

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI LỚN BẰNG PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Huỳnh Văn Thế*, Nguyễn Văn Lâm

Trường Đại học Y dược Cần Thơ

*Email: hvthe.y37@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy cổ xương đùi là một chấn thương thường gặp. Phẫu thuật thay khớp háng giúp bệnh nhân sớm sinh hoạt, vận động độc lập được, giảm nguy cơ phải phẫu thuật lại. Tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần điều trị cho bệnh nhân gãy cổ xương đùi đã được áp dụng từ lâu nhưng chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này. **Mục tiêu:** (1). Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang của bệnh nhân gãy cổ xương đùi được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng. (2). Đánh giá kết quả điều trị gãy cổ xương đùi bằng phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 8 năm 2020 trên 64 bệnh nhân gãy cổ xương đùi được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm chung về bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh XQuang. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp háng bằng thang điểm Harris. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $59,31 \pm 9,44$, tỉ lệ nữ/nam là 1,46. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm 71,9%. Phân loại Garden III và IV chiếm đa số. Tất cả bệnh nhân lành vết mổ kỳ đầu, có 2 bệnh nhân chảy máu vết mổ, 2 trường hợp trật khớp được nắn lại thành công. Kết quả phục hồi chức năng khớp háng tốt và rất tốt sau 6 tháng là 96,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng mang lại kết quả điều trị tốt cho các bệnh nhân gãy cổ xương đùi với tỉ lệ thành công đạt 96,8%, có tỉ lệ biến chứng thấp, hạn chế tỉ lệ phải phẫu thuật lại.

Từ khóa: Gãy cổ xương đùi, thay khớp háng toàn phần không xi măng.

ABSTRACT

THE RESULTS OF CEMENTLESS TOTAL HIP ATHROPLASTY SUGERY FOR FEMORAL NECK FRACTURES IN ADULT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2018-2020

Huynh Van The*, Nguyen Van Lam

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Femoral neck fractures are commons trauma. Reduction and fixation sugery result high non-union and avascular necrosis rate. Hip arthroplasty help pations recover and self-contain quickly. At Can Tho Central General Hospital, although the surgeons have applied and implemented total hip arthroplasty surery for femoral neck fractures widely, there have not been in-depth studies to evaluate its effectiveness. **Objectives:** (1). Research the characteristics of clinical,

x-ray of femoral neck fracture in adult sugeried cementless total hip arthroplasty. (2). To evaluate the results of femoral neck fractures by cememtless total hip arthroplasty at Can Tho Central General Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out from April 2018 to August 2020 on 64 patients who has a femoral neck fracture treated by a cementless total hip arthroplasty sugery. **Results:** The mean age of patients was 59.31 ± 9.44 years old, female/male ratio is 1.46. Occupational accident accounted for 71.9%. Displaced femoral neck fractures (Garden III and IV) was major, with 96.6%. Good and excellent outcome of Harris hip scores was 96.8%. **Conclusion:** Cementless total hip replacement sugery is a effective method for femoral neck fractures with success rate 96.8%. It has a good funtional outcome, low rate of complications and re-operation.

Keywords: Femoral neck fracture, cementless total hip arthroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi là một chấn thương rất thường gặp, chiếm 20% các trường hợp cần phẫu thuật ở các trung tâm Chấn thương chỉnh hình tại Mỹ. Nguy cơ mắc gãy cổ xương đùi tăng theo độ tuổi, với tuổi thọ trung bình ngày càng tăng. Phân tích số liệu khảo sát từ Trung tâm Bệnh tật quốc gia Hoa Kỳ, gãy cổ xương đùi trên toàn thế giới được dự đoán sẽ tăng từ 1,66 triệu ca năm 1990 lên 6,26 triệu ca năm 2050 [8]. Gãy cổ xương đùi là một gãy xương đặc biệt: Gãy trong bao khớp, không có màng xương, nuôi dưỡng kém. Do đó, việc điều trị gãy cổ xương đùi cũng đặc biệt hơn các gãy xương ở vùng khác. Gãy cổ xương đùi có các phương pháp điều trị chủ yếu sau: kết hợp xương, thay khớp háng toàn phần, thay khớp háng bán phần, điều trị bảo tồn ít được sử dụng. Đối với các bệnh nhân gãy cổ xương đùi di lệch nhiều hoặc bệnh nhân lớn tuổi, tỉ lệ thành công của phẫu thuật kết hợp xương thấp và tỉ lệ hoại tử chỏm vô mạch cao khi đó phẫu thuật thay khớp háng sẽ được lựa chọn[7]. Tuy nhiên với các bệnh nhân có tuổi thọ dự kiến còn nhiều, bệnh nhân còn vận động, lao động nhiều, khớp háng bán phần không đáp ứng được nhu cầu hoạt động của bệnh nhân. Khi đó, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần có đảm bảo chức năng sinh hoạt và lao động cho bệnh nhân không. Để làm sáng tỏ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

(1). *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang của bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng.*

(2). *Đánh giá kết quả điều trị gãy cổ xương đùi bằng phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán gãy cổ xương đùi và được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên. Bệnh nhân gãy cổ xương đùi phân độ Garden III, IV. Bệnh nhân gãy cổ xương đùi phân độ Garden I, II và gãy sát chỏm, không thể bảo tồn chỏm được. Bệnh nhân chưa can thiệp phẫu thuật kết hợp xương trước đó.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các bệnh mạn tính như suy thận, suy tim, suy gan, đái đường... chưa điều trị ổn định mà tình trạng toàn thân không đủ điều kiện cho phép phẫu thuật hoặc vô cảm. Bệnh nhân gãy cổ xương đùi có kèm gãy khung chậu, gãy xương chi dưới cùng bên hoặc đối bên cần bất động lâu ngày... Có ổ nhiễm khuẩn trên cơ thể, da vùng phẫu thuật bị nhiễm khuẩn. Khớp đang có tình trạng nhiễm khuẩn hoặc có nhiễm

khẩn tiềm ẩn. Bệnh nhân không đến khám định kỳ, không tái khám, không liên lạc được, từ chối phẫu thuật hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 8 năm 2020 chúng tôi đã nghiên cứu trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán gãy cổ xương đùi và được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, thỏa các điều kiện chọn mẫu và loại trừ.

Nội dung nghiên cứu: Ghi nhận thông tin về

Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân.

Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang: triệu chứng lâm sàng, khớp háng bị tổn thương, phân độ theo Garden, phân độ loãng xương theo Dorr.

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

+ Sau mổ: tình trạng vết mổ, các biến chứng gần, so le chi, thời gian nằm viện sau mổ.

+ Đánh giá kết quả xa: đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Harris, sự hài lòng của bệnh nhân, các biến chứng xa.

Kỹ thuật mổ

Chuẩn bị trước mổ: khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá, điều chỉnh các rối loạn, bệnh lý nội khoa nếu có. Vệ sinh phẫu trường, sử dụng kháng sinh dự phòng theo phác đồ. Giải thích cho bệnh nhân và gia đình.

Vô cảm: gây tê tùy sống hoặc gây mê nội khí quản.

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm nghiêng 90^0 trên bàn mổ về phía bên lành, khung chậu được cố định bằng khung kim loại có kèm gối kê.

Rạch da theo đường mô sau ngoài Gibson khoảng 10-12 cm, rạch qua cân mạc đùi, tách cơ mông lớn, vén cơ mông lớn ra sau. Cắt chỗ bám tận của khối cơ chậu hông máu chuyển, bộc lộ bao khớp phía sau.

Cắt bao khớp hình chữ T hoặc chữ U bộc lộ cổ xương đùi, lấy chỏm, cắt cổ xương đùi.

Đưa ổ cối từ cỡ nhỏ đến cỡ lớn. Đặt ổ cối theo tư thế góc hợp với mặt phẳng ngang 45^0 , nghiêng trước 15^0 . Cố định ổ cối bằng vis hoặc không tùy thiết kế khớp. Đặt lót ổ cối liên kết giữa ổ cối và chỏm xương đùi nhân tạo.

Ráp ống tùy bằng các lưỡi ráp từ số nhỏ đến số lớn tùy kích thước của ống tùy. Đặt chuôi thử và chỏm, đo chiều dài cổ sao cho đạt yêu cầu. Thử các động tác cơ năng của khớp. Đặt chuôi và chỏm nhân tạo theo cỡ đã thử. Nắn lại khớp.

Bơm rửa, khâu phục hồi bao khớp và khối cơ chậu hông máu chuyển. Đóng vết mổ theo giải phẫu từng lớp.

Quy trình thu thập số liệu

Tất cả bệnh nhân đến khám, nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và được chẩn đoán gãy kín cổ xương đùi. Các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và không có trong tiêu chuẩn loại trừ sẽ được lập phiếu thu thập phục vụ nghiên cứu.

Thăm khám lâm sàng bệnh nhân về toàn thân, tại chỗ phát hiện các tổn thương phối hợp hoặc bệnh lý nội khoa kèm theo.

Các bệnh nhân được chụp X quang, X quang đánh giá được toàn thể khớp háng, khung chậu.

Tham gia phẫu thuật và đánh giá kết quả sau mổ.

Theo dõi, đánh giá bệnh nhân tái khám, hướng dẫn tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng.

Ghi nhận các hình ảnh lâm sàng, X quang: trước khi phẫu thuật, trong khi phẫu thuật và sau khi phẫu thuật và trong các lần tái khám.

Tổng hợp dữ liệu nghiên cứu.

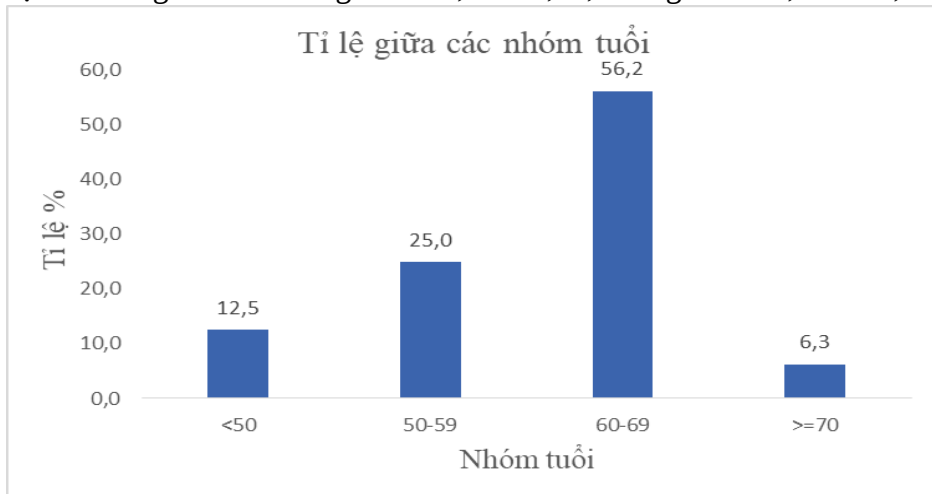
Xử lý số liệu: nhập liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Từ năm 2018 đến năm 2020 chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật và theo dõi trên 64 bệnh nhân. Trong số đó nữ gặp 38 trường hợp (chiếm 59,4%) và nam gặp 26 trường hợp chiếm (40,6%). Tỷ lệ nữ/nam: 1,46.

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $59,31 \pm 9,44$ trong đó nhỏ nhất là 32, tuổi cao nhất là 78. Độ tuổi trung bình của nữ giới là $61,34 \pm 8,38$, nam giới là $56,35 \pm 10,25$.



Biểu đồ 1: Tỉ lệ giữa các nhóm tuổi

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nhóm tuổi 50-59 chiếm 25,0% và 60-69 chiếm 56,2%.

Nguyên nhân gây cổ xương đùi: có 3 nguyên nhân được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.

Bảng 1. Nguyên nhân gây gãy cổ xương đùi

Nguyên nhân	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tai nạn giao thông	14	21,9
Tai nạn sinh hoạt	46	71,9
Tai nạn lao động	4	6,2

Nhận xét: Nguyên nhân thường gặp nhất trong bệnh lý gãy cổ xương đùi là tai nạn sinh hoạt. Nguyên nhân do tai nạn lao động ít gặp.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Khớp háng bị tổn thương bên trái 37 trường hợp chiếm 57,8%, bên phải có 27 trường hợp chiếm 42,2%.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân gãy cổ xương đùi

Triệu chứng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Đau khớp háng	64	100

Triệu chứng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Ngăn chi	46	79,1
Bàn chân đồ ngoài	43	67,2
Bầm tím	6	9,4

Nhận xét: Đau vùng khớp háng là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất, khiến bệnh nhân vào viện với tỉ lệ 100%. Bầm tím là triệu chứng ít gặp với 9,4% bệnh nhân.

3.3. Hình ảnh XQuang của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3. Phân loại mức độ di lệch gãy cổ xương đùi theo Garden

Phân loại Garden	Tần số	Tỉ lệ (%)
Garden I	1	1,6
Garden II	9	14,7
Garden III	29	45,3
Garden IV	25	39,1

Nhận xét: Đa số các trường hợp là gãy cổ xương đùi có di lệch, tương ứng với Garden III, IV chiếm tỉ lệ 84,4%. Gãy cổ xương đùi không di lệch ít gặp (15,6% bệnh nhân).

Bảng 4. Phân loại chất lượng xương theo Dorr

Phân loại Dorr	Tần số	Tỉ lệ (%)
Dorr A	23	35,9
Dorr B	39	60,9
Dorr C	2	3,2

Nhận xét: Đa số các trường hợp ghi nhận được chất lượng xương theo Dorr B chiếm hơn 50%, chỉ có 2 trường hợp Dorr C.

3.4. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả sau mổ:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân lành vết mổ kỳ đầu, không có biến chứng nhiễm trùng.

Có 3 trường hợp nứt vỡ xương vùng calcar trong lúc mổ chiếm 4,7%, 1 trường hợp không ảnh hưởng đến độ vững của khớp, 2 trường hợp được xử trí buộc chi thép.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $5,14 \pm 1,23$ ngày ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 8 ngày.

Bảng 5. Kết quả chiều dài chân sau mổ

So le chi	Tần số	Tỉ lệ (%)
Bằng nhau	41	64,1
Dài chi	18	28,1
Ngắn chi	5	7,8

Nhận xét: Tỉ lệ so le chi là 23/64 bệnh nhân.

Bảng 6. Mức độ so le chi

Mức độ so le chi	Tần số	Tỉ lệ (%)
0 cm	41	64,1
≤ 1 cm	21	32,8
> 1 cm	2	3,1
Tổng cộng	64	100,0

Nhận xét: Mức độ so le chi trên 1 cm chiếm 8,7% các trường hợp còn so le chi.

Biến chứng sớm:

Trong thời gian nằm viện có 2 trường hợp chảy máu vết mổ (chiếm 3,1%), được xử trí bằng ép cầm máu. Có 2 trường hợp trật khớp (3,1%) được nắn trật thành công.

Kết quả xa:

Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và hàng năm.

Kết quả phục hồi chức năng khớp háng được đánh giá bằng thang điểm Harris, đánh giá kết quả sau 6 tháng ghi nhận.

Bảng 7. Chức năng khớp háng sau 6 tháng theo thang điểm Harris

Kết quả	Tần số	Tỉ lệ (%)
Rất tốt	39	60,9
Tốt	23	35,9
Trung bình	2	3,2
Kém	0	0

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân được phẫu thuật đạt kết quả phục hồi chức năng khớp háng theo thang điểm Harris đạt tốt và rất tốt với 62/64 bệnh nhân. Chỉ có 3,2% đạt trung bình, không có bệnh nhân đạt kết quả kém.

Điểm Harris trung bình sau 6 tháng là $91,42 \pm 5,27$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có các biến chứng muộn: lỏng chuôi, nhiễm trùng muộn, trật khớp, cốt hóa lạc chỗ.

Bảng 8. Mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Mức độ hài lòng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Rất hài lòng	29	45,3
Hài lòng	32	50,0
Hài lòng ít	3	4,7
Không hài lòng	0	0,0
Rất không hài lòng	0	0,0

Nhận xét: Bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi (95,3%), chỉ có 4,7 bệnh nhân hài lòng ít. Không có bệnh nhân nào không hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,31 \pm 9,44$ tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 60-69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 56,2%. Nữ chiếm 59,4% và nam chiếm 40,6%, tỉ lệ nữ/nam 1,46. Điều này phù hợp với đặc điểm đây là độ tuổi chất lượng xương đã giảm, mật độ xương ở cổ xương đùi thấp, các chấn thương năng lượng thấp cũng có thể gây gãy cổ xương đùi. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp bệnh nhân dưới 40 tuổi. Trường hợp thứ nhất là bệnh nhân nữ 32 tuổi, bệnh nhân đến viện sau 2 tháng tự điều trị, cổ xương đùi có dấu hiệu hình thành khớp giả. Trường hợp thứ hai nam 37 tuổi, gãy cổ xương đùi Garden IV, Pauwel 3, Delbet 1, xương gãy sát chỏm dự đoán khả năng lành xương rất kém. Chúng tôi ghi nhận 71,9% bệnh nhân gãy cổ xương đùi do nguyên nhân tai nạn sinh hoạt. Tình trạng loãng xương cũng gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới. Tác giả Trần Trung Dũng ghi nhận độ tuổi trung bình là 65,7, độ tuổi 65-75 chiếm 50%, tỉ lệ nữ/nam là 2/1[2]. Tác giả Mani KKC ghi nhận tỉ lệ nữ/nam là 1,5 [9].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Đau, ngán chi, bàn chân đỏ ngoài là các triệu chứng thường gặp trên đa số bệnh nhân tuy nhiên không phải bệnh nhân nào cũng có do trong các gãy xương không di lệch (Garden I, II) sẽ không có các triệu chứng ngán chi và bàn chân đỏ ngoài. Triệu chứng bầm tím ít gặp do đa số gãy cổ xương đùi là gãy trong khớp, lượng máu chảy không nhiều và được bao khớp giữ lại. Chúng tôi ghi nhận gãy cổ xương đùi có di lệch chiếm tỉ lệ 84,4%, không di lệch chiếm 15,6%. Tác giả Nguyễn Thành Tấn và cộng sự ghi nhận gãy cổ xương đùi có di lệch Garden III, IV chiếm 96,6% [6]. Tác giả Trần Quang Sơn cũng ghi nhận tỉ lệ gãy cổ xương đùi có di lệch 88,6% [5]. So sánh với triệu chứng lâm sàng chúng tôi ghi nhận tỉ lệ có các triệu chứng ngán chi và bàn chân đỏ ngoài không tương ứng với tỉ lệ gãy cổ xương đùi. Điều này gặp ở các bệnh nhân gãy cổ xương đùi di lệch ít, gãy cài vào nhau dẫn đến trên XQuang đánh giá có di lệch nhưng biểu hiện lâm sàng không nhận thấy được.

Đa số các bệnh nhân đã có dấu hiệu loãng xương. Phân loại theo Dorr, chúng tôi ghi nhận 60,9% bệnh nhân có phân loại Dorr B, chỉ 35,9% bệnh nhân Dorr B, và 3,2% bệnh nhân phân loại Dorr C.

4.3. Kết quả điều trị

Chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân lành vết mổ kỳ đầu, không có biến chứng nhiễm khuẩn. Có 2 trường hợp chảy máu vết mổ và 2 trường hợp trật khớp sớm sau mổ. Tác giả Trần Nguyễn Phương, Trần Quang Sơn cũng ghi nhận tỉ lệ lành vết mổ kỳ đầu 100% [4], [5]. Tác giả Stephen Thong Soon Tan ghi nhận tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ là 0,7% [10].

Kết quả so le chi sau mổ ghi nhận 64,1% trường hợp bằng nhau, 28,1 trường hợp chân mổ dài hơn chân lành và 7,8% có ngán chi. Tác giả Hồ Huy Cường ghi nhận 82,1% có so le chi với đa số là dài chi [1]. Đánh giá chức năng của khớp háng không thấy sự khác biệt giữa các nhóm. Mức độ so le chi ở mức thấp, bệnh nhân có so le chi dưới 1cm chiếm 91,3%. Tác giả Mavcic B. (2020) ghi nhận với đa số bệnh nhân không cảm thấy khó chịu với so le chi dưới 7 mm, một số bệnh nhân có thể chịu đựng so le chi lên đến 11 mm [10].

Kết quả điều trị sau 6 tháng đánh giá bằng thang điểm Harris ghi nhận kết quả tốt và rất tốt có tỉ lệ 96,8%. Tương tự tác giả Trần Nguyễn Phương ghi nhận tỉ lệ rất tốt và tốt của phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng điều trị gãy cổ xương đùi là 100% [4]. Tác giả Vương Tuấn Khanh cũng ghi nhận kết quả tốt và rất tốt đạt 96,2% [3].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 64 trường hợp gãy cổ xương đùi được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, kết quả ghi nhận, gãy cổ xương đùi là bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi, gặp ở nữ nhiều hơn nam. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau vùng khớp háng, ngán chi, bàn chân đỏ ngoài. Phần lớn gãy cổ xương đùi được phân loại Garden III, IV. Trong phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cho bệnh nhân gãy cổ xương có di lệch là phương pháp điều trị giúp phục hồi chức năng khớp háng sớm cho bệnh nhân, hạn chế biến chứng và tỉ lệ phẫu thuật lại. Chúng tôi ghi nhận phẫu thuật đạt kết quả tốt và rất tốt chiếm 96,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Huy Cường, Đỗ Phước Hùng, Hoàng Đức Thái (2018), *Ảnh hưởng của so le chân lên chức năng và chất lượng sống sau thay khớp háng toàn phần*, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản tập 22, số 1/2018, tr. 269-275.
2. Trần Trung Dũng (2014), *Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ với đường mổ nhỏ điều trị gãy cổ xương đùi do chấn thương*, Y học thực hành (907), số 3/2014, tr. 9-12.

3. Vương Tuấn Khanh (2015), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên.
4. Trần Nguyễn Phương (2009), *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Quang Sơn, Phạm Văn Linh (2018), *Kết quả điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ*, Tạp chí y dược học Cần Thơ, số 15/2018, tr. 35-41.
6. Nguyễn Thành Tấn, Nguyễn Tâm Từ, Trần Quang Sơn (2017), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ*, Tạp chí y dược học Cần Thơ, số 7/2017, tr. 42-49.
7. Anthony V. Florschutz, Joshua R. Langford, George J. Haidukewych, Kenneth J. Koval, (2015), *Femoral Neck Fractures: Current Management*, Journal of Orthopaedic Trauma, Vol. 29, No. 3, pp. 121-129.
8. Gehlbach, S. H., Avrunin, J. S., and Puleo, E. (2007), *Trends in hospital care for hip fractures*, Osteoporos Int. 18(5), pp. 585-591.
9. Mani KKC, Raj DRC, Acharya P, Pangen BR (2015), *Total Hip Arthroplasty for Displaced Femoral Neck Fractures in Elderly Patients*, Orthopedic & Muscular System, vol 5 (204).
10. Mavcic B. and Antolic V. (2020), *Cementless femoral stem fixation and leg-length discrepancy after total hip arthroplasty in different proximal femoral morphological types*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32572540>.
11. Stephen Thong Soon Tan (2017), *Clinical outcomes and hospital length of stay in 2,756 elderly patients with hip fractures a comparison of surgical and non-surgical management*, Singapore medical journal, 58(5), pp. 253-257.

(Ngày nhận bài: 07/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 15/09/2020)
