

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠY KÍN LIÊN MÁU CHUYỂN VÀ DƯỚI LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Quang Trí¹, Nguyễn Văn Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít khóa trong gãy kín liên máu chuyển và dưới liên máu chuyển xương đùi. *Đối tượng và phương pháp:* Bốn mươi một trường hợp bao gồm 35 trường hợp gãy liên máu chuyển và 6 trường hợp gãy dưới liên máu chuyển được phẫu thuật bằng nẹp vít khóa tại Khoa ngoại chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 1- 2015 tới tháng 12 -2016. *Phương pháp:* mô tả loạt ca kết hợp theo dõi dọc có bệnh án mẫu. *Đánh giá kết quả phẫu thuật* theo mức độ liền xương và phục hồi chức năng tại các thời điểm sau phẫu thuật và sau 6 tháng. *Kết quả:* rất tốt là 53,66%, tốt là 19,51%, trung bình là 12,20% không có kết quả kém. Liên xương góc cổ chân từ 120 -135 ° là 87,80%, gấp khớp háng $\geq 90^\circ$ là 60,98%. Biến chứng hạn chế vận động khớp háng nhẹ là 39,02%. *Kết luận:* Điều trị phẫu thuật gãy liên máu chuyển và dưới liên máu chuyển bằng nẹp vít khóa là phương pháp hiệu quả, an toàn, đạt kết quả điều trị tốt về lâm sàng và cho tỷ lệ liền xương cao.

Từ khóa: gãy kín liên máu chuyển, dưới liên máu chuyển

EVALUATING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF UNDERWENT CLOSED INTERTROCHANTERIC FRACTURES AND SUBTROCHANTERICS FEMORAL FRACTURES BY LOCKING SCREW BRACE AT 175 MILITARY HOSPITAL

SUMMARY

Objectives: To evaluate the results of surgical treatment with locking screw braces in broken joints and under the femur transfer. *Subjects and methods:* Forty-one cases include 35 cases of intermittent fracture and 6 fractures under intermodal transfer, which are operated by locking screw braces at the Orthopedic Surgery Department of the Military Medical Hospital 175 from January 2015 to December 2016. *Method:* describe the series of vertical follow-up cases with sample medical records. Evaluate surgical results according to the level of bone healing

¹ Bệnh viện Quân y 7A

² Bệnh viện 30-4

Người phản hồi (Corresponding): Lê Quang Trí (bstridongnai@yahoo.com.vn)

Ngày nhận bài: 15/10/2019, ngày phản biện: 4/11/2019

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2019

and rehabilitation at the time after surgery and after 6 months. Results: very good at 53.66%, good at 19.51%, average at 12.20% without poor results. The healing bone angle of the ankle from 120-135 degree is 87.80%, the hip joint fold over or equal 90 is 60.98%. Complications of limiting joint movement is 39.02%. Conclusion: Surgical treatment of intervertebral fractures and under the interlocking plate of the lock screw is an effective, safe method, achieving good clinical results and high rate of bone healing.

Key words: broken inter-line transfer, under inter-line transfer

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên máu chuyển (LMC) xương đùi là một chấn thương gãy xương thường gặp, chiếm 50 - 55% các loại gãy đầu trên xương đùi, gặp nhiều ở người cao tuổi, với nhiều bệnh lý nền kèm theo. Tỷ lệ nữ nhiều gấp 2 - 3 lần nam giới. Việc điều trị thường gặp những khó khăn và thách thức. Loãng xương là nguyên nhân chính mà từ đó chỉ một chấn thương nhẹ đã có thể gây gãy LMC. Gãy LMC xương đùi có tần suất ngày càng tăng do tuổi thọ tăng. Người cao tuổi chiếm đến 95% trong tổng số các trường hợp gãy LMC xương đùi [1], [5], [6].

Có nhiều phương pháp điều trị bằng phẫu thuật cho gãy xương ở các vùng này như: kết hợp xương bên trong, thay khớp, hoặc sử dụng khung cố định ngoài. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và hạn chế của nó. Mặc dù các phương tiện kết hợp xương ngày càng đa dạng và có chất lượng tốt, nhưng tỷ lệ điều trị thất bại vẫn còn cao. Phần lớn những thất bại là do việc thực hiện kết hợp xương không đạt và lựa chọn phương tiện kết hợp xương không phù hợp với chất lượng xương và hình thái gãy xương. Các loại đinh nội tủy cũng có không ít biến chứng như trôi vít, gục cổ xương đùi, vít trôi ra bờ trên cổ chỏm xương đùi và gãy xương muộn vùng vít khóa đầu xa. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước kết luận kết hợp xương bằng nẹp vít khóa cho phép phục hồi tốt về mặt chức năng và giải phẫu [1], [5], [7].

Hiện nay, kỹ thuật kết nối có ren giữa đầu vít và lỗ nẹp đã được ứng dụng như hệ thống cố định vững ít xâm nhập (LISS),

nẹp nén ép khóa (LCP) với những ưu điểm nổi bật là tạo sự vững gập góc cao, giảm hiện tượng lỏng và tuột vít, không phụ thuộc vào chất lượng xương để cố định vững. Tuy nhiên, việc ứng dụng kỹ thuật này chưa nhiều, chỉ tập trung chủ yếu ở các trung tâm y tế lớn có đủ điều kiện về con người và trang thiết bị. Để có thêm những luận cứ xác thực tin cậy về kết quả điều trị cũng như các biến chứng của phương pháp này qua việc đánh giá kết quả lâm sàng, cận lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên máu chuyển xương đùi bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Quân y 175”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

Các bệnh nhân gãy kín liên máu chuyển và dưới máu chuyển xương đùi do chấn thương. Tình trạng vận động trước khi gãy xương người bệnh vẫn còn đi lại được. Ý thức minh mẫn, hợp tác tốt với công tác điều trị. Có phân loại về nguy cơ phẫu thuật theo ASA là từ I đến III. Phân loại gãy LMC theo AO/AISIF và gãy DMC theo Sesinsheimer. Bệnh nhân đồng ý hợp tác với thầy thuốc.

**Tiêu chuẩn loại trừ*

Bệnh nhân chuyển nặng, nguy cơ phẫu thuật theo ASA từ IV- V trong quá trình chuẩn bị phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả loạt ca, kết hợp theo dõi dọc, không nhóm chứng từ tháng 1- 2015 tới tháng 12- 2016 tại Khoa ngoại chấn thương chỉnh

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

hình, Bệnh viện Quân y 175.

- Nhóm hồi cứu: Tất cả thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền căn, quá trình điều trị và theo dõi lấy tại phòng lưu trữ hồ sơ phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Quân y 175, được ghi vào mẫu bệnh án thiết kế sẵn cho nghiên cứu.

- Nhóm tiền cứu: Bệnh nhân được khám xét lâm sàng, cận lâm sàng đầy đủ, tư vấn kỹ về chỉ định và phương pháp điều trị.

* Chuẩn bị bệnh nhân, phương tiện.

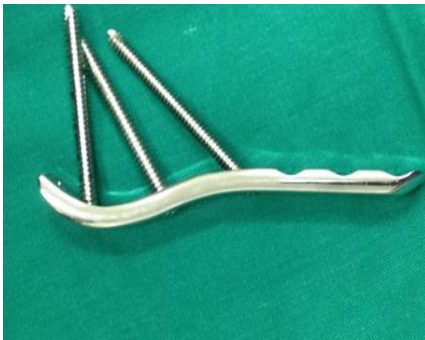
Giải thích về kỹ thuật, các tai biến, biến chứng, có thể xảy ra của phương pháp

phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa. Người bệnh sau khi được giải thích, nếu đồng thuận sẽ ký các cam kết cần thiết.

*Phương tiện:

Vật liệu nghiên cứu: Mẫu bệnh án có sẵn, dùng để ghi nhận toàn bộ các thông tin, kết quả thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân nghiên cứu.

Bàn phẫu thuật chỉnh hình đa năng. Máy X quang C-arm. Bộ phẫu thuật chấn thương chỉnh hình. Bộ nẹp vít khóa các cỡ số.



Hình 1. Bộ nẹp vít khóa

* Tiến hành

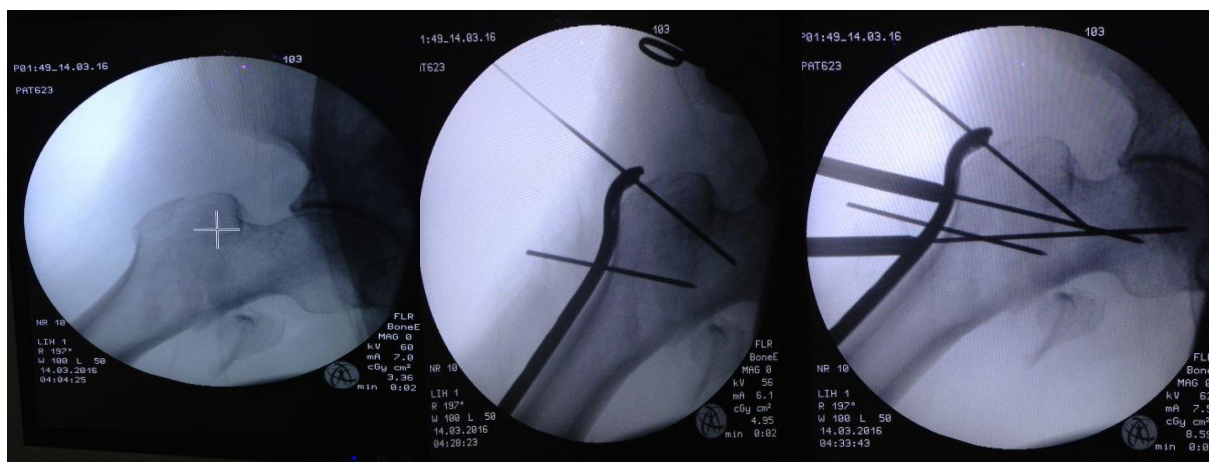
Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, chân bệnh được kéo trong tư thế xoay trong và dang nhẹ. Chân lành dang tối đa tạo khoảng trống cho máy C-Arm hoạt động. Phần thân và khung chậu được cố định vững chắc vào thân bàn nhằm làm điểm tựa cho sự kéo xương, nắn chỉnh ổ gãy.



Hình 2. Tư thế bệnh nhân trên bàn chỉnh hình.

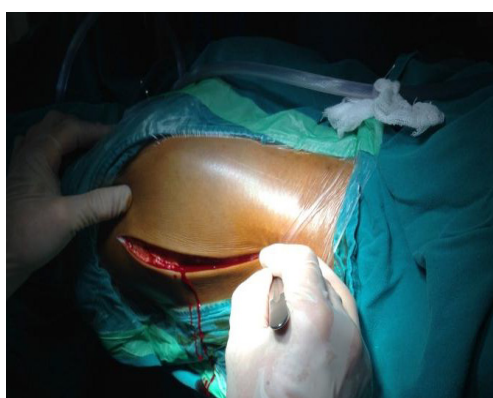
* Kỹ thuật:

Nắn chỉnh: nằm ngửa, tiến hành kéo chân gãy từ từ cho căng tối đa, cố định lại ở vị trí này, C-Arm kiểm tra ở hai tư thế, thông thường đạt được sự nắn chỉnh như ý, nếu còn chỉ là di lệch dọc trục, khi đó sử dụng hệ thống căng ép của bàn phẫu thuật để nắn chỉnh.



Hình 3. Nắn chỉnh và kiểm tra trên C-arm.

Rạch da khoảng 8-12cm phía ngoài từ đỉnh mấu chủy chuyển trở xuống, qua dải chậu chày vào khối mấu chủy vào đến ổ gãy, bộc lộ rõ ổ gãy kiểm tra và tiếp tục nắn chỉnh ổ gãy đạt về tư thế giải phẫu. Đặt nẹp khóa và xuyên đinh dẫn đường, kiểm tra dưới C-arm rồi đặt các vít sao cho các vít xóp phải vào đúng cổ xương đùi. Kế tiếp đặt các vít khóa tại các lỗ tương ứng trên nẹp. Kiểm tra bằng C-arm và đóng vết mổ.



Hình 4. Đường rạch da và kiểm tra C-arm sau bắt vít.

Điều trị sau phẫu thuật: kháng sinh toàn thân từ 5 – 7 ngày. X quang sau mổ, đánh giá kết quả kết hợp xương.

Tập vận động thụ động ngày hôm sau sau phẫu thuật ngồi dậy và xoay trở, cử động các khớp của chi bị bệnh. Từ tuần thứ 2 trở đi,

tập đi nạng hoặc khung tập đi chống nhẹ chân đau trong tháng đầu nếu tình trạng BN cho phép, sau đó đi nạng hoặc khung tập đi chống chịu lực 1 phần chân đau cho đến khi vững vàng và tự bỏ dụng cụ hỗ trợ. Tái khám tại các thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

2.3. Theo dõi và đánh giá

Đánh giá kết quả gần: Kết quả gần, tại thời điểm ra viện và kết quả tại thời điểm tái khám 6 tháng sau phẫu thuật.

Dựa trên các tiêu chí: Sự lành vết mổ, đau tại chỗ theo thang điểm VAS, mức độ liền xương trên x – quang và thời gian liền xương, kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo Evans và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật. Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị theo các mức độ sau:

+ Rất tốt: Vết mổ liền kỳ đầu, phục hồi giải phẫu tốt, mức độ liền xương tốt, không có tai biến, biến chứng, đi lại bình thường, không đau.

+ Tốt: Vết mổ liền kỳ đầu, phục hồi giải phẫu tốt, mức độ liền xương tốt, không có tai biến, biến chứng, đi lại bình thường, khép khenh ít, thỉnh thoảng đau nhẹ khi đi bộ dài.

+ Khá: Vết mổ liền kỳ đầu, di lệch ở mức cho phép, không có tai biến, biến chứng, mức độ liền xương kéo dài, đau nhẹ khi đi lại, thỉnh thoảng dùng gậy.

+ Trung bình: Vết mổ liền chậm, có tai biến biến, chứng nhẹ chỉ điều trị nội khoa không phải can thiệp lại, can lệch hoặc chậm liền xương, đi lại hạn chế, khép khenh, đau mức độ trung bình, sử dụng gậy và nạng.

+ Kém: Vết mổ toác, liền kỳ hai hoặc nhiễm trùng, có tai biến, biến chứng phải xử lý lại, mức độ liền xương kém hoặc khớp giả, đau liên tục, không có khả năng đi lại, ngồi xe lăn.

Đánh giá kết quả tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật: bao gồm ngón chi, xoay ngoài, xoay trong, dạng, khép khớp háng, mức độ đau khi vận động, kết quả liền xương trên Xquang, mức độ phục hồi chức năng, biến chứng.

Đánh giá sự liền xương và mức độ di lệch trên X quang: Đánh giá liền xương căn cứ vào sự hiện diện của các bề xương bắc cầu qua đường gãy hoặc có can bắc cầu rõ ràng qua ổ gãy.

Các tai biến, biến chứng: Các biến chứng trong quá trình phẫu thuật, trong giai đoạn liền vết mổ, trong quá trình liền xương, và các biến chứng phát sinh hoặc tồn tại từ thời điểm phẫu thuật hoặc trong quá trình liền xương.

Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê Y sinh học SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới tính.

Nhóm tuổi	Nam n=25		Nữ n=16		Tổng N=41		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
≤ 20	1	4,0	0	0	1	2,4	0,069
20-29	1	4,0	0	0	1	2,4	
30-39	2	8,0	0	0	2	4,9	
40-49	4	16,0	0	0	4	9,8	
50-59	6	24,0	1	6,3	7	17,1	
60-69	1	4,0	5	31,3	6	14,6	
70-79	3	12,0	4	25,0	7	17,1	
80-89	7	28,0	6	37,5	13	31,7	
TB+SD	59,40 ± 20,87		74,19 ± 10,05		65,17 ± 18,78		0,012*
Min-Max	15-86		50-88		15-88		

* T-student test

Nhận xét: Nhóm 80 - 90 tuổi có 13 BN (31,7%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Tiếp theo là nhóm 70 - 79 tuổi và nhóm 50 - 59 tuổi đều chiếm 17,1%. Thấp nhất là nhóm 20-29 tuổi và < 20 tuổi mỗi nhóm chiếm 2,4%. Điều này cũng cho thấy ở tuổi càng cao thì tỷ lệ bị gãy xương càng nhiều hơn. Tỷ lệ nam/nữ = 25/16.

Bảng 3.2: Phân loại gãy vững và gãy không vững

Loại gãy (Chung 2 nhóm)	Gãy LMC(n=35)		Gãy DMC(n=6)		Tổng (n=41)	
	n	TL	n	TL	n	TL
Gãy vững: (Gồm A1 và I → IIb)	11	31,43	1	16,67	12	29,27
Gãy không vững: (Gồm A2 → A3 và IIc → V)	24	68,57	5	83,33	29	70,73
Tổng	35	100	6	100	41	100

Nhận xét: tỉ lệ gãy không vững ở cả 2 nhóm liên máu chuyên và dưới máu chuyên (A2 → A3 và IIc → V) chiếm tỷ lệ cao nhất có 31(70,73%) trường hợp.

Bảng 3.3. Góc cổ thân tại thời điểm 6 tháng

Góc cổ thân	Gãy LMC		Gãy DMC		Tổng		p
	n	TL	n	TL	n	TL	
< 125 ⁰	2	5,71	1	16,67	3	7,32	0,549
125 ⁰ - ≤135 ⁰	31	88,57	5	86,33	36	87,80	
>135 ⁰	2	5,71	0	0	2	4,88	
Tổng	35	100	6	100	41	100	

Nhận xét: Phần lớn các góc cổ thân trở lại vị trí giải phẫu bình thường từ 125⁰

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

– $\leq 135^\circ$ có 36 (87,80%) trường hợp. Tỷ lệ góc cổ thân từ $< 125^\circ$ và $> 135^\circ$ chiếm tỷ lệ thấp vào khoảng 5%.

Bảng 3.4. Các biến dạng tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật

Các biến dạng	Gãy LMC(n=35)		Gãy DMC(n=6)		Tổng(n=41)	
	n	TL	n	TL	n	TL
Ngắn chi > 1cm	2	5,71	0	0	2	4,88
Xoay ngoài	0	0	0	0	0	0
Xoay trong	0	0	0	0	0	0
Dạng	2	5,71	0	0	2	4,88
Khép	2	5,71	1	16,67	3	7,32

Nhận xét: Tỷ lệ ngắn chi < 1 cm, dạng, khớp sau thời điểm phẫu thuật 6 tháng rất thấp vào khoảng 5 – 5,7%. Đây là ưu điểm nẹp vít khóa trong phẫu thuật gãy xương vùng LMC.

Bảng 3.5. Mức độ phục hồi chức năng tại thời điểm 6 tháng sau mổ

Mức độ phục hồi chức năng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt	25	60,98
Tốt	5	12,19
Trung bình	11	26,83
Xấu	0	0
Tổng	41	100

Nhận xét: tỷ lệ phục hồi chức năng ở mức độ tốt và rất tốt là 73,17%. Trung bình Có 1 26,83%, không có kết quả kém.

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt	22	53,66
Tốt	8	19,51
Khá	6	14,63
Trung bình	5	12,20
Kém	0	0
Tổng	41	100

Nhận xét: Kết quả điều trị tốt và rất tốt là 73,17%, khá là 14,63%. Có 5 BN (12,20%) có kết quả trung bình, trong đó: 3 BN liền khớp, 2 BN liền dạng, cả 5 BN còn đau háng mức độ vừa khi vận động và hạn chế gấp háng nhẹ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $65,17 \pm 18,78$ tuổi, thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 88 tuổi. Nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam chiếm 60,98%, nữ chiếm 39,02%. Lứa tuổi nhiều bệnh lý nền kết hợp, kết hợp với loãng xương, là nguyên nhân đặc trưng của bệnh lý chấn thương gãy xương vùng liên mấu chuyển xương đùi thường gặp trên người cao tuổi. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước trên cùng đề tài, thay đổi không nhiều và không có ý nghĩa về mặt thống kê [1], [4], [5].

4.1 Nguyên nhân và loại gãy xương

Trong 41 trường hợp nghiên cứu chúng tôi ghi nhận. Đối với gãy liên mấu chuyển: Loại gãy xương chủ yếu là A2, với 23/41(56,10 %) trường hợp. Đối với gãy dưới mấu chuyển: Loại gãy xương chủ yếu là loại V, với 4(66,66%) trường hợp. Như vậy ở cả 2 nhóm số BN gãy không vững chiếm tỷ lệ cao nhất (70,73%) . Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Văn Nguyên và cộng sự có 88,2% gãy không vững và 11,8% gãy vững. Tác giả Zhenhai Hou và cộng sự thì ghi nhận trong 88 trường hợp gãy liên mấu chuyển thì tuổi trung bình là 77,0, với loại gãy chủ yếu gồm A2 và A3. Các tác giả trên đã điều trị phẫu thuật bằng nẹp khóa kết quả ghi nhận tỉ lệ liền xương, phục hồi chức năng tốt và kết luận nẹp khóa với kỹ thuật kết nối có ren giữa đầu vít và lỗ nẹp đã được ứng dụng như hệ thống cố định vững

ít xâm nhập(LISS), nẹp nén ép khóa (LCP) với những ưu điểm nổi bật là tạo sự vững gập góc cao, giảm hiện tượng lỏng và tuột vít, không phụ thuộc vào chất lượng xương để cố định vững, là lựa chọn hàng đầu trong những trường hợp gãy phức tạp, nhiều mảnh rời không vững và thành ngoài xương không còn liên tục [4], [9].

4.3. Kết quả gần

Tại thời điểm ra viện và thời điểm tái khám 6 tháng sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận:

Tình trạng vết mổ: Chúng tôi không gặp trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ. Khi ra viện tất cả các trường hợp đều có tình trạng vết mổ khô. Thể trạng tương đối tốt, các bệnh lý nội khoa kết hợp được điều trị tạm ổn định.

Trục xương: X quang kiểm tra chúng tôi ghi nhận vị trí nẹp, vít đều ở vị trí đạt yêu cầu; 41 trường hợp sau phẫu thuật đều có các phần xương gãy về đúng vị trí giải phẫu với góc cổ thân $> 125^\circ$.

4.4. Đánh giá kết quả sau 6 tháng

Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận kết quả liền xương trong nghiên cứu này rất tốt. Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật tỉ lệ liền xương là 100%, trong đó có 22/41 (53,66%) trường hợp liền xương chưa đủ vững để lấy bỏ phương tiện kết hợp xương. 19 (46,34%) trường hợp liền xương đủ vững để lấy bỏ phương tiện kết hợp xương. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Năng Giới và cộng sự, khi điều trị phẫu thuật cho 30 trường hợp gãy liên mấu chuyển bằng nẹp khóa có tỉ lệ liền xương 100% không có tai biến, biến chứng. Theo Prakash A. Sasnur và cộng sự (2015) báo cáo kết quả điều trị cho

32 trường hợp gãy liên mấu chuyển bằng nẹp khóa thì tỷ lệ liền xương là 100% sau 17 tuần, Guadham U và cộng sự (2014) điều trị cho 26 trường hợp gãy dưới mấu chuyển thì tỷ lệ liền xương 84,6%. Các tác giả trên kết luận nẹp khóa trong phẫu thuật kết hợp xương vùng liên mấu chuyển xương đùi đạt yêu cầu về tái tạo giải phẫu, cố định vững, tỷ lệ liền xương cao và ít biến chứng [1], [6], [7].

Kết quả phục hồi chức năng: Kết quả góc cổ thân đạt trong khoảng từ 125° – $\leq 135^{\circ}$ chiếm 87,80%, gấp khớp háng: $\geq 90^{\circ}$ chiếm 60,98, từ 75° - 90° chiếm tỉ lệ 39,02%. Tỷ lệ đau khớp háng vừa khi vận động là 26,83%. Tương tự với kết quả của các tác giả trong nước như Nguyễn Năng Giỏi và cộng sự, Nguyễn Mạnh Linh và cộng sự thay đổi không nhiều và không quá 20%. Tuy nhiên trong nghiên cứu này thời gian theo dõi sau phẫu thuật thật sự chưa dài, cỡ mẫu còn nhỏ chưa mang tính đại diện, vì vậy cần nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và đặc biệt có nhóm so sánh như vậy kết quả sẽ phản ánh trung thực hơn [1], [3].

Biến chứng: Trong 41 trường hợp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa cho gãy xương đùi vùng liên mấu chuyển, dưới mấu chuyển, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào viêm xương, chậm liền xương, khớp giả, cũng như gãy nẹp vít. Như vậy nẹp khóa là lựa chọn hàng đầu cho gãy phức tạp, không vững vùng liên mấu chuyển, dưới mấu chuyển xương đùi.

Kết quả chung: tỉ lệ tốt và rất tốt cao lần lượt là: 53,66% và 19,51%. Khá chiếm tỉ lệ 14,63%, trung bình là 12,20%. Thay đổi không nhiều khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Năng Giỏi và cộng sự,

Nguyễn Mạnh Linh và cộng sự. [1], [3].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa là phương pháp hiệu quả, an toàn, kỹ thuật tương đối dễ thực hiện, nẹp khóa có nhiều kích cỡ chỉ định tốt cho cả gãy LMC và DMC xương đùi bao gồm cả loại gãy vững và gãy không vững. Nẹp khóa đạt yêu cầu về tái tạo giải phẫu, cố định vững chắc ổ gãy. Đặc biệt được chỉ định cho các trường hợp có loãng xương kèm theo từ độ 3 đến độ 6 theo phân loại Singh. Với kết quả chung: Rất tốt là 53,66%, tốt là 19,51%), khá là 14,63%, Trung bình 12,20%, không có trường hợp kém. Có 39,02% trường hợp hạn chế vận động khớp háng ở mức độ nhẹ. Một kết quả rất khả quan, tai biến, biến chứng thấp, kỹ thuật tương đối đơn giản, nên phổ biến kỹ thuật và áp dụng rộng rãi cho các tuyến có phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng Giỏi và cs (2014), “Đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu”, Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt, tr. 144-148.

2. Nguyễn Minh Khôi (2011), “Điều trị phẫu thuật gãy liên mấu chuyển ở người cao tuổi bằng nẹp khóa”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.

3. Đoàn Mạnh Linh (2016), “Đánh giá kết quả điều trị gãy kín vùng mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khóa tại bệnh viện Quân y 103”, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện quân y.

4. Võ Văn Nguyên (2015), “Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyền, dưới mấu chuyền xương đùi bằng đinh Gamma tại Bệnh viện Quân y 103”, Luận văn bác sỹ nội trú, Học viện quân y.

5. Nguyễn Đức Phúc (2004), “Gãy dưới mấu chuyền xương đùi”, Chấn thương chỉnh hình, NXB Y học, tr. 394-398.

6. Guadham U, et al (2014), “The outcome in early cases of treatment of subtrochanteric fracture with proximal femur locking compression plate”, Malaysia orthopaedic journal 2014, Vol. 8, No. 2, pp. 22-28.

7. Prakash A. Sasnur, et al (2015),

“Surgical outcome of proximal femoral fractures using proximal femoral – locking compression plate”, Al Ameen J Med Sci, Vol. 8, No. 3, pp235-238.

8. Vekris D.M, et al(2011), “Proximal screws placement in intertrochanteric fractures treated with external fixation: comparison of two different techniques”, Journal of orthopaedic surgery and research, No. 6:48, pp. 1-7.

9. Zhenhai Hou, et al (2014), “Treatment of unstable intertrochanteric fracture with percutaneous non-contact bridging plates”, International Journal of Surgery, vol. 12, pp. 538-543.

(Xem tiếp trang 47)

10, Phụ bản của số 4.

7. Khâu thủng loét dạ dày - tá tràng qua nội soi ổ bụng. Tài liệu hướng dẫn Phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Chợ Rẫy, 1999.

8. Nguyễn Hoàng, Nguyễn Ngọc Thắng, Đặng Văn Thới, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện Đà Nẵng, Tạp chí Khoa học, Đại học Huế, Số 63, (2010), 63-69.

9. Đỗ Đức Vân (1995), “*Kết quả điều trị phẫu thuật ổ loét tá tràng thủng trong cấp cứu tại bệnh viện Việt Đức*”, Ngoại khoa 9 (1995), 32-39.

10. Đỗ Sơn Hà, Nguyễn Văn Xuyên (1995), “*Đặc điểm lâm sàng và xử trí thủng*

ổ loét dạ dày tá tràng qua 189 trường hợp (1984-1993) tại khoa phẫu thuật bụng viện 103”, Ngoại khoa 9 (1995), 46-55.

11. Ngô Minh Nghĩa (2010), “*Đánh giá kết quả sớm khâu thủng ổ loét dạ dày tá tràng bằng phẫu thuật nội soi*”, Luận án Bác sĩ chuyên khoa 2, Trường đại học Y Dược Đại học Huế.

12. Trần Ngọc Thông, Hồ Hữu Thiện và cộng sự (2008), “*Đánh giá kết quả khâu lỗ thủng loét dạ dày tá tràng bằng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở*”, Ngoại khoa, 12(4), tr. 320-324.