỷ lệ 72,4%.

Cơ chế chấn thương chủ yếu của gãy LMC là tai nạn sinh hoạt 96,6%, tiếp theo là tai nạn lao động và tai nạn giao thông.

43 bệnh nhân (74,1%) có bệnh lý nội khoa kèm theo, trong đó THA chiếm tỷ lệ cao nhất 41,4% tiếp đến là các bệnh đái tháo đường, tai biến mạch máu não và bệnh mạch vành.

Bảng 1: Phân độ AO

Phân độ theo AO	Số lượng	Tỷ lệ %
A1	9	15,5
A2	43	74,1
A3	6	6
Tổng	58	100

Phân độ gãy xương theo AO, A1 có 9 trường hợp (15,5%), A2 có 43 trường hợp (74,1%) và A3 có 6 trường hợp (10,3%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Có 41 bệnh nhân sử dụng đinh PFNA, 5 bệnh nhân sử dụng đinh Gamma và 12 bệnh nhân sử dụng đinh Reconstruction.

Ghi nhận có 2 trường hợp xảy ra biến chứng trong phẫu thuật. Một trường hợp nắn kín thất bại phải mở rộng đường mổ để nắn chỉnh, một trường hợp gãy rạn thân xương đùi. Chưa ghi nhận trường hợp nào tử vong ngay trong phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

	Trung bình	Khoảng
Thời gian mổ (phút)	$70,34 \pm 20,5$	45 - 135
Kích thước vết mổ (mm)	$6,70 \pm 1,09$	5 - 10
Mất máu trong mổ (mL)	$257,1 \pm 163,04$	32,16 - 782,52
Số đơn vị máu truyền	$1,48 \pm 0,58$	1 - 3
Lượng truyền (mL)	$403,7 \pm 140$	250 - 700

Kết quả nắn kín và kết hợp xương bên trong sử dụng đinh nội tủy...

Thời gian mổ trung bình là $70,34 \pm 20,5$ phút, kích thước vết mổ trung bình $6,70 \pm 1,09$ mm. Ước tính lượng máu mất trong mổ $257,1 \pm 163,04$ mL.

3.3. Đánh giá kết quả thời kỳ hậu phẫu

Bảng 3: Kết quả thời kỳ hậu phẫu

	Trung bình	Khoảng
Thời điểm tập đứng (ngày)	$3,55 \pm 1,64$	1 - 8
Tổng TG nằm viện (ngày)	$13,37 \pm 4,38$	5 - 24
TG nằm viện sau PT (ngày)	$5,89 \pm 2,41$	2 - 16

Thời điểm bệnh nhân tập đứng là $3,55 \pm 1,64$ ngày (1 - 8). Tổng thời gian nằm viện là $13,37 \pm 4,38$ ngày (5 - 24), thời gian nằm viện sau phẫu thuật $5,89 \pm 2,41$ ngày (2 - 16).

Bảng 4: X quang sau mổ

X quang sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Góc cổ thân (độ)	$135,8 \pm 4,5$	125 - 147
TAD (mm)	$24,87 \pm 5,31$	15 - 36
Nắn chỉnh ổ gãy		
Dương tính	15	25,9
Âm tính	5	8,6
Đúng giải phẫu	36	62,1

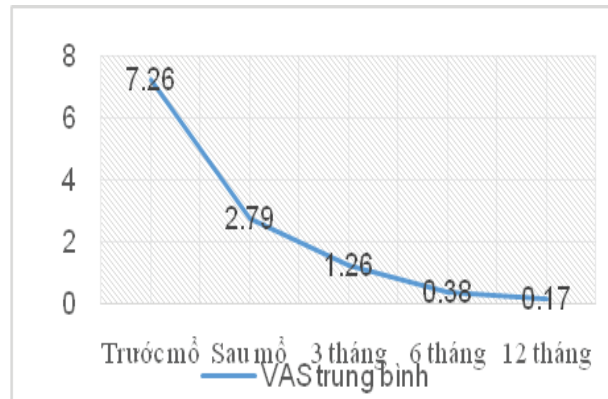
Góc cổ thân $135,8 \pm 4,5$ độ (125 - 147) và TAD $24,87 \pm 5,31$ mm (15 - 36). Nắn chỉnh ổ gãy dương tính 25,9%, âm tính 8,6% và đúng giải phẫu 62,1%.

Bảng 5: Biến chứng thời kỳ hậu phẫu

Biến chứng thời kỳ hậu phẫu		N	%
Biến chứng thời kỳ hậu phẫu		4	6,9
Chảy máu		2	3,4
Nhồi máu cơ tim		1	1,7
Thiếu máu nặng		1	1,7
Tử vong ở thời kỳ hậu phẫu		2	3,4
Nguyên nhân	Nhồi máu cơ tim	1	1,7
	Viêm phổi, hôn mê sâu	1	1,7

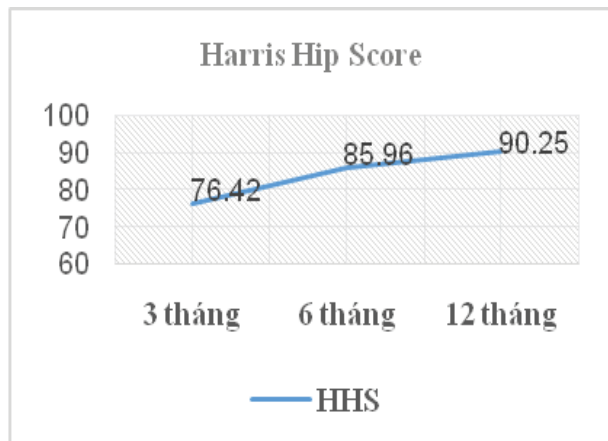
Ghi nhận 4 trường hợp xảy ra biến chứng ở thời kỳ hậu phẫu chiếm 6,9% và có 2 trường hợp tử vong. Một trường hợp tử vong do nguyên nhân nhồi máu cơ tim và một trường hợp do viêm phổi, hôn mê sâu.

3.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 1: VAS trung bình

Điểm đánh giá đau trung bình trước mổ là 7,26, cải thiện điểm đau sau mổ và trước mổ là 4,47. Ở các thời điểm tái khám 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng điểm đánh giá đau trung bình giảm dần lần lượt là 1,26; 0,38 và 0,17.



Biểu đồ 2: Đặc điểm cải thiện HHS 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng sau mổ

HHS tăng từ $76,42 \pm 13,01$ sau mổ 3 tháng đến $85,96 \pm 6,36$ sau mổ 6 tháng và $90,25 \pm 2,63$ sau mổ 12 tháng.

Bảng 6: 6 Kết quả lâm sàng và x quang

	Trung bình	Khoảng
Khác nhau về chiều dài chi (cm)	$0,63 \pm 0,46$	0 - 2
Thời điểm đi lại được (tuần)	$4,21 \pm 1,21$	1 - 6
	N	%
Đã có can xương	43	100
Biến dạng ổ gãy	4	6,9
Chậm liền xương	0	0
Khớp giả	0	0

Kết quả thời điểm bệnh nhân đi lại được $4,21 \pm 1,21$ tuần (1 - 6), khác nhau về chiều dài chi $0,63 \pm 0,46$ cm (0 - 2). Tỷ lệ đã có can xương chiếm 100%, có 4 trường hợp xảy ra biến dạng ổ gãy.

Bảng 7: Đánh giá biến chứng

Biến chứng	N	%
Nhiễm trùng đường tiểu	1	1,7
Loét cùng cụt	1	1,7
Tử vong trong 1 - 3 tháng sau mổ	2	3,4
Tử vong trong > 3 tháng sau mổ	3	5,2

Tử vong trong thời điểm 1 - 3 tháng sau mổ có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,4%. Tử vong trong thời điểm > 3 tháng sau mổ có 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,2%. 1 trường hợp nhiễm trùng đường tiểu và 1 trường hợp loét cùng cụt.

IV. BÀN LUẬN

Lý do lựa chọn phẫu thuật ít xâm lấn trong gãy LMC xương đùi dựa trên các yếu tố: thời gian mổ nhanh, tổn thương phần mềm ít, giảm mất máu trong mổ và kết hợp xương vững chắc. Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu chúng tôi là $70,34 \pm 20,5$ phút (45 - 135 phút) và kích thước vết mổ trung bình là $6,70 \pm 1,09$ mm, Lượng máu mất trung bình trong nghiên

cứu của chúng tôi ước tính theo công thức của Moor [10], Gross [11], và Camarasa [12] thông qua các thông số như cân nặng, Hct trước mổ và sau mổ, lượng máu truyền và có kết quả như sau lượng máu mất trung bình là $257,1 \pm 163,04$ mL. Nghiên cứu của J. Li, L. Cheng và J. Jing (2015), thời gian mổ trung bình của nhóm PFNA Châu Á và PFNA tiêu chuẩn lần lượt là $66,25 \pm 13,15$ phút và $79,50 \pm 21,12$ phút [13]. Nghiên cứu của Nithin S. Riyaz N. N. (2015), kích thước vết mổ trung bình cho nhóm đóng đinh nội tủy là 5,96 cm, nhóm dùng DHS là 14,04 cm [14]. Nghiên cứu của J. Li, L. Cheng và J. Jing (2015) về lượng máu mất trung bình của 2 loại đinh PFNA Châu Á và PFNA tiêu chuẩn là $131,86 \pm 69,16$ mL (30 - 300) và $162,14 \pm 66,18$ (100 - 350) cho từng loại tương ứng [13]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khá tương đồng với các nghiên cứu trên. Phẫu thuật ít xâm lấn mang lại nhiều lợi ích như giảm tỷ lệ mất máu trong mổ, giảm các biến chứng do gây mê, giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, giúp bệnh nhân sớm phục hồi và thời kỳ hậu phẫu nhẹ nhàng hơn.

Việc nắn chỉnh ổ gãy đóng vai trò quan trọng trong thành công của việc KHX, chúng ta cần nắn chỉnh ổ gãy đạt yêu cầu trước khi đưa phương tiện KHX vào. Đánh giá kết quả nắn chỉnh trong mổ chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của Nghiên cứu X. Jia [7], và Y. C. Yoon [8], kết quả nghiên cứu này cho thấy kiểu nắn chỉnh đúng giải phẫu và dương tính mang lại kết quả tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nắn chỉnh ổ gãy dương tính 29,3%, âm tính 5,2% và đúng giải phẫu 62,1%. Theo dõi kết quả có 4 trường hợp có biến dạng ổ gãy thì nắn chỉnh âm chiếm 3 trường hợp và dương tính 1 trường hợp, với $p < 0,05$ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Về biến chứng xảy ra trong quá trình phẫu thuật chúng tôi ghi nhận một trường hợp gãy rạn thành trong xương đùi khi thực hiện đóng đinh reconstruction do lòng tủy hẹp. Sau đó tiếp tục đóng đinh qua chỗ gãy. Kết quả theo dõi bệnh nhân này đi lại được và liền xương tốt. Một trường hợp nắn kín thất bại sau đó tiến hành rạch da rộng hơn và nắn

chỉnh ổ gãy. Chưa ghi nhận trường hợp nào tử vong trong phẫu thuật.

Về kết quả điều trị, sự cải thiện điểm đau VAS ở thời điểm trước mổ, sau mổ và 3 tháng, thang điểm chức năng khớp háng Harris ở thời điểm 3 tháng, 6 tháng có ý nghĩa thống kê. Việc bệnh nhân tập đứng sớm $3,55 \pm 1,64$ ngày và đi lại được sớm $4,21 \pm 1,21$ tuần giúp ngăn ngừa các biến chứng do nằm lâu.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp loét cụt và 1 trường hợp nhiễm trùng đường tiểu. Tử vong sau mổ 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,4%, nguyên nhân là nhồi máu cơ tim và viêm phổi, hôn mê sâu. Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu là 12,1%, tỷ lệ tử vong ở thời kỳ hậu phẫu và thời kỳ 1 - 3 tháng sau mổ là tương đương nhau 3,4%. Tỷ lệ tử vong ở thời kỳ trên 3 tháng sau mổ chiếm 5,2%. Khi nghiên cứu liên quan giữa bệnh lý nội khoa kèm theo và tỷ lệ tử vong với $p = 0,589$ ($p > 0,05$) thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tử vong và bệnh lý nội khoa kèm theo. Do vậy bên cạnh yếu tố nguy cơ là bệnh nội khoa kèm theo thì còn các yếu tố khác ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong như, thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật, kiểu gãy, phương pháp phẫu thuật, độ tuổi, giới tính, thời điểm bệnh nhân vận động đi lại được.

Đối với những trường hợp loãng xương nặng thì việc tăng cường xi măng trong lúc bắt vít chốt cổ giúp tăng cố định vít chốt cổ, tạo khối cứng chắc ở đầu vít nhằm tối giảm biến chứng vít chốt xuyên qua cổ xương đùi [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thực hiện cho 2 trường hợp, và kết quả ổ gãy liền xương tốt.

V. KẾT LUẬN

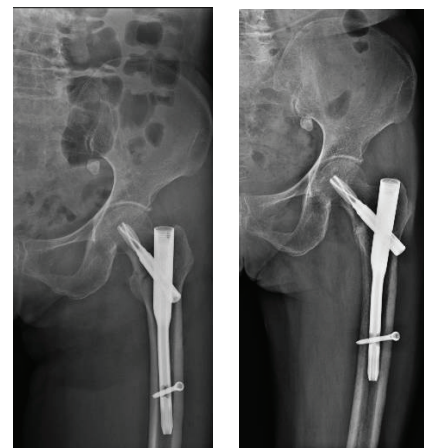
Như vậy với sự ra đời của các thế hệ ĐNT đầu trên xương đùi mới, phương tiện và kỹ thuật mổ ngày càng tối ưu, kỹ thuật này giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, kích thước vết mổ nhỏ, xâm nhập tối thiểu, giảm lượng máu mất, giúp xương liền tốt và giúp bệnh nhân có thể vận động đi lại sớm tránh các biến chứng do nằm lâu.

TRƯỜNG HỢP MINH HỌA

Trường hợp 1: BN nữ 84T gãy A2.1



Hình 6: X quang trước mổ

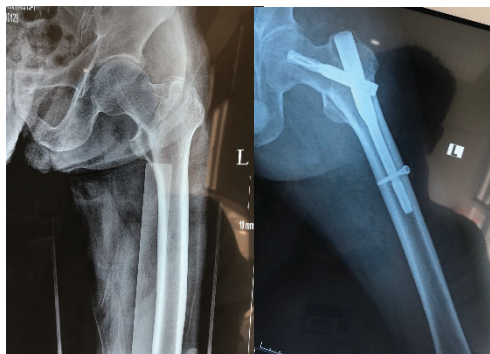


Hình 7: X quang sau mổ và 3 tháng



Hình 8: Hình ảnh tái khám sau 3 tháng

Trường hợp 2: BN nam 75T, Gãy A1.2



Hình 9: X quang trước mổ và sau mổ



Hình 10: Hậu phẫu ngày thứ 5 và 1 tháng sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phúc ND, Chấn thương chỉnh hình. 2013, Hà Nội: NXB Y Học.
2. Quyền NQ. Bài giảng Giải Phẫu Học 2013. 1: 127-131.
3. Trí PQ, Phác đồ điều trị của Bệnh viện chấn thương chỉnh hình. 2018, Hồ Chí Minh: NXB Giáo Dục.
4. Camarasa MA, Olle G, Serra-Prat M, Martin A, Sanchez M, Ricos P, et al. Efficacy of aminocaproic, tranexamic acids in the control of bleeding during total knee replacement: a randomized clinical trial. Br J Anaesth. 2006. 96: 576-82.
5. Gross JB (1983), "Estimating allowable blood loss: corrected for dilution", Anesthesiology. 58(3), tr. 277-280.
6. Horwitz DS, Tawari A, Suk M. Nail Length in the Management of Intertrochanteric Fracture of the Femur. J Am Acad Orthop Surg. 2016. 24: e50-8.
7. Jia X, Zhang K, Qiang M, Chen Y. The accuracy of intra-operative fluoroscopy in evaluating the reduction quality of intertrochanteric hip fractures. Int Orthop. 2020. 44: 1201-1208.
8. Kulkarni G, Babhulkar S, Textbook of Orthopedics and Trauma. 3 ed, ed. 3. Vol. 4. 2016. 1555-1581.
9. Li J, Cheng L, Jing J. The Asia proximal femoral nail antirotation versus the standard proximal femoral antirotation nail for unstable intertrochanteric fractures in elderly Chinese patients. Orthop Traumatol Surg Res. 2015. 101: 143-6.
10. Mears S. Fixing Hip Fractures. 2018; Available from: https://www.hopkinsmedicine.org/geriatrics/series/fixing_hip_fractures.
11. Riley KJ, Katz D, Assessment of Intraoperative Blood Loss, in Modern Monitoring in Anesthesiology and Perioperative Care. 2020. p. 139-147.
12. Riyaz N. N. NS. A prospective study to evaluate the outcome of operative treatment of patients with intertrochanteric fracture of femur with cephalomedullary nail and dynamic hip screw device. Edorium 2015. 1.
13. Schuetze K, Ehinger S, Eickhoff A, Dehner C, Gebhard F, Richter PH. Cement augmentation of the proximal femur nail antirotation: is it safe? Arch Orthop Trauma Surg. 2021. 141: 803-811.
14. Yoon YC, Oh CW, Sim JA, Oh JK. Intraoperative assessment of reduction quality during nail fixation of intertrochanteric fractures. Injury. 2020. 51: 400-406.