

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GÂY LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Trần Thị Nga

Trường Đại học Y khoa Vinh

Gãy liên mấu chuyển xương đùi là một trong những gãy xương phổ biến nhất gặp trong chấn thương. Nhiều phương pháp điều trị bằng phẫu thuật đã được áp dụng trong điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 32 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An nhằm mục tiêu là mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng từ tháng 01/2023 đến tháng 05/2023. Số liệu nghiên cứu được thu thập từ bệnh án. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tuổi trung bình là: $74,41 \pm 11,96$, tỷ lệ nam/nữ $\approx 1/1,9$. Nguyên nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi do tai nạn sinh hoạt chiếm 84,38%, chủ yếu gặp ở bệnh nhân trên 70 tuổi. Triệu chứng biểu hiện: bàn chân đỏ ngoài 96,9%, điểm đau chói là 94%; sưng nề bầm tím chiếm 78,1%; dấu hiệu ngăn chi chiếm 15,6%. Bệnh kết hợp hay gặp: Tăng huyết áp, tim mạch (34,38%) và bệnh đái tháo đường (21,88%). Loại gãy xương: A2 chiếm 50%; A1 chiếm 37,5% và A3 chiếm 12,5%. Loãng xương độ IV chiếm 31,25%, độ V chiếm 59,38% và độ VI là 9,37%. Bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi thường lớn tuổi, do tai nạn sinh hoạt, có thể kèm theo bệnh lý nền mạn tính, nhất là bệnh lý tim mạch, gây phức tạp và loãng xương mức độ vừa là thường gặp.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng; Cận lâm sàng; Gãy liên mấu chuyển xương đùi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) là một trong những gãy xương phổ biến nhất gặp trong chấn thương, chiếm gần 55% các trường hợp gãy đầu trên xương đùi [1]. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất ở những người cao tuổi (>60 tuổi), ở phụ nữ gặp cao gấp 2-3 lần nam giới. Tại Mỹ, theo thống kê có hơn 250.000 trường hợp gãy đầu trên xương đùi xảy ra mỗi năm, trong đó xấp xỉ một nửa là gãy liên mấu chuyển và con số này dự kiến tăng gấp đôi vào năm 2050 [2].

Ngày nay, quan điểm điều trị gãy LMCXD bằng phương pháp phẫu thuật đã được thống nhất chấp nhận nhằm phục hồi giải phẫu, tạo điều kiện cho liền xương sớm, bệnh nhân sớm ngồi dậy và phục hồi chức năng đi lại được, tránh các biến chứng do nằm lâu. Nhiều phương pháp điều trị bằng phẫu thuật đã được áp dụng trong gãy LMCXD để kết hợp xương bên trong với

nhiều phương tiện cố định xương như nẹp DHS, nẹp khoá, đinh Ender, hoặc thay khớp... Mỗi phương pháp kết hợp xương kể trên đều được chỉ định khác nhau đối với từng loại gãy. Điều quan trọng là việc chọn lựa phương tiện cố định xương cần phải phù hợp với từng loại gãy và điều kiện tổng trạng bệnh nhân cho phép [3].

Tại khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An đã áp dụng phương pháp kết hợp xương nẹp DHS và nẹp vít khóa đầu trên xương đùi để điều trị cho bệnh nhân gãy LMCXD từ lâu, nhưng chưa có nghiên cứu nào liên quan được công bố. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy LMCXD được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Là bệnh nhân gãy LMCXD được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 05 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các trường hợp gãy LMCXD được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS và nẹp vít khóa đầu trên xương đùi.

Bệnh án có đầy đủ thông tin đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Gãy xương bệnh lý, gãy hở hoặc kèm tổn thương phổi hợp nặng: Sốc, đa chấn thương...

Bệnh nhân xếp loại ASA5, ASA6: Xếp loại sức khỏe bệnh nhân theo ASA (American Society of Anesthesiologist).

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy LMCXD được phẫu thuật phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu là 32 bệnh nhân.

Phương tiện nghiên cứu: Số liệu thu thập dựa vào bệnh án nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu : Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 7.0 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Xử lý và phân tích số liệu bằng thống kê mô tả, lập được bảng phân bố tần số và tỷ lệ phần trăm các biến số.

3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phê duyệt của hội đồng khoa học trường Đại học Y khoa Vinh. Việc đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Số liệu trong nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu là cơ sở đưa ra các khuyến nghị có tính khả thi nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị.

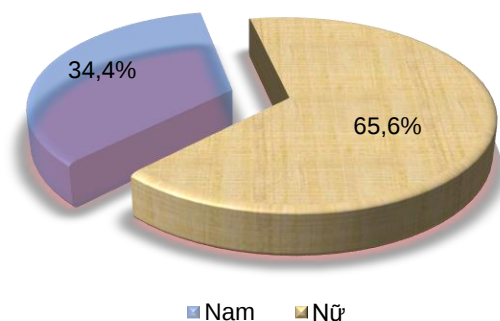
III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỷ lệ gãy liên mấu chuyển xương đùi theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 60	3	9,4
60 – 69	8	25
70 – 79	10	31,3
≥ 80	11	34,3
Tổng cộng	32	100

Nhóm tuổi ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%) với 11/32 bệnh nhân, và có tỷ lệ thấp nhất ở nhóm tuổi <60 tuổi (9,4%). Tuổi trung bình là: $74,41 \pm 11,96$ tuổi.

Phân bố bệnh nhân theo giới tính



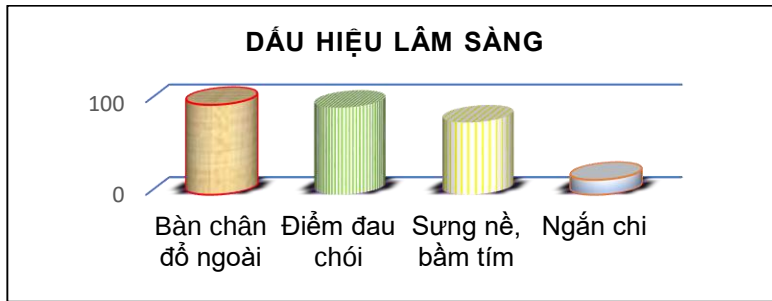
Biểu đồ 1. Phân bố gãy liên mấu chuyển xương đùi theo giới tính

Nữ giới chiếm 65,6% và nam giới là 34,4%. Tỷ lệ nam/nữ $\approx 1/1,9$.

Bảng 2. Các nguyên nhân gây gãy xương

Nguyên nhân	TNLD	TNGT	TNSH	Tổng
n	1	4	27	32
%	3,1	12,5	84,4	100

Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt 27/32 trường hợp, chiếm 84,4%.



Biểu đồ 2. Phân bố dấu hiệu lâm sàng

Các dấu hiệu lâm sàng nổi bật như: bàn chân đỏ ngoài gặp ở 31/32 bệnh nhân, điểm đau chói 30/32 bệnh nhân; sưng nề bầm tím gặp ở 25/32 bệnh nhân, ngắn chi có 5 bệnh nhân; trong đó số bệnh nhân có đầy đủ cả 4 triệu chứng trên là 3/32 bệnh nhân chiếm 9,38%.

Bảng 3. Phân loại gãy liên mấu chuyển theo A.O (Association of Orthopaedic)

Phân loại	A1.1	A1.2	A1.3	A2.1	A2.2	A2.3	A3.1	A3.2	A3.3	Tổng
Số lượng	11	1	0	16	0	0	2	1	1	32
Tỷ lệ %	34,375	3,125	0	50	0	0	6,25	3,125	3,125	100

Loại gãy xương chủ yếu là loại A2 với 16/32 bệnh nhân. Tiếp đến là A1 với 12/32 bệnh nhân và nhóm A3 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4/32 bệnh nhân chiếm 12,5%. Trong số đối tượng nghiên cứu có 28 bệnh nhân gãy LMC đơn giản (87,5%) và 4 bệnh nhân gãy LMC phức tạp (12,5%).

Bảng 4. Bảng phân bố mức độ loãng xương theo nhóm tuổi

Tuổi \ Loãng xương	< 60		60 - 69		70 - 79		≥80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IV	0	0	2	25	3	30	5	45,45
V	1	33,33	5	62,5	7	70	6	54,55
VI	2	66,67	1	12,5	0	0	0	0
Cộng	3	9,4	8	25	10	31,3	11	34,3

Theo Singh M. Loãng xương độ I, II không có chỉ định phẫu thuật KHX, trong nhóm nghiên cứu không có bệnh nhân nào loãng xương nặng. Bệnh nhân <60 tuổi có: 1 bệnh nhân loãng xương độ V và 2 bệnh nhân loãng xương độ VI. Ở nhóm 60 – 69 tuổi: 2 bệnh nhân loãng xương độ IV, độ V có 5 bệnh nhân, độ VI có 1 bệnh nhân; Nhóm tuổi 70 – 79: có 3 bệnh nhân loãng xương độ IV, độ V có 7 bệnh nhân; Nhóm tuổi ≥80: độ IV có 5BN, độ V có 6 bệnh nhân.

Bảng 5. Các bệnh lý nội khoa kết hợp

Bệnh kèm theo	n	%
THA, Tim mạch	11	34,38
Hô hấp	0	0
Đái tháo đường	7	21,88
Tâm thần kinh	0	0
Cơ xương khớp	0	0
Không có bệnh kèm theo	14	43,74

Bệnh kết hợp hay gặp là tăng huyết áp, tim mạch (34,38%) và bệnh đái tháo đường (21,88%). Có 14/32 bệnh nhân chiếm 43,74% không có bệnh lý kèm theo.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi đối tượng nghiên cứu trung bình là $74,41 \pm 11,96$ tuổi, người cao tuổi nhất là 92 tuổi, người ít tuổi nhất là 44 tuổi. Trong đó ở độ tuổi ≥ 80 có 11/32 bệnh nhân (chiếm 34,3%), chiếm đa số các bệnh nhân nghiên cứu. Một nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn, chiếm số lượng ít trong nghiên cứu của chúng tôi, có các đặc điểm khác biệt với nhóm bệnh nhân cao tuổi. Các bệnh nhân này thường bị tai nạn giao thông, tai nạn ngã cao và có thể nhập viện trong bệnh cảnh đa chấn thương, với tổn thương phối hợp ở các cơ quan khác. Nhóm bệnh nhân này thường ít được đề cập đến trong các nghiên cứu, và chưa nhận được sự quan tâm đúng mức khi mà Huang X và cộng sự trong một nghiên cứu về gãy xương vùng đầu trên xương đùi ở người trẻ tuổi đã chỉ ra có ít hơn 25% bệnh nhân phục hồi hoàn toàn và 35% bệnh nhân không thể trở lại công việc [4]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngẫu (2017) [5] với 55 bệnh nhân, có 22 bệnh nhân nam, 33 bệnh nhân nữ, bệnh nhân trẻ nhất 35 tuổi, già nhất 89 tuổi, tuổi trung bình chung là 74,84 tuổi. Phí Mạnh Công (2009) [6] nghiên cứu 92 bệnh nhân bị gãy LMCXD, có tuổi trung bình là $81,6 \pm 7,45$ tuổi.

Giới tính

Số lượng bệnh nhân nam gãy LMCXD thấp hơn bệnh nhân nữ (có 11 bệnh nhân nam và 21 bệnh nhân nữ). Trong hầu hết các nghiên cứu khác, tỉ lệ bệnh nhân nữ gãy LMCXD cao hơn bệnh nhân nam do đặc điểm mức độ loãng xương ở bệnh nhân nữ cao tuổi nặng nề hơn bệnh nhân nam, nên tai nạn gãy xương thường gặp nhiều hơn. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngẫu (2017) [5] với 55 bệnh nhân, có 22 bệnh nhân nam, 33 bệnh nhân nữ; Phí Mạnh Công (2009) [6] nghiên cứu 92 bệnh nhân, trong đó có 29 nam, 63 nữ. Tỷ lệ gãy

LMCXD xảy ra ở nữ nhiều hơn nam do có liên quan đến tình trạng loãng xương, điều kiện sinh hoạt, mức sống. Bên cạnh mối liên quan với tuổi thọ, tuổi càng cao thì số gãy LMCXD càng tăng, tỷ lệ gãy xương giữa nam và nữ cũng thay đổi theo.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nguyên nhân gây liên mấu chuyển xương đùi

Quá trình nghiên cứu, có 27/32 bệnh nhân (84,4%) gãy LMCXD là do TNSH, chủ yếu là ngã đập mông xuống nền đất cứng. Kết quả này phản ánh đúng thực tế vì người cao tuổi ít tham gia giao thông, ít lao động và đều có loãng xương tuổi già, chỉ cần một lực tác động nhẹ cũng đã có thể gây gãy xương. Mấu chuyển xương đùi là một vùng xương xốp, là nơi thay đổi về hình thể nên khi có loãng xương thì đây là một điểm yếu dễ xảy ra gãy xương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả nghiên cứu của tác giả: Phí Mạnh Công [6] có: 92 BN có 83 BN (91,3%) gãy LMC do TNSH; Nguyễn Văn Quang [7] có: 54,78% gãy LMC do TNSH. Ở Việt Nam chưa có thống kê đầy đủ nhưng gãy LMCXD tỷ lệ cao đã gây ra những gánh nặng về kinh tế cho gia đình và xã hội vì thế việc phòng tránh tai nạn ở người già là hết sức cần thiết.

Dấu hiệu lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng điển hình và hay gặp nhất đó là bàn chân đỏ ngoài và có điểm đau chói, xảy ra ở hầu hết các trường hợp gãy LMCXD, ngoài ra còn có các triệu chứng sưng nề bầm tím cũng chiếm tỷ lệ cao. Theo tác giả Nguyễn Đức Phúc, sưng nề bầm tím và bàn chân đỏ sát mặt giường là những triệu chứng điển hình và là quan trọng để phân biệt với gãy cổ xương đùi [1]. Ở bệnh nhân gãy cổ xương đùi do là gãy trong bao khớp nên khi gãy, máu vẫn tụ trong bao khớp nên ít có dấu hiệu sưng nề, bầm tím. Và bao khớp giữ làm cho bàn chân không đỏ sát được mặt giường. Bởi vậy, gãy liên mấu chuyển là gãy ngoài bao khớp; do vậy, máu tụ

nhều gây nên triệu chứng sưng nề bầm tím và do không có bao khớp giữ nên bàn chân đỏ sát mặt giường. Bên cạnh đó, nhờ hệ thống giao thông thuận tiện, việc giáo dục về y tế cộng đồng đã phát triển đều khắp nên việc sơ cứu ban đầu được thực hiện tốt, bất động tạm thời đúng cách và phương tiện vận chuyển sẵn có vì thế không có trường hợp nào sau chấn thương bị các biến chứng choáng, tổn thương mạch máu, thần kinh.

Phân loại gãy LMCXD dựa theo hình ảnh XQ

Phân loại ổ gãy giúp ta phân biệt các kiểu gãy khác nhau, mức độ vững hay không vững. Phân loại còn giúp đánh giá mức độ phức tạp khó khăn của mỗi nhóm trong điều trị, tiên lượng liền xương và các biến chứng, qua đó giúp thầy thuốc có phương án điều trị cho từng loại gãy. Ngoài ra còn giúp ta so sánh kết quả các phương pháp điều trị trong nghiên cứu khoa học. Theo kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng thương tổn được phân loại A2 là thường gặp nhất, điều này cũng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, vì bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là người cao tuổi (>70 tuổi), nguyên nhân chủ yếu là tai nạn sinh hoạt thường gặp nhất là ngã đập vùng hông xuống nền cứng. Gãy vững chiếm tỷ lệ 87,5%; gãy không vững chiếm tỷ lệ 12,5%. Theo nghiên cứu của Phí Mạnh Công (2009), gãy vững chiếm 33,33% gãy không vững là 66,67% [6]. Ngô Văn Toàn và cộng sự (năm 2013) nghiên cứu trên 143 bệnh nhân thấy loại gãy A2 chiếm 58,7%, loại gãy A3 chiếm 21,7% còn lại gãy A1 chiếm 19,6% [8].

Loãng xương dựa vào Xquang theo Singh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân <60 tuổi có: 1 bệnh nhân loãng xương độ V (33,33%) và 2 bệnh nhân loãng xương độ VI (66,67%). Ở nhóm 60 – 69 tuổi: 2 bệnh nhân loãng xương độ IV chiếm 25%, độ V có 5 bệnh nhân (62,5%), độ VI có 1 bệnh nhân (12,5%); Nhóm tuổi 70 – 79: có 3 bệnh nhân loãng xương độ IV (30%), độ V có 7 bệnh nhân (70%); Nhóm

tuổi ≥80: độ IV có 5 bệnh nhân chiếm 45,54%, độ V có 54,55%. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt đối với một số tác giả trong nước. Theo tác giả Phí Mạnh Công (2009) [6]: 53/92 bệnh nhân (chiếm 57,61%) loãng xương độ 3, 39/92 bệnh nhân (chiếm 42,39%) loãng xương độ 4 theo Singh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới. Phụ nữ có nguy cơ loãng xương tiên phát cao hơn nam giới 4 lần, vì khối lượng xương của họ thấp hơn và có một quá trình mất xương nhanh hơn nam giới do hậu quả của sự suy giảm chức năng buồng trứng nhanh chóng sau mãn kinh. Tuổi cao cũng là một yếu tố ảnh hưởng lớn: người già có sự mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương, tạo những cân bằng âm tại những vị trí mất xương làm cho vỏ xương mỏng đi, liên kết bó xương bị đứt gãy do hậu quả của thiếu hụt các yếu tố kích thích tạo xương. Đồng thời có sự giảm hấp thu canxi ở ruột và giảm tái hấp thu canxi ở ống thận. Vì thế, trong quá trình điều trị gãy xương cho người cao tuổi, điều trị hỗ trợ chống loãng xương và phòng tránh gãy xương lần 2 là những khâu không thể bỏ qua [8].

Các bệnh nội khoa kèm theo

Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh kết hợp hay gặp là tăng huyết áp, tim mạch (34,38%) và bệnh đái tháo đường (21,88%). Có 14/32 bệnh nhân (chiếm 43,74%) không có bệnh lý kèm theo. Những bệnh lý này phát hiện qua khai thác tiền sử bệnh tật hoặc tình cờ phát hiện qua khám và xét nghiệm để chuẩn bị phẫu thuật. Nghiên cứu của Phí Mạnh Công có 20/37 bệnh nhân (54,05%) có bệnh nội khoa kèm theo trong đó có 8 bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, 4 bệnh nhân mắc bệnh hô hấp và 5 bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Quang có 12/42 bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, 6/42 bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường [7].

Theo chúng tôi, các bệnh nhân cao tuổi gãy LMCXD có bệnh lý nội khoa mạn tính nếu điều trị

bằng phương pháp bảo tồn, buộc bệnh nhân phải nằm bất động lâu ngày rất dễ có biến chứng toàn thân như: viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét các điểm tỳ đè. Những bệnh nhân gãy LMCXD có bệnh nội khoa kết hợp không phải là phải chỉ định phẫu thuật kết xương, nhưng cần phải tích cực điều trị ổn định bệnh lý nội khoa trước khi phẫu thuật nhằm hạn chế các nguy cơ, tai biến trong và sau phẫu thuật. Nhưng cũng không được trông chờ các bệnh lý nội khoa ổn định hoàn toàn mới phẫu thuật. Điều này đòi hỏi phải có sự kết hợp chặt chẽ giữa các bác sỹ nội khoa và ngoại khoa giữa các phẫu thuật viên và các nhà gây mê hồi sức. Điều quan trọng là phải đánh giá, cân nhắc đối với từng bệnh nhân cụ thể để đưa ra chiến lược phẫu thuật, phương tiện kết xương cho thật phù hợp, đảm bảo kết xương vững chắc, giúp cho việc chăm sóc điều dưỡng, phục hồi chức năng thuận tiện và đây cũng là yếu tố làm giảm bớt sự bùng phát của các bệnh nội khoa. Kết hợp điều trị gãy xương và xử lý bệnh lý nội khoa trong suốt quá trình từ chuẩn bị phẫu thuật tới phục hồi chức năng là một nguyên tắc bắt buộc khi điều trị gãy xương nói chung và gãy LMCXD ở người cao tuổi. Hiện nay, với các trang thiết bị hiện đại như bàn mổ chỉnh hình, Xquang tăng sáng kết hợp khả năng phẫu thuật lành nghề của phẫu thuật viên; đặc biệt khả năng của gây mê và hồi sức chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân nhân tuổi cao có kèm bệnh nội khoa mãn tính ngày càng được mở rộng.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu ở 32 bệnh nhân gãy LMCXD được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng

01/2023 đến tháng 05/2023, chúng tôi rút ra được một số kết luận như sau: Bệnh nhân gãy LMCXD thường lớn tuổi, do nguyên nhân tai nạn sinh hoạt, có thể kèm theo bệnh lý nền mạn tính, nhất là bệnh lý tim mạch, gây phức tạp và loãng xương mức độ vừa là thường gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Đức Phúc. Gãy liên mấu chuyển xương đùi. *Nhà xuất bản Y học, 2007, Hà Nội, trang 390-393.*
- [2]. Lorich G. D et al. Osteoporotic pertrochanteric hip fractures. *J. Bone and Joint Surgery, 2009, 14(5): 398-408.*
- [3]. Đỗ Xuân Hợp. Giải phẫu và thực dụng ngoại khoa chi trên – chi dưới. *Nhà xuất bản Y học, 2006, Hà Nội, trang 315 - 319.*
- [4]. Huang X., Leung F. and Xiang Z. Proximal femoral nail versus dynamic hip screw fixation for trochanteric fractures: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Scientific World Journal, 2013, 10(9): 1-8.*
- [5]. Nguyễn Văn Ngẫu. Nghiên cứu gãy kín vùng mấu chuyển bằng nẹp DHS. *Tạp chí nghiên cứu khoa học, 2017, 73(2): 64-73.*
- [6]. Phí Mạnh Công. Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết xương nẹp vít động tại Bệnh viện Xanh Pôn và Bệnh viện 198, (2009), *Luận văn Thạc sỹ y học.*
- [7]. Nguyễn Văn Quang. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi người lớn bằng kết xương nẹp DHS tại Bệnh viện 103. *Tạp chí y học cộng đồng, 2006, 18(2): 58-66.*
- [8]. Ngô Văn Toàn, Trần Trung Dũng và Nguyễn Hữu Nam. Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí nghiên cứu khoa học, 2013, 84(4): 69-75.*

SUMMARY

SOME OF CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH PROXIMAL FEMORAL FRACTURES UNDERGOING SURGERY AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL IN 2023

Proximal femoral fractures is one of the most common fractures encountered in trauma. Many surgical treatment methods have been applied in treatment. A cross-sectional descriptive study was conducted on 32 patients with proximal femoral fractures treated surgically at Nghe An General Hospital with the aim of describing some clinical and sub-clinical characteristics from January 2023 to May 2023. Research data were collected from medical records. Research results showed that: the average age was: 74.41 ± 11.96 , male/female ratio $\approx 1/1.9$. The cause of femoral intertrochanteric fracture due to domestic accidents accounted for 84.38%, mainly found in patients over 70 years old. Symptoms: foot drop 96.9%, sharp pain point 94%; swelling and bruising accounted for 78.1%; Short limb signs accounted for 15.6%. Common comorbidities: Hypertension, cardiovascular disease (34.38%) and diabetes mellitus (21.88%). Fracture type: A2 accounted for 50%; A1 accounted for 37.5% and A3 accounted for 12.5%. Osteoporosis grade IV accounted for 31.25%, grade V accounted for 59.38% and grade VI was 9.37%. Patients with intertrochanteric femoral fractures are often elderly, due to domestic accidents, may have underlying chronic diseases, especially cardiovascular disease, complex fractures and moderate osteoporosis are common.

Keywords: Clinical features; Subclinical features; Proximal femoral fractures.