

bệnh. Tình trạng bệnh, triệu chứng nổi bật không ảnh hưởng đến kiến thức dinh dưỡng của bệnh nhân. Tuy kiến thức dinh dưỡng tốt ở bệnh nhân Child C là 65,6% cao hơn bệnh nhân Child A là 54,5%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân đã được hướng dẫn có kiến thức dinh dưỡng tốt cao gấp 2,6 lần bệnh nhân chưa nhận được sự hướng dẫn. Bệnh nhân nhận được thông tin hướng dẫn từ nhân viên y tế có kiến thức dinh dưỡng cao nhất 67,6%. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy có 65% bệnh nhân nhận được thông tin hướng dẫn trong đó chủ yếu là từ nhân viên y tế 71,2% nhưng chỉ có 55% bệnh nhân có kiến thức dinh dưỡng tốt. Sự khác biệt này có thể do đa phần bệnh nhân lớn tuổi và có trình độ học vấn thấp ảnh hưởng đến khả năng tiếp thu các thông tin hướng dẫn. Cần có hình thức giáo dục, tư vấn phù hợp hơn đối với các đối tượng này.

Kết luận: Qua các kết quả trên có thể thấy rằng kiến thức dinh dưỡng của bệnh nhân xơ gan chưa cao 55%. Kiến thức dinh dưỡng chịu sự ảnh hưởng bởi sự hướng dẫn trước đó, trình độ kinh tế, địa chỉ, nguyên nhân gây bệnh và số lần nhập viện. Nhân

viên y tế cần tăng cường công tác tư vấn, giáo dục và thường xuyên chú ý hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân xơ gan sẽ giúp nâng cao kiến thức của bệnh nhân, góp phần giúp cho quá trình chăm sóc và điều trị bệnh tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thị Mỹ Dung (2009), "Xơ gan", *Bệnh học nội khoa*, bộ môn nội trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, nhà xuất bản y học, chi nhánh Hồ Chí Minh, trang 14 – 16
2. Đào Văn Long (2011), "Điều trị xơ gan", *Điều trị học nội khoa tập 1*, bộ môn nội trường Đại học Y Dược Hà Nội, nhà xuất bản y học Hà Nội trang 208 – 210
3. Hà Văn Mạo (2010), "Xơ gan", *Tạp chí Thông tin dược*, (số 12), trang 6 – 8.
4. Bạch Sĩ Minh (2008), *Bệnh gan mật và những điều cần biết*, nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 258 – 296
5. Lê Quang Nghĩa, Lê Quang Nhân (2005), "Các biến chứng của xơ gan", *Điều trị xơ gan và biến chứng*, nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh trang 55– 58
6. Hoàng Trọng Thăng (2006), *Bệnh tiêu hóa gan mật*, nhà xuất bản Y học.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GỠ LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐƯỢC PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN

TRẦN MẠNH HÙNG – *Bệnh viện Việt Đức*
TRẦN TRUNG DŨNG – *Trường Đại Học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Gãy liên mấu chuyển xương là loại gãy thường gặp, đặc biệt là người già. Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng gãy LMCXD người cao tuổi. Nghiên cứu trên 59 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 81,8 tuổi; tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Có 84,7% BN mắc các bệnh toàn thân; có 86,7% BN gãy loại A2 và A3, trong đó có 44,1% gãy mất vững, 100% BN bị loãng xương nặng.

Từ khoá: Gãy liên mấu chuyển, bệnh nhân cao tuổi.

SUMMARY

THE CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHARACTERS OF INTERCHOTRANTERIC FRACTURE OF ELDER PATIENTS TREATED WITH PARTIAL HIP REPLACEMENT SURGERY

Objective: Determine the clinical and radiographic characters of interchotranteric fracture of elder patients.

Patients and methods: Study retrospectively on 59 patients with average age is 81.1 years old; female/male ratio is 2/1; 84.7% patients had other diseases; 86.7% patients had A2 and A3 type fracture according to AO classification with 44.1% unstable fracture and 100% had osteoporosis.

Keywords: interchotranteric fracture, elder patients.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) là loại gãy xương phổ biến chiếm 55% gãy đầu trên xương đùi, 95% gặp ở người già, phụ nữ gặp gấp 2-3 lần nam giới. Nguyên nhân do người cao tuổi mắc bệnh loãng xương nên chỉ cần ngã nhẹ đập mông xuống đất nhẹ là gãy. Ngày nay, tuổi thọ càng ngày càng cao nên tỷ lệ người gãy LMCXD ngày một gia tăng.

Người cao tuổi không chỉ mắc bệnh loãng xương mà còn mắc nhiều bệnh toàn thân như: Cao huyết áp, ĐTD, bệnh tim mạch, bệnh phổi mãn tính... nên việc điều trị gặp rất nhiều khó khăn trong lựa chọn phương pháp điều trị gãy xương và hồi sức trước, trong và sau mổ.

Có rất nhiều phương pháp điều trị gãy xương như: điều trị bảo tồn, KHX, thay khớp. Phương pháp điều trị bảo tồn thường phải bất động lâu nên dễ gặp các biến chứng toàn thân do nằm lâu mang lại. Phương pháp KHX như: Găm kim, KHX vít xoắn, KHX nẹp vít, KHX DHS... giúp phục hồi giải phẫu, bất động xương vững tạo điều kiện cho xương liền và bệnh nhân ngồi dậy sớm tránh được các biến chứng toàn thân do nằm lâu.

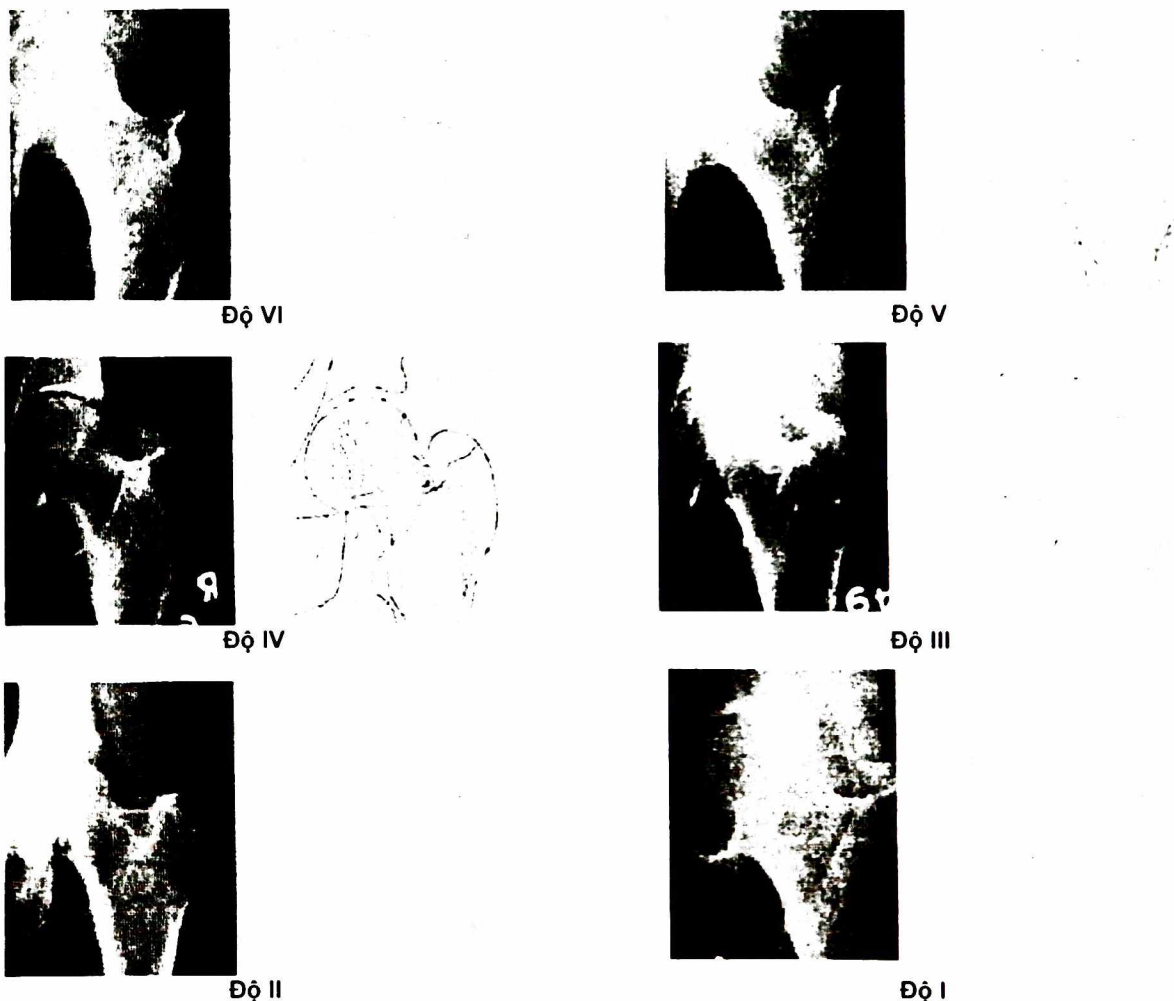
Tuy vậy, gãy LMCXĐ người cao tuổi kèm theo loãng xương thường không vững, không tập PHCN được sớm nên chậm chạp lại cuộc sống và dễ nặng thêm các bệnh toàn thân. Phương pháp thay khớp giúp khắc phục được nhược điểm của phương pháp KHX người loãng xương.

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng gãy LMCXĐ người cao tuổi.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 59 bệnh nhân cao tuổi gãy LMCXĐ tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 3/2011 tới tháng 12/2012.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân
- + Bệnh nhân cao tuổi gãy LMCXĐ
 - + Tiền sử đi lại bình thường, không có bệnh toàn thân kèm theo.
 - + Đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Các chỉ tiêu nghiên cứu.
- Tuổi, giới.
 - Nguyên nhân và cơ chế chấn thương
 - Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA
 - Phân độ loãng xương theo Singh Năm 1970.
- Singh đã chia độ loãng xương thành 6 độ dựa vào sự tiêu đi của các bề xương trên phim đọc x quang Độ 6 là bình thường, độ 1 là thưa xương rất nặng



Hình 1. Phân độ loãng xương theo Singh [1]

- Phân loại gãy theo AO:

AO đã chia gãy LMCXĐ thành 3 nhóm chính và mỗi nhóm lại có 3 loại nhỏ.

A1: Là loại gãy vững dễ nắn chỉnh.

A2: Là loại gãy không vững, đặc biệt là A2-3.

A3: Là loại gãy không vững dễ di lệch, khó nắn chỉnh.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học: Phần mềm SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được hội đồng bệnh viện phê duyệt, các bệnh nhân đồng thuận tham.

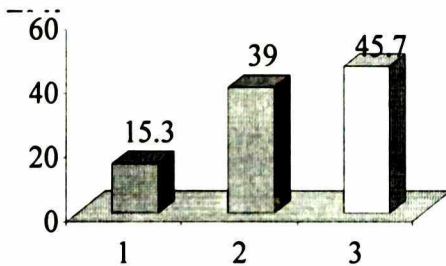
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 41 BN nữ (69,5%) và 18 nam (30,5%), tỷ lệ nữ/nam là 2.3. Độ tuổi trung bình là 81,8 tuổi, thấp nhất là 70 tuổi, cao nhất là 94 tuổi, độ tuổi gặp nhiều nhất là 70-89 chiếm 88,1%. BN chủ yếu gãy do TNSH chiếm 94,4%.

Bảng 1. Bệnh kèm theo

Bệnh kèm theo	N	%
Bệnh hô hấp	3	5,1
Tim mạch	15	25,4
Tiểu đường	22	37,3
Tiết niệu	4	6,8
Bệnh khác	6	10,1
Không	9	15,3
Tổng	59	100,0

Nhận xét: 50 BN (84,7%) có bệnh kèm theo, trong đó nhóm bệnh tiểu đường là cao nhất sau đó là nhóm tim mạch.



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA

Nhận xét: Bệnh nhân nằm trong nhóm ASA3 là nhiều nhất 27 BN (45,7%).

Bảng 2. Phân loại gãy xương theo AO

Loại gãy	n	%
A1	2	8
A2	1	18
	2	20
	3	9
A3	2	2
	3	2
Tổng	59	100,0

Nhận xét: Gặp nhiều nhất nhóm A2 47BN (79,7%). Gãy vững 44,1%, gãy mất vững 55,9%.

Bảng 3. Phân độ loãng xương theo Singh

Độ loãng xương	N	%
III	29	49,2
IV	30	50,8
Tổng	59	100,0

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều bị loãng xương vừa và nặng.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 81.8 tuổi, thấp nhất là 70 tuổi, cao nhất là 94 tuổi, độ tuổi bị loãng xương nhiều nên chỉ cần ngã đập mông nhẹ xuống nền cứng là bị gãy xương. Tỷ lệ nữ/nam ≈ 2/1. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [4,5].

Kết quả 100% BN gãy LMCXD đều bị loãng xương nặng theo phân độ của Singh. Vùng LMC xương đùi là vùng xương xốp, nên ở BN loãng

xương thì xương ở đây yếu nên chỉ cần một lực nhỏ như đập mông xuống đất là gãy. Kết quả có tới 94% gãy là do TNSH đập mông xuống nền cứng. Do vậy, cần có một biện pháp điều trị phù hợp với người loãng xương gãy LMCXD.

Trong 59 BN nghiên cứu có 50 BN chiếm 84,7% mắc các bệnh toàn thân như: tim mạch, hô hấp, ĐTD... trong đó cao nhất là nhóm bệnh tim mạch, đây là các bệnh thuộc nhóm ASA3, là nhóm ảnh hưởng tới tính mạng của bệnh nhân và cần được điều trị tích cực phòng các biến chứng xảy ra. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Henrik palm và Heinz Kudema [2,3]. Do vậy, các BN cần được điều trị tích cực kèm bất động xương vững để chăm sóc tốt.

Trong nghiên cứu có 51 BN (86,4%) gãy LMCXD loại A.2 và A.3, đặc biệt có 44,1% gãy loại A.2.2, A.2.3, A.3 đây là các loại gãy không vững, dễ di lệch thứ phát cần phải cố định xương vững. Tuy vậy, các BN đều bị loãng xương nặng nên việc bất động xương thường lỏng, không vững, và độ liền xương thấp, BN không ngồi dậy và tập PHCN sớm dễ mắc các biến chứng bệnh toàn thân và loét tỷ đè. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Khánh là 80.3%. Do vậy, chọn lựa phương pháp khác như thay khớp cho người loãng xương cần đặt ra

KẾT LUẬN

Trong 59 BN nghiên cứu, BN có độ tuổi trung bình là 81 tuổi; 100% BN bị loãng xương nặng; 84,7% BN có các bệnh lý toàn thân nằm trong nhóm ASA3 là nhóm gây nguy hiểm tới tính mạng BN; có 84,4% BN gãy LMCXD loại A.2, A.3, đặc biệt có 44,1% BN gãy loại A.2.2 trở lên là loại gãy không vững đòi hỏi phải bất động xương vững chính di lệch thứ phát. Từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với gãy LMCXD người già, loãng xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singh M., Nagrath A.R., Maini P.S. (1970), "Changes in trabecular pattern of the upper end of the femur as an index of osteoporoses", *J. Bone Joint Surg Am.*, 52, pp. 475-467.
2. Müller M.E., Allgower M., Schneider R., Willenegger H. (1995), "Manual of internal fixation: Techniques recommended by the AO – ASIF group", 3rd ed. New York: Springer; pp. 254-64, 280-1
3. Henrik Palm, Steffen Jacobsen, Stig Sonne-Holm, Peter Gebuhr (2007). "Integrity of the Lateral Femoral Wall in Intertrochanteric Hip Fractures: An Important Predictor of a Reoperation", *J Bone Joint Surg Am.*, 89, pp.470-475.
4. Nguyễn Mạnh Khánh, Đoàn Việt Quân, Nguyễn Xuân Thủy "Thay khớp háng bán phần ở bệnh nhân gãy liên mấu chuyển không vững" Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam số 1 – 2012, tr 39-44.
5. Phí Mạnh Công (2009). "Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết hợp xương nẹp vít động tại Bệnh viện Xanh pôn và Bệnh viện 198". Luận văn thạc sĩ y học, tr 40-41.

