

- Diabetes Atlas Nineth Edition 2019. Int Diabetes Fed, tr.1-144.
2. **Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al.** Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016;113: 116-124. doi:10.1016/j.diabres.2015.12.009
 3. **Phạm Minh Ngọc, Eggleston K.** Prevalence and determinants of diabetes and prediabetes among Vietnamese adults. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016;113: 116-124. doi:10.1016/j.diabres.2015.12.009
 4. **Nguyễn Thị Hương Lan, Đỗ Thị Mai Phương, Nguyễn Thị Khánh Huyền, Nguyễn Thị Hiền, Phạm Minh Thuý, Nguyễn Trọng Hưng.** Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm khẩu phần của người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn năm 2019 - 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2021;146:130-139
 5. **Lê Thanh Hà, Nghiêm Nguyệt Thu, Phạm Văn Phú, Trần Quang Thắng, Nguyễn Thanh Bình.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân tai biến mạch máu não tại bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2019. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2022;18(1):93-1016.
 6. **Nguyễn Phi Khanh.** Tình trạng suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân cao tuổi đang điều trị nội trú tại bệnh viện trường đại học Y - Dược Huế. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024; 540 (3):333-337.
 7. **Trịnh Thị Thuý.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi mắc bệnh thần mạn giai đoạn 3-5 chưa điều trị thay thế tại bệnh viện Hữu Nghị năm 2021-2022. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;519(2):242-246.
 8. **Boli AO, Owona CT, Feutseu C, et al.** Nutritional Status of Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Case of a Regional Hospital. Published online March 15, 2024.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRÊN HAI NĂM PHẪU THUẬT GỖ CỔ XƯƠNG ĐÙI BẰNG VÍT XỐP Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Hoàng Văn Vạn¹, Lê Mạnh Sơn², Đào Xuân Thành^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trên hai năm phẫu thuật gậy cổ xương đùi bằng vít xốp ở người trưởng thành tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu với 42 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương cổ xương đùi bằng vít xốp qua da từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2022. Thời gian theo dõi trung bình là $53,9 \pm 19,2$ tháng. **Kết quả:** 42 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $35,1 \pm 13,2$; tỉ lệ nam/ nữ = 3,7/1. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt cùng chiếm 92,9%. Phân loại gãy di lệch theo Garden: đa số các trường hợp gãy độ III và IV chiếm 69,1%. Thời gian tối khi được phẫu thuật đa số trong vòng 3 - 7 ngày, chỉ có 14,3% phẫu thuật trong vòng 48h. Đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Harris: rất tốt 57,2%, tốt 19,0%, trung bình 14,3% và kém 9,5%. Điểm trung bình HHS độ tuổi từ 18-29 là 91,7 điểm; từ 30-59 là 84,6 và ≥ 60 tuổi là 69 điểm. Biến chứng tiêu chỏm hay gặp nhất chiếm 19,0%, Khớp giả chiếm 7,1%. Các trường hợp biến chứng được ghi nhận chủ yếu ở nhóm gãy di lệch Garden III-IV và Pauwels II-III. Tất cả các bệnh nhân có biến chứng khớp giả, không liên đều có kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật là âm tính. **Kết luận:** Phẫu thuật kết

hợp xương cổ xương đùi bằng vít xốp qua da là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, đặc biệt phù hợp với bệnh nhân trẻ tuổi. Nắn chỉnh đạt giải phẫu là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự liền xương. **Từ khóa:** Gậy cổ xương đùi, vít xốp

SUMMARY

OUTCOME OVER TWO YEARS OF FEMORAL NECK FRACTURE SURGERY USING CANNULATED SCREWS IN ADULTS AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of femoral neck fracture surgery using cannulated screws in adults at Viet Duc Friendship Hospital over a two-year period. **Methods:** This retrospective study included 42 patients who underwent percutaneous femoral neck fusion surgery with cannulated screws from January 2017 to May 2022. The average follow-up period was 53.9 ± 19.2 months. **Results:** A total of 42 patients with an average age of 35.1 ± 13.2 years; male/female ratio = 3.7:1. The main causes were traffic accidents and domestic accidents, accounting for 92.9%. Fracture classification according to the Garden system: most cases were grade III and IV fractures, making up 69.1%. The time to surgery was mostly between 3-7 days, with only 14.3% undergoing surgery within 48 hours. Hip function assessment using the Harris scale showed 57.2% excellent, 19.0% good, 14.3% average, and 9.5% poor. The average Harris Hip Score (HHS) was 91.7 points for ages 18-29, 84.6 points for ages 30-59, and 69 points for patients aged 60 and older. The most common complication was head resorption, occurring in 19.0% of cases, followed by pseudoarthrosis in 7.1%. Complications were mainly observed in the Garden III-IV and Pauwels II-III displaced fracture groups. All

¹Bệnh viện Đa Khoa Hà Đông

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

patients with pseudoarthrosis and nonunion had poor postoperative reduction outcomes. **Conclusion:** Percutaneous cancellous screw fixation of the femoral neck is a safe and effective treatment method, especially suitable for young patients. Anatomical reduction is a crucial factor influencing bone union.

Keywords: Femoral neck fractures, cannulated screws, outcomes, complications, hip function, bone union.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi là một chấn thương gãy xương xảy ra ở mọi lứa tuổi và do nhiều nguyên nhân. Ở người già do vấn đề về loãng xương nên thường do cơ chế năng lượng thấp. Còn ở người trẻ thì thường do chấn thương năng lượng cao, sang chấn mạnh như tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn thể thao¹.

Đối với người cao tuổi, xương loãng thường lựa chọn thay khớp háng bán phần hoặc toàn phần. Còn ở người trẻ, chất lượng xương còn tốt, thời gian sống và lao động còn dài nên sẽ được chỉ định kết hợp xương là lựa chọn hàng đầu^{2,3}. Ngày nay phương pháp nắn chỉnh kín không mở ổ gãy và kết hợp xương bằng vít xỏ qua da hoặc phẫu thuật mở kết hợp xương bằng vít xỏ. Tuy nhiên, vẫn có một tỉ lệ nhất định gặp các biến chứng như tiêu chỏm xương đùi, khớp giả... dẫn tới phải thay khớp háng sau này.

Để đánh giá hiệu quả của kĩ thuật kết hợp xương cổ xương đùi bằng vít xỏ chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đánh giá kết quả trên hai năm phẫu thuật gãy cổ xương đùi bằng vít xỏ ở người trưởng thành điều trị gãy cổ xương đùi tại Bệnh viện Việt Đức"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán gãy cổ xương đùi và được phẫu thuật bằng vít xỏ ở Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trên 24 tháng. Hồ sơ bệnh án đầy đủ, rõ ràng, liên lạc và khám lại được.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có gãy xương chi dưới cùng bên, có các tổn thương phối hợp như chấn thương tủy sống hoặc sọ não, có tiền sử bệnh lý tâm thần hoặc viêm khớp háng, thay khớp háng, thay khớp gối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Chúng tôi áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh hồi cứu không có nhóm đối chứng trên 42 bệnh nhân gãy cổ xương đùi.

Địa điểm nghiên cứu. Viện chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Thời gian nghiên cứu. Thu thập, xử lý số liệu từ tháng 1/2023 đến 10/2024 các bệnh nhân

được phẫu thuật gãy cổ xương đùi bằng vít xỏ từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2022.

Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 42 bệnh nhân được lựa chọn.

Các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương, phương pháp bất động, thời điểm phẫu thuật, chân bên gãy.

- Đặc điểm lâm sàng: Mức độ đau, bước đi tập tễnh, mức độ ngắn chi.

- Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Sự liên xương, số lượng vít xỏ, vị trí vít xỏ, kết quả nắn chỉnh ổ gãy, góc cổ thân xương đùi, biến chứng.

- Kết quả điều trị: chỉ số chức năng khớp háng theo thang điểm HHS (Harris Hip Score); Điểm HHS, điểm HHS theo tuổi, điểm HHS theo phân loại gãy, liên quan giữa góc cổ xương đùi và kết quả điều trị, biến chứng theo phân loại, tuổi, kết quả nắn chỉnh.

2.3. Quản lý số liệu. Việc thống kê số liệu, kết quả nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội và được sự chấp thuận của bệnh viện Việt Đức. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật, chỉ phục vụ cho quá trình nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tỉ lệ nam nữ trong nghiên cứu: nam giới chiếm đa số, tỷ lệ nam/nữ = 3.7/1

- Độ tuổi trung bình là $35,1 \pm 13,2$. Thấp nhất là 18 và cao nhất là 62. Trong nghiên cứu chỉ có 2 bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Độ tuổi từ 30- 59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%.

- Nguyên nhân tai nạn: chiếm đa số là tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt ngã cao, chiếm 92,9%. Còn lại là tai nạn lao động với 7,1%.

- Phân bố theo bên tổn thương: 25 BN gãy chân bên phải và 17 bệnh nhân gãy chân bên trái.

- Phân loại gãy theo Garden: đa số các trường hợp gãy di lệch độ III và IV với tỉ lệ 69,11%; 52,4% trường hợp có đường gãy thuộc Pauwels II và chủ yếu bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc loại gãy cổ chính danh (chiếm 59,5%)

- Thời gian từ khi tai nạn tới khi được phẫu thuật trung bình là $7,3 \pm 11,5$, số bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 48h chiếm 14,3%, đa số được phẫu thuật trong vòng 3-7 ngày (61,9%). Số bệnh nhân phẫu thuật sau 7 ngày

chiếm 23,8%.

3.2. Đánh giá kết quả

➢ Số lượng vít xốp sử dụng: bệnh nhân được sử dụng 2-3 vít xốp. Trong đó chiếm phần lớn là 2 vít chiếm 78,6%. Còn lại là sử dụng 3 vít chiếm 21,4%

➢ Thời gian theo dõi trung bình: 53,9 ± 19,2 tháng. Ít nhất là 25 tháng và lâu nhất là sau 87 tháng.

➢ Đánh giá chức năng khớp háng theo HHS (Harris Hip Score):

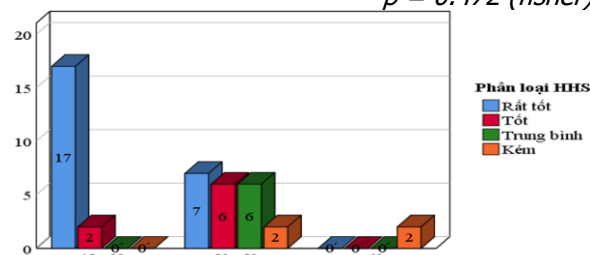
Bảng 1: Đánh giá chức năng khớp háng

Phân loại	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
Số lượng	24	8	6	4	42
Tỉ lệ	57.2%	19.0%	14.3%	9.5%	100%

Bảng 2: Đánh giá chức năng khớp háng theo phân loại Garden

	G1	G2	G3	G4
Rất tốt	5(100%)	5(62,5%)	10(55.5%)	2(18.2%)
Tốt	0(0%)	2(25%)	3(16.7%)	4(36.4%)
Trung bình	0%	0(0%)	4(22.2%)	2(18.2%)
Kém	0%	0(0%)	1(5.6%)	3(27.3%)

$p = 0.472$ (fisher)



Biểu đồ 1: Liên quan giữa nhóm tuổi và chức năng khớp háng sau mổ

Bảng 5: Liên quan giữa vị trí gãy cổ xương đùi và biến chứng

Vị trí gãy	Sắt chỏm		Ngang cổ		Nền cổ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Hoại tử	3	27,3%	5	20,0%	0	0%	8	19,0%
Khớp giả, không liền	2	18,2%	0	0%	1	16,7%	3	7,1%

Nhận xét: Biến chứng hoại tử chỏm đều cao nhất trong tất cả các loại gãy. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm là không có ý nghĩa thống kê.

➢ Liên hệ giữa mức độ di lệch và biến chứng

Bảng 6: Liên quan giữa mức độ di lệch và biến chứng

Mức độ di lệch	Garden I, II		Garden III, IV		Chung		p =
	n	%	n	%	n	%	
Hoại tử	2	15.4%	6	20.7%	8	19,0%	0.921
Khớp giả không liền	1	7.7%	2	6.9%	3	7.1%	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chức năng khớp háng tốt và rất tốt (32/42). Không thấy mối liên quan giữa sự di lệch ổ gãy và kết quả chức năng khớp háng với $p = 0.062 > 0.05$. Đặc biệt có thể thấy liên quan giữa nhóm tuổi và chức năng khớp háng. Cụ thể nhóm < 30 tuổi có chức năng khớp háng sau mổ hầu hết là rất tốt (17/19), trong khi đó các bệnh nhân ≥ 60 tuổi đều đánh giá chức năng ở mức kém.

➢ Liên quan giữa góc cổ thân và kết quả điều trị

Bảng 3: Liên quan giữa góc cổ thân và kết quả điều trị

Góc cổ thân	Số lượng	Điểm trung bình HHS	p = 0,397
>130°	23	86,0 ± 9,4	
120° – 130°	19	88,3 ± 7,7	
<120°	0		

Nhận xét: Điểm trung bình của các bệnh nhân thuộc 2 nhóm có góc cổ thân >130° và 120° – 130° lần lượt là 86,0 ± 9,4 và 88,3 ± 7,7. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa góc cổ thân xương đùi và kết quả điều trị với $p = 0,397 > 0,05$.

• Các biến chứng sau mổ:

Bảng 4: Các biến chứng sau mổ

Các biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tiêu chỏm, hoại tử chỏm cổ	8	19.0%
Không liền, khớp giả	3	7,1%

Nhận xét: Biến chứng hoại tử chỏm xương đùi là hay gặp hơn cả với 8 trường hợp, chiếm 19,0%, biến chứng khớp giả, không liền có 3 trường hợp chiếm 7,1%

➢ Liên hệ giữa vị trí gãy cổ xương đùi và các biến chứng:

Nhận xét: Hầu như tất cả các biến chứng đều xảy ra với nhóm có di lệch. Không có mối liên quan nào giữa biến chứng hoại tử và khớp giả với mức độ di lệch với $p = 0,921 > 0,05$

➢ Liên hệ giữa tuổi và biến chứng

Bảng 7: Liên quan giữa tuổi và biến chứng

Nhóm tuổi	18-29 tuổi		30-59 tuổi		≥60 tuổi		p =
	n	%	n	%	N	%	
AVN	1	5,3%	5	23,8%	2	100%	0,028
Khớp giả không liền	1	5,3%	2	9,5%	0	0%	

Nhận xét: Cả hai trường hợp trên 60 tuổi

đều có biến chứng hoại tử chỏm xương đùi. Đa số các biến chứng nằm ở nhóm bệnh nhân từ 30- 59 tuổi (cũng là nhóm chiếm số lượng chính). So sánh tỉ lệ biến chứng giữa 3 nhóm tuổi kết quả thu được là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028 < 0.05$.

➤ Sự liên quan giữa biến chứng và thời gian chờ mổ

Bảng 8: Liên quan giữa biến chứng và thời gian chờ mổ

	≤2 ngày		3– 7 ngày		>7 ngày		
	n	%	n	%	n	%	
AVN	0	0%	4	15,4%	4	40,0%	p = 0,238
Khớp giả, không liền	0	0%	2	7,7%	1	10,0%	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan giữa thời gian chờ mổ và biến chứng xảy ra với $p = 0,238 > 0,05$.

➤ Liên quan giữa kết quả nắn chỉnh ổ gãy và khả năng liền xương

Bảng 9: Liên quan giữa kết quả nắn chỉnh ổ gãy và khả năng liền xương

	Không liền xương, khớp giả	Liên xương	
Đúng giải phẫu	0%	16 (41,0%)	p = 0,001
Dương tính	0%	21 (53,8%)	
Âm tính	3 (100%)	2 (5,2%)	

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân có biến chứng khớp giả, không liền đều có kết quả nắn chỉnh ổ gãy sau mổ âm tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả nắn chỉnh ổ gãy có liên quan tới sự liền xương với $p = 0,001 < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

• **Dịch tễ:** Gãy cổ xương đùi chiếm đa số ở nam giới và trong độ tuổi lao động từ 30- 59. Cơ chế tai nạn hầu hết là tai nạn giao thông và ngã cao. Khác với người lớn tuổi và loãng xương, gãy cổ xương đùi thường do cơ chế năng lượng thấp. Ở người trẻ thường do cơ chế năng lượng cao. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới

• **Kết quả điều trị:** Đánh giá kết quả theo thang điểm HHS trong nghiên cứu của chúng tôi, rất tốt có 24/42BN (57,2%), tốt có 8/42BN (19%), Trung bình có 6/42BN (14,3%) và còn lại là kém với 4BN (9,5%).

Tính điểm HHS theo nhóm tuổi chúng tôi thấy rằng điểm trung bình giảm dần khi độ tuổi tăng dần, cụ thể từ 18-29 tuổi là 91,7 điểm, của nhóm từ 30-59 là 84,6 điểm và của nhóm > 60 là 69. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Giải thích cho điều này, thang điểm HHS có các yếu tố đánh giá về chức năng lâm sàng, vận động

khớp háng.

Tính điểm HHS theo phân loại Garden, điểm HHS ở mức rất tốt của nhóm BN GI là 100% , GII là 62,5%, GIII là 55,5%, GIV là 36,4%. Kết quả của Long và Cộng sự năm 2016 cho thấy điểm HHS rất tốt đạt 73,56%, trong đó nhóm GI có 97,14% đạt điểm rất tốt, GII có 78,57%, GIII có 68,09% và GIV chỉ còn 50%⁴. Hay nghiên cứu của Xin Ju và cộng sự năm 2023 cũng có kết quả tương tự với $\chi^2 = 1,43$, $p > 0,05$ ⁵. Nghiên cứu của chúng tôi và của các tác giả này đều không cho thấy mối quan hệ giữa các nhóm phân độ Garden và điểm HHS.

• **Các yếu tố liên quan tới liền xương và biến chứng:** Theo Bohler sau chấn thương gãy cổ xương đùi dịch khớp sẽ tràn vào ổ gãy gây cản trở quá trình liền xương⁶. Việc nắn chỉnh về giải phẫu là rất quan trọng nếu thực hiện tốt sẽ giải quyết được vấn đề trên. Theo Frandsen nếu nắn chỉnh, kết hợp xương vững thì tỉ lệ liền xương đối với loại gãy di lệch Garden III – IV chỉ đạt 7%⁷. Còn theo Banks nếu nắn chỉnh không tốt thì chỉ đạt tỉ lệ liền xương là 30%^{8,9}. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả nắn chỉnh ổ gãy liên quan tới khả năng liền xương với $p = 0,001 < 0,05$.

• **Biến chứng hoại tử chỏm xương đùi:** Đây là biến chứng thường hay gặp nhất trong gãy cổ xương đùi. Trong gãy cổ xương đùi có 2 dạng hoại tử:

- Hoại tử sớm do thiếu máu xảy ra ngay sau khi gãy xương. Trên Xquang hoại tử sớm cho thấy xương tăng độ đậm đặc, đây là quá trình vôi hoá sau khi tuỷ xương hết sức sống.

- Lún chỏm là quá trình hoại tử xảy ra muộn sau khi xương đã lành nhưng chỏm, nhất là nơi chịu lực bị thiếu máu nuôi nên lún xuống. Xquang cho thấy chỏm bị bẹt, không tròn trịa nữa, xương dưới sụn bị vỡ, có những vùng xương chết dưới sụn, khe khớp bị thay đổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ hoại tử chỏm xương đùi (AVN) là 8/42BN đạt tỉ lệ 19,0%, so sánh với các nghiên cứu khác kết quả của chúng tôi cao hơn của Ngô Bá Toàn, Trần Minh Tuấn, Wang¹⁰ và Trịnh Văn Hà; thấp hơn so với Kim.

- Biến chứng không liền xương, khớp giả

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3/42BN chiếm tỉ lệ 7,1%. Kết quả này tương tự như của Kalsbeek năm 2018 khi nghiên cứu 106 BN có 6BN không liền xương, chiếm tỉ lệ 5,6%.

Khớp giả là một biến chứng hay gặp trong gãy cổ xương đùi trong bao theo John và Wilson(1930) cho rằng nắn chỉnh không thích hợp, đặt sai vị trí là nguyên nhân chính gây ra khớp giả trong gãy cổ xương đùi.

Harrold (1960) nghiên cứu về vấn đề gãy xương trong gãy cổ đùi đưa ra kết luận rằng kết hợp xương không tốt là nguyên nhân dẫn đến khớp giả, cũng trong nghiên cứu này tác giả nêu ra là tổ chức phần mềm gồm cơ, bao hoạt dịch bị rách chèn vào ổ gãy cũng làm cản trở quá trình liền xương.

Ngoài những nguyên nhân trên, việc BN tập vận động sớm, vận động không đúng thời gian cũng như phương pháp do bác sỹ hướng dẫn sẽ làm ảnh hưởng không tốt tới quá trình liền xương và dẫn tới khớp giả. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phân loại gãy, thời gian chờ mổ không liên quan tới các biến chứng xảy ra với $p > 0,05$.

Như đã phân tích ở trên, nắn chỉnh đạt giải phẫu là yếu tố tiên quyết tới kết quả liền xương và hoại tử chỏm. Trong trường hợp nắn chỉnh không đạt, chủ động mổ mở nắn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương cổ xương đùi bằng vít xoắn qua da là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, đặc biệt phù hợp với bệnh nhân trẻ tuổi. Nắn chỉnh đạt giải phẫu là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự liền xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. Kazley, K. Bagchi. Femoral Neck Fractures. StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
2. H. Hu, J. Cheng, M. Feng, Z. Gao, J. Wu, S. Lu. Clinical outcome of femoral neck system versus cannulated compression screws for fixation

- of femoral neck fracture in younger patients. J Orthop Surg Res. Jun 9 2021;16(1):370. doi:10.1186/s13018-021-02517-z
3. S. Fitschen-Oestern, S. Lippross, T. Klüter, P. Behrend, M. Weuster, A. Seekamp. [Femoral neck fractures in young patients]. Unfallchirurg. Sep 2016;119(9):763-80. Schenkelhalsfraktur des jungen Patienten. doi:10.1007/s00113-016-0215-z
4. Yazhou Long, Shuming Zhang, Kuiyou Wang, Chunsheng Liu, et al. Strategies of closed reduction in treatment of femoral neck fracture using cannulated screw fixation. 2016;30(7):809-814.
5. F. X. Ju, R. X. Hou, J. Xiong, H. F. Shi, Y. X. Chen, J. F. Wang. Outcomes of Femoral Neck Fractures Treated with Cannulated Internal Fixation in Elderly Patients: A Long-Term Follow-Up Study. Orthopaedic surgery. Jun 2020;12(3):809-818. doi:10.1111/os.12683
6. Lê Phúc. Chấn Thương Học Vùng Háng. . 2006.
7. P. A. Frandsen, E. Andersen, F. Madsen, T. Skjoldt. Garden's classification of femoral neck fractures. An assessment of inter-observer variation. The Journal of bone and joint surgery British volume. Aug 1988;70(4):588-90. doi:10.1302/0301-620x.70b4.3403602
8. Henry H %J JBJS Banks. Factors influencing the result in fractures of the femoral neck. 1962;44(5):931-964.
9. Henry H %J Orthopedic. Clinics of North America Banks. Nonunion in fractures of the femoral neck. 1974;5(4):865-885.
10. C. Wang, G. J. Xu, Z. Han, X. Jiang, et al. Correlation Between Residual Displacement and Osteonecrosis of the Femoral Head Following Cannulated Screw Fixation of Femoral Neck Fractures. Medicine (Baltimore). Nov 2015; 94(47): e2139. doi: 10.1097/md. 0000000000002139

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUỲNH LƯU, NGHỆ AN NĂM 2024

Trần Thị Hằng^{1,2}, Hồ Khắc Thuý², Nguyễn Trọng Hưng³,
Nguyễn Hoa Tuyết¹, Nguyễn Thị Thu Thuý¹, Đỗ Nam Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 321 trẻ điều trị tại khoa Nhi của Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu tỉnh Nghệ An

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An

³Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

năm 2024. **Kết quả:** Đa số đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 12 tháng chiếm 43,6%, nhóm trẻ từ 12- 24 tháng chiếm 29,9%, còn lại là nhóm trẻ trên 24 tháng. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp chung là 69,5%, nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp là 16,8 %, 2,5% mắc cả 2 bệnh. Suy dinh dưỡng nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm trẻ 36 đến 47 tháng tuổi, nhóm trẻ 12-23 tháng có tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất 38,5%. Tỷ lệ SDD các thể đều ở nhóm trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp đều cao hơn ở nhóm nhiễm khuẩn tiêu hoá cấp. Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân ở nhóm mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) chiếm 50%, ở nhóm mắc nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp (NKTHC) là 27,5%, còn lại là tỷ lệ mắc các bệnh khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$). Tỷ lệ SDD thấp còi ở nhóm trẻ mắc NKHHC và NKTHC lần lượt là 66,7% và 15,3% tuy nhiên sự khác