

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp^{1*}, Nguyễn Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 52 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán là gãy cổ xương đùi (GCXD) và đã được mổ thay khớp háng bán phần Bipolar tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ 6/2021 - 6/2022.

Kết quả: Gãy cổ xương đùi hay gặp ở nữ hơn nam giới, với tỷ lệ nữ/nam là 4,2/1. Bệnh gặp chủ yếu gặp ở người cao tuổi, tỷ lệ bệnh nhân từ 70 - 80 tuổi chiếm 57,7%. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (94,2%); các bệnh nhân đến sớm: triệu chứng đau tại chỗ chiếm 90,9%, giảm vận động khớp háng 69,6%; mất vận động khớp háng 42,4%; ngắn chi 34,4%. Bệnh nhân đến muộn: 47,3% đau tại vị trí gãy, 63,2% giảm vận động khớp háng, 42,1% mất vận động khớp háng, 73,6% bệnh nhân có ngắn chi. Tỷ lệ bệnh nhân GCXD theo phân loại Garden III chiếm tỷ lệ cao nhất (36,6%); Pauwels II (71,2%); phân loại theo Liton tỷ lệ gãy ngang cổ chiếm cao nhất (48,1%).

Kết luận: gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi hay gặp ở nữ nhiều hơn nam giới, lâm sàng thường gặp đau, mất vận động khớp háng và ngắn chi.

Từ khóa: Gãy cổ xương đùi, thay khớp háng bán phần.

CLINICAL AND SUB-CLINICAL EVALUATION FEMORAL NECK FRACTURE IN ELDERLY PATIENTS AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe clinical and subclinical characteristics of femoral neck fractures in elderly people at Thai Binh General Hospital.

Method: This was a descriptive study of 52 patients aged 60 years and over who were

diagnosed with femoral neck fractures and underwent Bipolar hip replacement surgery at the Department of Orthopedic Trauma - Burns, Thai Binh General Hospital from 6/2021 to 6/2022.

Results: Femoral neck fractures were more common in women than in men with a sex ratio of 4,2/1. This was primarily observed in elderly patients aged between 70 and 80 years, accounting for 57,7% of cases. The main reason of fractures was living accident (94,2%). Patients commonly presented with early symptoms such as local pain (90,9%), decreased hip mobility (69,6%), loss of hip mobility (42,4%), and shortening of the affected limb (34,4%). Among patients who arrived late at the hospital, 47,3% reported pain at the fracture site, 63,2% had decreased hip mobility, 42,1% experienced loss of hip mobility, and 73,6% had a shortened limb. The majority of patients with femoral neck fractures were classified as Garden III (36,6%) and Pauwels II (71,2%). According to the Liton classification, transverse femoral neck fractures accounted for the highest proportion at 48,1%.

Conclusion: Femoral neck fractures are common in elderly women. The most common clinical symptoms are pain and decreased range of motion in the hip.

Key words: Femoral neck fractures, hemiarthroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi là loại tổn thương hay gặp ở người cao tuổi, tiên lượng nặng do có nhiều biến chứng toàn thân và tại chỗ như: khớp giả, tiêu chỏm, thoái hóa khớp háng. Gãy cổ xương đùi là loại gãy phổ biến chiếm 48% - 54% các ca gãy xương vùng khớp háng. Khoảng 90% bệnh nhân gãy cổ xương đùi trên 50 tuổi và tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng qua các năm. Theo Derek G. Ju và cộng sự thống kê từ năm 2003-2013 có 808.940 trường hợp gãy cổ xương đùi, trong đó thường gặp ở lứa tuổi ≥ 65 [1]; Mohamed A.I, phân tích trên 30.250 bệnh nhân, tuổi trung bình GCXD là 79 tuổi [2]; Nguyễn Ngọc Cảnh nghiên cứu trên 34 bệnh nhân có độ tuổi từ 66-101 tuổi, trung bình $79,21 \pm 8,31$ tuổi, trong đó nhóm tuổi > 75 chiếm tỷ lệ cao

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/09/2023

Ngày phản biện: 05/10/2023

Ngày duyệt bài: 11/10/2023

[3]. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình đã ứng dụng thay khớp háng bán phần Bipolar điều trị gãy cổ xương đùi và bước đầu điều trị có được kết quả tốt. Xuất phát từ tính thời sự và cấp thiết chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.”

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 52 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán là gãy cổ xương đùi tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Tuổi từ 60 trở lên.
- GCXD do chấn thương và khớp giả cổ xương đùi do gãy xương.

III. Kết quả nghiên cứu

3.1. Tỷ lệ bệnh nhân theo giới và lứa tuổi

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi và giới (n=52)

Nhóm tuổi	Giới		Nữ		Tổng	Tỷ lệ %
	Nam		SL	%		
< 70 tuổi (n=8)	0	0	8	15,4	8	15,4
70 - 80 tuổi (n=30)	7	13,5	23	44,2	30	47,7
> 80 tuổi (n=14)	3	5,7	11	21,2	14	26,9
Tổng	10	19,2	42	80,8	52	100
Tuổi Trung bình	78,3 ± 6,5		75,8 ± 10,0			

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nữ chiếm 80,8%, tuổi trung bình 75,8 ± 10; bệnh nhân nam chiếm 19,2%, tuổi trung bình 78,3 ± 6,5. Nhóm tuổi gãy cổ xương đùi gặp nhiều nhất lứa tuổi 70-80 chiếm 47,7%.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- * Nguyên nhân gãy CXĐ: - Tai nạn sinh hoạt 49/52 chiếm 94,2%
 - Tai nạn giao thông: 3/51 chiếm 5,7%

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01

- * Tỷ lệ bệnh nhân đến viện: - Đến sớm 33/52 chiếm 63,4%
 - Đến muộn 19/52 chiếm 36,6%

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân gãy cổ xương đùi đến sớm (n = 33)

Triệu chứng lâm sàng	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau vị trí gãy (1)	30/33	90,9
Mất vận động khớp háng (2)	14/33	42,4
Giảm vận động khớp háng (3)	23/33	69,6
Ngắn chi (4)	13/33	39,4
Giá trị p	(1: 2; 1: 3; 1: 4) < 0,01, (2: 4) > 0,05	

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Gãy cổ xương đùi trên bệnh nhân cứng khớp háng.
- Bệnh nhân đang có nhiễm trùng toàn thân hoặc vùng khớp háng.
- GCXD do nguyên nhân bệnh lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn cỡ mẫu: Chúng tôi chọn cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Nhận xét: Bệnh nhân đến sớm có triệu chứng đau tại vị trí gãy chiếm tỷ lệ cao nhất (90,9%), tiếp theo là giảm vận động khớp háng (69,6%) và mất vận động khớp háng (42,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3. Triệu chứng của bệnh nhân gãy cổ xương đùi đến muộn (n=19)

Triệu chứng lâm sàng	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau vị trí gãy (1)	9/19	47,3
Mất vận động khớp háng (2)	8/19	42,1
Giảm vận động khớp háng (3)	12/19	63,2
Ngắn chi (4)	14/19	73,6
Giá trị p	(4: 1; 4: 2; 4: 3) < 0,01, (1: 2) > 0,05	

Nhận xét: Bệnh nhân đến muộn có triệu chứng ngắn chi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,6%), tiếp theo là giảm vận động khớp háng (63,2%) và đau tại vị trí gãy (47,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đau ở vị trí gãy (47,3%) và mất vận động khớp háng (42,1%).

Bảng 4. Phân loại GCXD theo Garden

Kiểu gãy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Garden I (1)	8	15,4
Garden II (2)	15	28,8
Garden III (3)	19	36,6
Garden IV (4)	10	19,2
Tổng (5)	52	100
Giá trị p	(3: 1; 3: 2; 3: 4) < 0,01; (1: 4) > 0,05	

Nhận xét: Kiểu gãy Garden III chiếm tỷ lệ cao nhất 36,6%, tiếp theo là kiểu gãy Garden II (28,8%) và kiểu gãy Garden IV (19,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 5. Phân loại gãy theo Pauwels

Kiểu gãy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Pauwels I (1)	6	11,5
Pauwels II (2)	37	71,2
Pauwels III (3)	9	17,3
Tổng số	52	100
Giá trị p	(2: 1; 2: 3) < 0,01; (1: 2) > 0,05	

Nhận xét: Kiểu gãy Pauwels II chiếm tỷ lệ cao nhất 71,2%, tiếp theo là kiểu gãy Pauwels III (17,3%) và kiểu gãy Pauwels I (11,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 6. Phân theo vị trí gãy của Liton

Kiểu gãy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Gãy dưới chỏm	7	13,5	< 0,01
Gãy ngang cổ	25	48,1	
Gãy nền cổ	20	38,4	
Tổng số	52	100	

Nhận xét: Có 48,1% số ca GCXD ở vị trí ngang cổ, chiếm tỷ lệ cao nhất, 13,5% gãy dưới chỏm và 38,4% gãy nền cổ xương đùi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các loại gãy ở vị trí ngang cổ, nền cổ và gãy dưới chỏm xương đùi với $p < 0,01$.

Bảng 7. Phân loại theo thời gian

Loại gãy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy cũ	18	34,6
Gãy mới	34	65,4
Tổng số	52	100,0
Giá trị p	(1: 2) < 0,01	

Nhận xét: Tỷ lệ gãy mới (65,4%) cao hơn so với gãy cũ (34,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi gặp nhiều nhất >80 tuổi (51,4 %); nam chiếm 19,2%, nữ chiếm 80,8%.

- Tỷ lệ nam bị gãy cổ xương đùi ít hơn so với nữ, với các tỷ lệ tương ứng 19,2% so với 80,8% với $p < 0,01$. Kết quả này cũng cho thấy GCXD ở phụ nữ cao tuổi nhiều hơn ở nam giới, vì vậy tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế là:

+ Ở người cao tuổi (> 60 tuổi) thì tỷ lệ loãng xương ở nữ giới cao hơn ở nam giới do đó nguy cơ gãy xương cũng cao hơn.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoạt (2004), nghiên cứu thay khớp háng bán phần cho những bệnh nhân GCXD do chấn thương, cho thấy: Chỉ có 41,35% số bệnh nhân là nam giới, trong khi số bệnh nhân là nữ chiếm 58,65% (tỷ lệ nữ/nam là 1,42/1) [4].

Theo Bùi Hoàng Bột (2013) nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 163 bệnh nhân GCXD được phẫu thuật thay khớp háng bán phần, tỷ lệ bệnh nhân nam: 16,5% và nữ: 83,5%, tuổi ≥ 70 tuổi [5].

4.2 Các đặc điểm lâm sàng và X-quang

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là tai nạn sinh hoạt (94,2%). Có sự khác biệt về lý do nhập viện do tai nạn sinh hoạt với tai nạn giao thông với $p < 0,01$.

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với điều kiện thực tế ở nước ta là một nước nông nghiệp, đời sống kinh tế, văn hóa xã hội còn nhiều khó khăn. Đa số người cao tuổi ≥ 70 tuổi sống ở vùng nông thôn, các phương tiện hỗ trợ trong cuộc sống của người cao tuổi còn nhiều thiếu thốn, hệ thống an sinh xã hội chưa phát triển, do đó vẫn phải tham gia lao động sản xuất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân gãy cổ xương đùi do tai nạn sinh hoạt chiếm

94,2%, nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ nhỏ 5,7%; kết quả nghiên cứu này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Bùi Hoàng Bột (2013) là 95% GCXD do tai nạn sinh hoạt [5]. Chúng tôi nhận thấy trong số bệnh nhân GCXD đều có chung dấu hiệu tác nhân va đập trực tiếp vào vùng máu chuyển lớn, điều này phù hợp với cơ chế tổn thương khi ngã ngồi hoặc nghiêng ở người cao tuổi chủ yếu do trượt chân mà ngã.

* Triệu chứng lâm sàng của GCXD đến sớm

Kết quả của chúng tôi tại (Bảng 3.2), cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân đau ở vị trí gãy chiếm tới 90,9%, tiếp đến là giảm vận động khớp háng chiếm 69,6% và mất vận động khớp háng chiếm 42,4%, ngắn chi 39,4%. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau tại nơi gãy với giảm vận động khớp háng, mất vận động khớp háng và ngắn chi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của một số tác giả như:

Nghiên cứu của Ngọc Đại Cường (2011) cho thấy: triệu chứng đau là 100%, giảm hoặc mất vận động 93,5%, hạn chế vận động 75,0%; 100% ngắn chi ở các mức độ khác nhau [6]; nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cảnh (2021) cho thấy tỷ lệ ngắn chi ≤ 2 cm hoặc không ngắn chi chiếm tỷ lệ 88,3%, nhóm bệnh nhân có ngắn chi ≥ 2 cm chiếm tỷ lệ 11,7% [3].

* Triệu chứng lâm sàng của GCXD đến muộn

Kết quả của chúng tôi tại (Bảng 3.3), cho thấy: đau tại vị trí gãy chiếm 47,3%, Mất vận động khớp háng chiếm 42,1%, giảm vận động khớp háng chiếm 63,2%, ngắn chi chiếm 73,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của nghiên cứu của Bùi Hoàng Bột (2013): ngắn chi chiếm 75%, mất vận động khớp háng chiếm 42,7%, giảm vận động khớp háng 63% [5].

Kết quả cho thấy bệnh nhân GCXD đến viện muộn thì tỷ lệ ngắn chi càng cao do di lệch nhiều, khối cơ chậu hông máu chuyển cơ kéo làm máu chuyển lớn di lệch lên cao so với bên lành, gây khó khăn trong quá trình mổ và nắn chỉnh đặt lại khớp háng.

* Kết quả nghiên cứu theo phân loại Garden, Pauwels và Liton dựa trên phim chụp X quang khớp háng (Bảng 3.5, 3.6 và 3.7) cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của 1 số tác giả trong nước và trên thế giới [3], [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Gãy cổ xương đùi chủ yếu gặp nữ giới chiếm 80,8%, tuổi gặp nhiều nhất 70-80 tuổi. Lâm sàng bệnh nhân đến sớm thường gặp đau vị trí gãy: 90,9%, giảm vận động khớp háng: 69,6%; đến muộn giảm vận động khớp háng: 63,2%, ngắn chi: 73,6%. Trên phim chụp X-quang chủ yếu gãy loại Garden III; Pauwels II và theo Liton chủ yếu gãy ngang cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Derek G.Ju; Sean S. Rajae; James M et al** (2021) "Nationwide Analysis of Femoral Neck Fractures in Elderly Patients". The Journal of Bone and Joint Surgery, 99 (22), 1932-1940.
2. **Mohamed S Mohamed A.I, Ahmed R.A et al** (2019) "Unipolar versus bipolar hemiarthroplasty for displaced femoral neck fractures: A pooled analysis of 30, 250 participants data". Injury, 50 (10), 1694-1708.
3. **Nguyễn Ngọc Cảnh (2021)** "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo bán phần không xi măng điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận". Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. **Nguyễn Văn Hoạt (2004)** "Đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần cho những bệnh nhân gãy cổ xương đùi do chấn thương". Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Bùi Hoàng Bột (2013)** "Đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi bằng kỹ thuật ít xâm lấn". Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học y Hà Nội.
6. **Ngọc Đại Cường (2011)** "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cho bệnh nhân gãy cổ xương đùi do chấn thương". Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.