Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 63, No 5 (2022) 61-69

IDENTIFICATION OF RESULTS OF HIP HEMIARTHROPLASTY FOR PATIENTS ≥ 60 YEARS OF AGE AFTER INTERTROCHANTERIC CREST FRACTURES OR FEMORAL NECK FRACTURES IN NGHE AN HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS (2020 – 2021)

Nguyen Hoai Nam[1,*], Tran Quang Phuc[2], Tang Xuan Hai[3]

[1]*Nghe An Hospital for Traumatology and Orthopaedics - 138 Nguyen Phong Sac, Hung Dung, Vinh city, Nghe An, Vietnam*
[2]*National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology - 34 Trung Van, Nam Tu Liem, Hanoi, Vietnam*
[3]*Nghe An Hospital of Obstetrics and Pediatrics - 19 Ton That Tung, Hung Dung, Vinh City, Nghe An, Vietnam*

Received 01/06/2022
Revised 05/07/2022; Accepted 10/08/2022

ABSTRACT

Target: Identifying the results of hip hemiarthroplasty for patients ≥ 60 years of age after intertrochanteric crest fractures and/ or femoral neck fractures after 1, 3 and 6 months.

Object and method: The uncontrolled intervention study for 76 patients ≥ 60 years of age who have broken intertrochanteric crest and/ or femoral neck and treated in Nghe An Hospital for Traumatology and Orthopaedics by hip hemiarthroplasty.

Findings: The ratio of limb inequality < 1 cm is 95.06%; on X-ray film, the ratio of normal physiological surgery is 97.50%; the ratio of dead patients after 6 intervention months is 3.94% (3/76); After 6 months, the number of patients without pain is 94.63%; Ratio of patients who do not need the supporting tools in living activities is 82.16%; Ratio of patients who walk without limitation is 98.63%; After 6 months, the ratio of patients who use stairs normally but do not lean on stairs is 71.23%. The ratio of patients who sit normally on chairs by themselves is 76.71%. The collection result according to the Harris scale at a very high level is 89.04%, high at 9.58%.

Keywords: Intertrochanteric crest fractures and/or femoral neck fractures.

*Corressponding author
Email address: bshoainam@gmail.com
Phone number: (+84) 913 577 502
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i5.426

XÁC ĐỊNH KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN Ở NGƯỜI BỆNH ≥ 60 TUỔI GÃY VÙNG MẤU CHUYỂN VÀ/ HOẶC CỔ XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH NGHỆ AN (2020 -2021)

Nguyễn Hoài Nam[1,*], Trần Quang Phục[2], Tăng Xuân Hải[3]

[1]Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An - Số 138 Nguyễn Phong Sắc, Hưng Dũng, Thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam
[2]Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương - 34 Trung Văn, Nam Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam
[3]Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, Hưng Dũng, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 06 năm 2022
Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 07 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 08 năm 2022

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần ở người bệnh ≥ 60 tuổi gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi sau 1, 3 và 6 tháng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng ở 76 bệnh nhân ≥ 60 tuổi gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi điều trị tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An bằng kỹ thuật thay khớp háng bán phần.

Kết quả: Tỷ lệ so le chi < 1 cm là 95,06%, trên X-quang có 97,50% về giải phẫu sinh lý bình thường. Tỷ lệ tử vong sau can thiệp 6 tháng là 3,94%(3/76); sau 6 tháng số bệnh nhân không còn đau 94,52%. Tỷ lệ bệnh nhân không cần dụng cụ hỗ trợ trong sinh hoạt 82,16%; đi bộ không hạn chế 98,63%; sau 6 tháng tỷ lệ sử dụng cầu thang bình thường không phải vịn 71,23%, tự ngồi ghế bình thường 76,71%. Kết quả tổng hợp theo thang điểm Harris mức rất tốt 89,04%, tốt 9,58%.

Từ khóa: Gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi là những gãy xương ở khu vực từ phía dưới vùng mấu chuyển lên đến sát chỏm cầu [1]**.** Hằng năm trên thế giới có trên 125.000 trường hợp bệnh gãy vùng mấu chuyển và/ hoặc cổ xương đùi, nguyên nhân do ngã…. Đối tượng mắc bệnh chủ yếu người cao tuổi, bệnh liên quan chặt trẽ với tình trạng loãng xương, ước tính số trường hợp bệnh sẽ tăng gấp đôi vào năm 2050 do quá trình già hóa dân số. Ngày nay, gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi là vấn đề y tế cần được quan tâm [2]. Tại Nghệ An trong những năm gần đây số bệnh nhân cũng tăng cao cùng với gia tăng của tuổi thọ, kỹ thuật can thiệp tối ưu nhất là thay khớp háng, tuy nhiên đến nay chưa có thống kê báo cáo về kết quả thực hiện cũng như các ưu điểm, nhược điểm các kỹ thuật thay khớp háng, chúng tôi thực hiện đề tài: *Xác định kết quả thay*

*Tác giả liên hệ
Email: bshoainam@gmail.com
Điện thoại: (+84) 913 577 502
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i5.426

khớp háng bán phần ở người bệnh ≥ 60 tuổi gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi điều trị tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An (2020 - 2021), nhằm mục tiêu: Xác định kết quả can thiệp đạt loại rất tốt, tốt, trung bình và loại kém theo thang điểm Harris ở đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh ≥ 60 tuổi gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/1/2020 đến 31/12/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Đề tài được thiết kế bằng phương pháp nghiên cứu can thiệp không đối chứng, so sánh trước sau [3].

- Cỡ mẫu nghiên cứu: 76 bệnh nhân ≥ 60 tuổi có chẩn đoán xác định gãy vùng mấu chuyển và/hoặc cổ xương đùi và có chỉ định thay khớp háng bán phần [3].

- Nội dung và các kỹ thuật trong nghiên cứu: Đánh giá kết quả can thiệp sau 1, 3 và 6 tháng, gồm: Mức độ đau; Khả năng đi bộ; Khả năng ngồi trên ghế; Mức độ so le chi; Tổng biên độ vận động khớp háng; Kết quả tổng hợp theo thang điểm Harris [1].

- Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu: Kỹ thuật thay khớp háng bán phần; Kỹ thuật thăm khám lâm sàng; Kỹ thuật chụp X-quang [1].

Bảng 2.1. Đánh giá kết quả theo thang điểm Harris

Tiêu chuẩn đánh giá		Điểm
Mức độ đau	Không đau	44
	Hơi đau	40
	Đau nhẹ, dùng aspirin	30
	Đau vừa, dùng thuốc giảm đau mạnh hơn aspirin	20
	Đau nhiều, hạn chế vận động nhiều	10
	Tàn phế, mất chức năng	0
Dáng đi	Bình thường	11
	Khập khiễng nhẹ	8
	Khập khiễnh vừa	5
	Khập khiễnh nặng	0
Dụng cụ hỗ trợ	Không cần	11
	Dùng gậy khi đi bộ xa	7
	Dùng gậy phần lớn thời gian	5
	Dùng 1 nạng	3
	Dùng 2 gậy	2
	Dùng 2 nạng hoặc không thể đi bộ	0
Khoảng cách đi bộ	Không hạn chế	11
	Hạn chế nhẹ	8
	Hạn chế vừa	5
	Chỉ ở trong nhà	2
	Chỉ ở trên giường và ghế	0

Tiêu chuẩn đánh giá		Điểm
Khả năng ngồi ghế	Ngồi thỏa mái trong 1 giờ	5
	Ngồi thỏa mái trong 30 phút	3
	Không ngồi thỏa mái trên bất cứ ghế gì	0
Sử dụng phương tiện công cộng	Có thể sử dụng phương tiện công cộng(PTCC)	1
	Không thể sử dụng PTCC	0
Khả năng leo cầu thang	Leo bình thường mà không vịn lan can	4
	Leo bình thường có vịn lan can	2
	Tìm mọi cách để leo lên cầu thang	1
	Không thể leo cầu thang	0
Khả năng tự mang giày, tất	Mang dễ dàng	4
	Mang khó khăn	2
	Không thể mang	0
Biến dạng chi	Co cứng cố định < 30º	4
	Dang cố định < 10º	2
	Xoay trong cố định ở tư thế thẳng < 10º	1
	Sự chênh lệch chiều dài hai chân < 3,2cm	0
Tổng biên độ vận động khớp	Từ 211º - 300º	5
	Từ 161º - 210º	4
	Từ 101º - 160º	3
	Từ 61º - 100º	2
	Từ 31º - 60º	1
	Từ 0º - 30º	0

Thang điểm Harris: Kém < 70 điểm; Trung bình (70 – 79) điểm; Tốt (80 – 89) điểm; Rất tốt (90 – 100) điểm. Các đánh giá ở thời điểm 1, 3, 6 tháng sau khi phẫu thuật

2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Các phân tích thống kê được thực hiện bằng SPSS16.0. Đối với các biến liên tục, kiểm định t Student và tương quan Pearson áp dụng cho những biến có hoặc không có điểm cắt xác định trước.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đảm bảo cam kết trách nhiệm của người nghiên cứu và quyền lợi người tham gia nghiên cứu, chỉ nghiên cứu ở người tự nguyện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Với 76 trường hợp bệnh được theo dõi, không có trường hợp nào tử vong sớm trong 1, 3 tháng sau phẫu thuật, từ 3 đến 6 tháng có 3 trường hợp bệnh tử vong tỷ lệ 3,94%(3/76).

- Tỷ lệ so le chi sau can thiệp 1, 3 và 6 tháng, theo Bảng (3.1)

Bảng 3.1. Tỷ lệ lệch chi sau can thiệp 6 tháng (n =76)

Biến số nghiên cứu	Kết quả can thiệp	
Mức độ so le (cm)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 1 (1)	73	96,06
Từ (1-2)(2)	2	2,63
> 2 (3)	1	1,31
Giá trị p	$p_{1-2,3}$= 0,00	
Kết quả chụp X-quang	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trung tính (1)	74	97,50
Vẹo trong (2)	1	1,25
Vẹo ngoài (3)	1	1,25
Giá trị p	$p_{1-2,3}$= 0,00	

* *Trung tính: Là đúng vị trí giải phẫu, không vẹo trong và không vẹo ngoài*

Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa so le < 1 cm so với so le (1 -2) cm và > 2 cm, với các tỷ lệ 96,06% so với 2,63% và 1,31% với p < 0,01. Trên X-quang loại trung tính chiếm 97,50%(74/76).

- Tình trạng đau sau can thiệp

Bảng 3.2. Tình trạng đau sau can thiệp 1, 3 và 6 tháng theo thang điểm Harris (n =76)

Mức độ đau	1 tháng (1)		3 tháng (2)		6 tháng (3)		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không đau (44 điểm)	56	73,69	66	86,85	69	94,52	p_{1-3} = 0,048
Đau không đáng kể (40 điểm)	16	21,05	9	11,84	4	5,47	$p_{1-2,3}$=0,051
Đau phải dùng thuốc giảm đau vừa (30 điểm)	4	5,26	1	1,31	0	0,0	
Đau, dùng thuốc giảm đau mạnh (20 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Đau, hạn chế vận động nhiều (10 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Tàn phế, mất chức năng (0 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Tổng	76	100,0	76	100,0	73	100,0	

Khác biệt có ý nghĩa thống kê số người bệnh đạt 44 điểm theo Harris ở thời điểm 1 và 6 tháng (73,69% so với 94,52%, với p < 0,05). Tỷ lệ tàn phế mất chức năng ở các thời điểm 1, 3, 6 tháng là 0,0%.

- Đánh giá sử dụng dụng cụ hỗ trợ sinh hoạt sau phẫu thuật theo thang điểm Harris

Bảng 3.3. Đánh giá sử dụng dụng cụ hỗ trợ theo Harris sau can thiệp 1, 3 và 6 tháng (n =76)

Dụng cụ hỗ trợ	1 tháng (1)		3 tháng (2)		6 tháng (3)		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không cần dùng gậy (11 điểm)	30	39,47	46	60,52	60	82,16	$p_{1-2,3}$= 0,045
Dùng gậy khi đi bộ (7 điểm)	22	28,94	15	19,73	12	16,52	$p_{1-2,3}$=0,062
Dùng gậy phần lớn thời gian (5 điểm)	15	19,73	9	11,84	1	1,32	$p_{1-2,3}$=0,078
Dùng 1 nạng (3 điểm)	6	7,98	5	6,57	0	0,0	-
Dùng 2 gậy (2 điểm)	3	3,94	1	1,31	0	0,0	-
Dùng 2 nạng (0 điêm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Không thể đi bộ (0 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Tổng	76	100	76	100	73	100	

Khác biệt có ý nghĩa thống kê về số trường hợp bệnh không cần dùng dụng cụ hỗ trợ sau phẫu thuật 1, 6 tháng với các tỷ lệ 39,47% (30/76) so với 82,16% (60/73) với p < 0,05. Sau 6 tháng không còn bệnh nhân nào phải dùng 2 gậy, dùng 2 nạng và không thể đi bộ (0/73)

- Đánh giá khoảng cách đi bộ

Bảng 3.4. Khoảng cách đi bộ sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng (n =76)

Khoảng cách đi bộ	1 tháng (1)		3 tháng (2)		6 tháng (3)		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không hạn chế (11điểm)	50	65,78	63	82,90	72	98,63	p_{1-3}= 0,044
Hạn chế nhẹ (8 điểm)	14	18,42	12	15,79	1	1,37	$p_{1-2,3}$= 0,557
Hạn chế vừa (5 điểm)	8	10,52	1	1,31	0	0	-
Chỉ ở trong nhà (2 điểm)	4	5,26	0	0	0	0	-
Chỉ ở trên ghế (0 điểm)	0	0	0	0	0	0	-
Tổng	76	100	76	100	73	100	

Khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đi bộ không hạn chế ở thời điểm 1 và 6 tháng sau can thiệp 65,78% so với 98,63%, p < 0,05. Sau 6 tháng không còn trường hợp bệnh nào bị hạn chế vừa khi đi bộ, chỉ ở trong nhà và ở trên giường hoặc ghế cao.

- Đánh giá khả năng sử dụng cầu thang, tự ngồi ghế

Bảng 3.5. Khả năng sử dụng cầu thang, tự ngồi ghế sau can thiệp 1, 3 và 6 tháng (n =76)

Biến số		1 tháng (1)		3 tháng (2)		6 tháng (3)		Giá trị p
	Thang điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Sử dụng cầu thang	Bình thường (4 điểm)	18	23,69	28	36,84	52	71,23	p_{1-3}= 0,043
	Phải vịn (2 điểm)	50	65,79	40	52,63	15	20,55	p_{1-3}= 0,049
	Cách khác (1điểm)	8	10,52	8	10,53	6	8,22	$p_{1-2,3}$=0,910
	Không thể (0 điểm)	0	0	0	0,0	0	0,00	-
	Tổng	76	100,0	76	100,0	73	100,0	
Tự ngồi ghế	Thỏa mái (5điểm)	35	46,05	47	61,85	56	76,71	p_{1-3}= 0,048
	Ghế cao (3điểm)	34	44,73	25	32,89	17	23,29	p_{1-3}= 0,049
	Không thể (0 điểm)	7	9,22	4	5,26	0	0,0	-
	Tổng	76	100,0	76	100,0	73	100,0	

Khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sử dụng cầu thang bình thường ở thời điểm 1 và 6 tháng sau can thiệp 23,69% so với 71,23%, với p < 0,05. Tỷ lệ tự ngồi ghế thỏa mái tăng dần từ 46,05% sau 1 tháng tăng lên 76,71% sau 6 tháng.

- Đánh giá tổng biên độ vận động của khớp háng được thay

Bảng 3.6. Tổng biên độ vận động khớp háng sau can thiệp 1, 3 và 6 tháng (n =76)

Tổng tầm vận động	1 tháng (1)		3 tháng (2)		6 tháng (3)		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
211º-300º (5 điểm)	56	73,69	64	84,22	70	95,90	p_{1-3}= 0,039
161º-210º (4 điểm)	12	15,79	9	11,84	3	4,10	$p_{1-2,3}$= 0,640
101º-147º (3 điểm)	8	10,52	3	3,94	0	0,0	p_{1-2}= 0,780
61º - 100º (2 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
31º - 47º (1 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
0º - 30º (5 điểm)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Tổng	76	100,0	76	100,0	73	100,0	

Số trường hợp bệnh có tổng biên độ tầm vận động từ 211º - 300º (đạt 5 điểm) tăng từ 73,69% sau 1 tháng lên 95,90% sau 6 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

- Đánh giá kết quả tổng hợp ở nhóm bệnh nhân thay khớp háng theo thang điểm Harris

Bảng 3.7. Tổng hợp kết quả thay khớp háng theo thang điểm Harris sau can thiệp 6 tháng

Xếp loại tổng tầm vận động	Kết quả đánh giá		Giá trị p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Rất tốt (90 – 100) điểm (1)	65	89,04	$p_{1-2,3}$= 0,039
Tốt (80 – 89) điểm (2)	7	9,58	
Trung bình (70 - 79) điểm (3)	1	1,37	
Kém < 70 điểm (4)	0	0,00	
Tổng	76	100,0	
Trung bình (điểm)	86,83 ± 5,7		
Fmax - Fmin (điểm)	78 – 99		

Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ đạt kết quả rất tốt với tỷ lệ đạt tốt và trung bình với các tỷ lệ 89,04% so với 9,58% và 1,37% với p < 0,05.

4. BÀN LUẬN

Sau can thiệp 6 tháng: Có 95,06% so le < 1 cm, trên X-quang có 97,50% về giải phẫu bình thường. Tỷ lệ tử vong 3,94% (3/76); không còn đau 94,52%, đau không đáng kể 5,47%, không còn bệnh nhân phải dùng thuốc giảm đau; Tỷ lệ bệnh nhân không cần dụng cụ hỗ trợ trong sinh hoạt 82,16%; Đi bộ không hạn chế 98,63%; Tỷ lệ sử dụng cầu thang bình thường không phải vịn 71,23%, tự ngồi ghế bình thường 76,71%. Kết quả tổng hợp theo thang điểm Harris Bảng (3.7) mức rất tốt 89,04%. Kết quả của chúng tôi cho thấy thay khớp háng bán phần cho kết quả tốt, ít biến chứng, thời gian phục hồi ngắn. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu:

Yurdakul E và CS (2015), nghiên cứu 133 bệnh nhân > 65 tuổi, tuổi trung bình 78,16 (60 -110), điều trị gãy cổ xương đùi di dời. Ông nhận thấy thay khớp háng cho bệnh nhân > 65 tuổi sử dụng ciment có kết quả tốt, không ảnh hưởng đến tử vong hoặc bệnh tật sau phẫu thuật [4].

Grosso MJ (2017), hồi cứu ở 686 bệnh nhân cao tuổi đã điều trị gãy vùng mấu chuyển hoặc/và cổ xương đùi tại một số bệnh viện tại Nhật bản, kết quả cho thấy tỷ lệ thành công cao, chỉ có 1,4% phải mổ lại. Tác giả khuyến cáo thay khớp háng kết hợp sử dụng ciment là giải pháp hữu ích điều trị gãy vùng mấu chuyển hoặc/ và cổ xương đùi cho người cao tuổi [5]

Barishan FC (2018), nghiên cứu hiệu bằng phẫu thuật nội soi thay khớp háng ở bệnh nhân cao tuổi. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về lâm sàng và hình ảnh X-quang [6].

Nghiên cứu của các tác giả Đỗ Trung Dũng và CS (2014), kết quả thay khớp háng toàn bộ với đường mổ nhỏ điều trị gãy vùng mấu chuyển hoặc/ và cổ xương đùi, kết quả điều trị đạt mức độ tốt 93,3%, không có kết quả kém [7]. Dương Đình Toàn và CS (2019), kết quả thay khớp háng bán phần điều trị gãy vùng mấu chuyển hoặc/và cổ xương đùi là người cao tuổi, kết quả đạt mức tốt 82,0%, khá 12,0%, trung bình và xấu 6,0% [8].

Tỷ lệ tử vong thấp hơn nghiên cứu của Leanne Dupley (2021), ở bệnh nhân lớn tuổi gãy vùng mấu chuyển và/ hoặc cổ xương đùi mắc Covid-19, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày 32,8%, tăng lên 50% sau 45 ngày phẫu thuật [9].

Kết quả can thiệp hiệu quả thế nào, còn phụ thuộc vào thực tế tổn thương, lựa chọn kỹ thuật can thiệp, can thiệp sớm hay muộn và các yếu tố khác.

5. KẾT LUẬN

Sau can thiệp 6 tháng: Tỷ lệ so le chi < 1 cm 95,06%, trên X-quang có 97,50% về giải phẫu sinh lý bình thường; tỷ lệ tử vong 3,94%(3/76); không đau 94,52%; tỷ lệ bệnh nhân không cần dụng cụ hỗ trợ trong sinh hoạt 82,16%; đi bộ không hạn chế 98,63%; tỷ lệ sử dụng cầu thang bình thường không phải vịn 71,23%, tự ngồi ghế bình thường 76,71%. Các kết quả này khẳng định kết quả tốt sau phẫu thuật và quá trình hồi phục nhanh của bệnh, kết quả tổng hợp theo thang điểm Harris mức rất tốt 89,04%, tốt 9,58%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Hanoi Medical University, Trauma, Postgraduate and graduate textbooks, Medical Publishing House, Hanoi, 2018.

[2] Willey M, Welsh ML, Roth TS et al., The Telescoping Hip Plate for Treatment of Femoral Neck Fracture: Design Rationale, Surgical Technique and Early Results,Iowa Orthop Jounal.,Vol.38:pp.61-71, 2018.

[3] National Institute of Malariology, Parasitology and Enmotology, Scientific research methods, Postgraduate training curriculum, medical publisher, 2018.

[4] Uhler LM, Schultz WR, Hill AD et al., Health Utility of Early Hemiarthroplasty vs Delayed Total Hip Arthroplasty for Displaced Femoral Neck Fracture in Elderly Patients: A Markov Model, Jounal of Arthroplasty, 2017, Vol.32(5):pp.1434-1438.

[5] Grosso MJ, Danoff JR, Murtaugh TS et al., Hemiarthroplasty for Displaced Femoral Neck Fractures in the Elderly Hasa Low Conversion Rate, J Arthroplasty., 2017, Vol.32(1):pp.150-154.

[6] Barışhan FC, Akesen B, Atıcı T et al., Comparison of hemiarthroplasty and total hip arthroplasty in elderly patients with displaced femoral neck fractures, J Int Med Res, 2018, Vol.46(7):pp.2717-2730.

[7] Dung TT, Remarks on results of total hip replacement with small surgery for treating femoral neck fracture caused by trauma. Magazine of Practical Medicine; 2014, Vol. 3, Pages 9-11.

[8] Toan DD, Assessment of hip hemiarthroplasty surgery's results for treating intertrochateric crest fractures among older people, Scientific Statement of Viet Duc Hospital, 2019.

[9] Leanne D, Tobenna JO, James TB, North West COVID NOF study Group, 30-day mortality for fractured neck of femur patient with consurent COVID-19 infaction, Multicenter Study Eur J Orthop Sur Traumatol, Vol.31(2):pp341-347.