

- tác dụng chống viêm dị ứng, và làm bền tế bào mast của cao đặc EZ trên thực nghiệm”, Tạp chí Y học Việt Nam, 445, tr 200-203.
4. **Nguyễn Mạnh Tuyển, Hà Văn Oanh, Phạm Thái Hà Văn**, “Đánh giá độc tính cấp và bán trường diễn của viên nang hỗ trợ điều trị eczema”, Tạp chí Y học Việt Nam, 481 (1), tr. 51-56.
 5. **Lu H. (2015)**, “Study on the isolation of active constituents in *Lonicera japonica* and the mechanism of their anti-upper respiratory tract infection action in children”, *African health sciences*, 15 (4), pp. 1295-1301.
 6. **Peng W., Ming Q., Han P. (2014)**, “Anti-allergic rhinitis effect of caffeoyl xanthiazonosid isolated from fruits of *Xanthium strumarium* L. in rodent animals”, *Phytomedicine journal*, 21 (6), pp. 824-829.
 7. **Shiraishi M., Miyamoto A. (2016)** “Antagonistic Effects of *Ginkgo biloba* and *Sophora japonica* on Cerebral Vasoconstriction in Response to Histamine, 5-Hydroxytryptamine, U46619 and Bradykinin”, *The American journal of Chinese*, 44 (8), pp. 1607-1625.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHÓA ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trần Hữu Hiếu¹, Phan Trung Quyết²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa có sự hỗ trợ của C-arm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2020. **Kết quả:** 62 bệnh nhân được điều trị đều liền vết mổ kỳ đầu, xương về đúng vị trí giải phẫu. Kết quả xa theo dõi trên 51/62 bệnh nhân với kết quả rất tốt và tốt 39/51 bệnh nhân (76,5%), trung bình 9/51 bệnh nhân (17,6%), kém 3/51 bệnh nhân (5,9%). **Kết luận:** Phương pháp mổ kết hợp xương nẹp khóa là một phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm, kết xương vững chắc giúp bệnh nhân phục hồi chức năng vận động sớm sau gãy liên mấu chuyển xương đùi.

Từ khóa: kết hợp xương, liên mấu chuyển, phẫu thuật.

SUMMARY

EVALUATING THE SURGERY RESULTS LOCKED PLATE BONE TO TREAT FRACTURE OF THE FEMUR'S TRANSVERSE TROCHANTER FOR THE ELDERLY

Objectives: Clinical description, diagnostic imaging and evaluation of the results of combined surgery of the transverse trochanteric fracture of the femur with a locking brace at the Nam Dinh province general hospital. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective cross-sectional study of patients with transtrophal fibula fracture who

underwent ostomy with locking brace with the support of C-arm at Nam Dinh Provincial General Hospital during the period from January 2019 to June 2020. **Results:** 62 treated patients all healed the first incision, the bones returned to the correct anatomical position. Long-term follow-up on 51/62 patients with very good and good results 39/51 patients (76.5%), average 9/51 patients (17.6%), poor 3/51 patients (5.9%). **Conclusion:** The surgical method combined with the locking brace is a surgical method with many advantages, with a solid bone structure that helps patients recover early motor function after fracture of the transverse transverse femur.

Keywords: bone fusion, transverse trochanter, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng liên mấu chuyển xương đùi là vùng giữa hai mấu chuyển lớn và nhỏ, hoàn toàn là xương xốp, tất cả các đường gãy xương nằm trong vùng liên mấu chuyển xương 2,5 cm dưới mấu chuyển nhỏ và 5cm dưới mấu chuyển lớn được gọi là gãy liên mấu chuyển xương đùi. Đây là loại gãy xương khá phổ biến, chiếm 55% các loại gãy đầu trên xương đùi; hay xảy ra ở người cao tuổi, phụ nữ nhiều gấp 2-3 lần nam giới. Nguyên nhân là do loãng xương, có thể gây gãy xương chỉ do một chấn thương nhẹ như trượt chân ngã, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt. Trước đây, với gãy LMC xương đùi ở người cao tuổi chủ yếu được điều trị bảo tồn (như kéo nắn bó bột, xuyên đinh kéo liên tục...) gây nhiều biến chứng do bệnh nhân phải nằm lâu như: loét tì đè, viêm phổi, viêm đường tiết niệu ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng, nhất là các bệnh nhân tuổi cao, sức khỏe yếu.

Ngày nay, quan điểm điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật đã được thống nhất chấp nhận, nhằm phục hồi giải phẫu, tạo điều kiện cho liền xương sớm, bệnh nhân

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Hiếu

Email: hieundun@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2021

Ngày duyệt bài: 19.5.2021

sớm ngội dậy và phục hồi chức năng đi lại được, tránh các biến chứng do nằm lâu. Tuy nhiên vẫn còn nhiều ý kiến chưa thống nhất trong việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật như kết hợp xương hay thay khớp; loại phương tiện nào là thích hợp dùng trong kết hợp xương.

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, gãy liên mấu chuyển xương đùi có nhiều lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật như thay khớp hoặc kết hợp xương (đóng đinh nội tủy, nẹp DHS, nẹp uốn, nẹp khóa) đối với các trường hợp gãy liên mấu chuyển thuộc phân loại A2 hoặc A3, theo phân loại của AO/ASIF. Mỗi kỹ thuật phẫu thuật đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Nhưng kết hợp xương bằng nẹp khóa có ưu điểm là các vít được bắt cố định vào nẹp ở một góc cố định mang lại sự vững chắc cho cấu trúc giải phẫu mà không phụ thuộc vào lực ma sát giữa vít - nẹp - xương tạo nên sự vững chắc cho khối mấu chuyển. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 62 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa có sự hỗ trợ của C-arm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2020.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, bị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi, được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa có sự hỗ trợ của máy C-arm

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Gãy liên mấu chuyển xương đùi do bệnh lý.
+ Bệnh nhân bị liệt không đi lại được trước khi gãy liên mấu chuyển xương đùi.

+ Phẫu thuật không sử dụng nẹp khóa, không có sự hỗ trợ của C-arm

+ Bệnh loãng xương độ 1,2.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu.

2.2. Thu thập số liệu nghiên cứu

2.2.1. Nghiên cứu hồi cứu

- Thu thập hồ sơ bệnh án, những tài liệu lưu trữ của BN nằm trong đối tượng nghiên cứu.

- Các bước tiến hành nghiên cứu: hồi cứu hồ sơ bệnh án của BN theo đối tượng nghiên cứu; thực hiện kiểm tra kết quả bằng mời khám lại, khám theo hẹn.

- Khám lâm sàng những BN đã được lựa chọn

trong nghiên cứu.

2.2.2. Nghiên cứu tiến cứu

- Khám bệnh, chụp Xquang

- Phân loại theo nhóm tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, mức độ tổn thương (sử dụng phân loại của AO/ASIF), bệnh lý khác kèm theo cần điều trị, loại nẹp vít sẽ sử dụng, ngày phẫu thuật.

- Tham gia phẫu thuật.

- Điều trị, theo dõi và hướng dẫn BN tập luyện sau phẫu thuật để đánh giá kết quả gần, biến chứng gần và kết quả xa.

- Thu thập số liệu thực tế BN nằm trong đối tượng nghiên cứu.

- Chụp Xquang kiểm tra ngay sau mổ để lấy tài liệu đánh giá kết quả.

2.3. Đánh giá kết quả. Kết quả nghiên cứu được đánh giá theo các tiêu chuẩn sau:

*Đánh giá kết quả gần:

- Lượng máu truyền, ngày nằm viện.

- Tình trạng toàn thân, tại vết mổ.

- Kết quả kết hợp xương (căn cứ trên phim Xquang):

+ Kết quả chỉnh trục xương, đặc biệt là góc cổ - thân xương đùi, xương di lệch thứ phát.

Biến chứng:

- Toàn thân: viêm phổi, viêm đường tiết niệu, suy kiệt, loét tỳ đè, tử vong trong tuần đầu, 3 tháng đầu sau phẫu thuật...

- Tại chỗ: chảy máu vết mổ, tụ dịch vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, rò...

- Tuột, gãy, bật phương tiện kết hợp xương.

- Không liền xương, khớp giả.

*Đánh giá kết quả xa

- Đánh giá kết quả liền xương.

- Đánh giá mức độ phục hồi chức năng: theo phương pháp đánh giá của Merle d'Aubigné – Postel

2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu. Các dữ liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý thống kê theo phần mềm SPSS 20.0

Dùng kiểm định t-test để so sánh 2 trị số trung bình; kiểm định χ^2 so sánh 2 tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

- Trong 62 BN, chúng tôi thấy nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (54,8%) và nhóm tuổi từ 70 - 79 chiếm vị trí thứ 2 (37,1%). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 80,3 ± 7,95; tuổi thấp nhất là 62 tuổi, lớn nhất là 94 tuổi.

- Nguyên nhân gãy LMC xương đùi gặp nhiều nhất do tai nạn sinh hoạt (85,5%), tiếp theo là tai nạn giao thông (12,9%) và tai nạn lao động (1,6%).

Bảng 1. Phân loại gãy LMC dựa theo hình ảnh X quang (n=62)

Loại gãy		n	%
A1	A1.1	0	0
	A1.2	2	6,5
	A1.3	8	12,9
A2	A2.1	13	21,0
	A2.2	7	11,3
	A2.3	10	16,1
A3	A3.1	8	12,9
	A3.2	6	9,7
	A3.3	8	12,9
Tổng		62	100,0

Loại gãy xương chủ yếu là loại A2, A3 (52/62 BN chiếm 83,9 %), điều này cũng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn BN, vì BN trong nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi, loãng xương với các mức độ khác nhau nên khi gãy xương thường là gãy không vững, có nhiều mảnh rời.

Bảng 2. Phân loại mức độ loãng xương theo Singh(n=62)

Độ loãng xương	n	%
1	0	0
2	0	0
3	14	22,6
4	25	40,3
5	19	30,6
6	4	6,5
Tổng	62	100

Trong tổng số 62 BN nghiên cứu, có 14 BN (22,6%) bị loãng xương độ 3 và 4 BN (6,5%) được xếp loại loãng xương độ 6 theo phân loại của Singh; BN bị loãng xương rất nặng (độ 1, 2) không nằm trong đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Bệnh lý mạn tính kèm theo

Các bệnh lý kèm theo	n	%
Tiểu đường	16	25,8
Tim mạch	19	30,6
Hô hấp	14	22,6
Bệnh khác	8	12,9

- Các BN nghiên cứu đều là người cao tuổi, có không ít BN có một hoặc nhiều bệnh nội khoa mạn tính kèm theo như bệnh tim mạch, bệnh tiểu đường, bệnh hô hấp, gút...

2. Kết quả điều trị

- Phương pháp vô cảm: Trong 62 BN nghiên cứu thì 59/62 BN được vô cảm bằng phương

Bảng 5. Kết quả xa theo loại gãy LMC (n = 51)

Kết quả	Phân loại gãy						Tổng
	Loại A1		Loại A2		Loại A3		
	n	%	n	%	n	%	
Rất tốt	6	33,3	9	50,0	3	16,7	18
Tốt	2	9,5	15	71,4	4	19,1	21
Trung bình	0	0	4	44,4	5	55,6	9

pháp gây tê tủy sống chiếm tỷ lệ 95,2%. Có 3 trường hợp phải gây mê nội khí quản (2 BN bệnh phổi mãn tính và 1 BN gù vẹo cột sống).

- Phương tiện kết hợp xương: dùng nẹp vít khóa. Loại nẹp hay dùng nhất có 6 lỗ vít (dùng cho 56/62 BN chiếm 90,3%).

2.1 Kết quả gần

- Tại chỗ vết mổ: 100% BN đều có tình trạng vết mổ khô, liền da kỳ đầu, không có BN nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc còn dịch.

- Toàn thân: Có 3 BN bị viêm phổi, 1 BN viêm đường tiết niệu được hội chẩn điều trị ổn định, có 1 BN huyết khối tĩnh mạch sâu, không có BN nào loét do tỳ đè hoặc chảy máu sau mổ.

- Trục xương: kiểm tra hình ảnh X quang sau mổ thấy các nẹp, vis ở vị trí đạt yêu cầu; xương được cố định tốt, đúng vị trí giải phẫu

- Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $7,8 \pm 2,3$ (4-18) ngày.

2.2. Kết quả xa

- Có 54/62 BN đủ thời gian theo dõi xa sau mổ 6 tháng, kết quả kiểm tra cho thấy 3/54 trường hợp đã tử vong. Tổng số BN đủ điều kiện đánh giá xa là 51 BN. Thời gian theo dõi xa trung bình là $9,3 \pm 2,7$ tháng (ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 20 tháng)

- Có 12/51 BN (23,6%) đi lại bình thường, không đau; 23/51 BN (45,1 %) sinh hoạt bình thường, thi thoảng đau khi gắng sức; 2/51 BN (3,9 %) không đi lại được. Số còn lại đi lại cần có sự hỗ trợ ở các mức độ khác nhau.

Bảng 4. Đánh giá biên độ vận động khớp háng(n = 51)

Biên độ vận động khớp háng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bình thường và gần bình thường, gấp háng > 90°	17	33,3
Hạn chế gấp còn 80°- 90°	20	39,2
Hạn chế gấp còn 60°- 80°	6	11,8
Hạn chế gấp còn 40°- 60°	5	9,8
Gấp háng dưới 40°	3	5,9
Tổng	51	100

- Tình trạng ngắn chi: Sau phẫu thuật, có 39/51 BN (76,5%) phục hồi chiều dài chi về bình thường, không ngắn hoặc ngắn chi dưới 1cm. Có 10/51 BN (19,6%) ngắn chi từ 1-2 cm. Có 2 trường hợp ngắn chi >3cm.

Kém	0	0	1	33,3	2	66,7	3
Tổng	8		24		19		51
p	0.205						

So sánh giữa các nhóm thấy tỷ lệ tốt và rất tốt ở nhóm A1 đạt cao hơn cả (100%), tiếp đến ở nhóm A2 (95.7%) và nhóm A3 (66.7%). Song vì số liệu từng nhóm ít nên khi so sánh thống kê χ^2 thì chưa có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm ($p>0,05$).

2.3. Kết quả chung. Dựa vào kết quả khám lâm sàng, X quang và thang điểm của Merle - d'Aubigné - Postel, chúng tôi có bảng phân loại đánh giá kết quả xa như sau:

Bảng 6. Kết quả chung (n = 51)

Phân loại kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	18	35,3
Tốt	21	41,2
Trung bình	9	17,6
Kém	3	5,9
Tổng	51	100

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ BN nữ gãy LMC xương đùi cao hơn BN nam do đặc điểm mức độ loãng xương ở BN nữ cao tuổi nặng nề hơn BN nam, bên cạnh đó tuổi thọ trung bình của nữ giới cũng cao hơn nam giới. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $80,3 \pm 7,95$ (độ tuổi thấp nhất là 62 tuổi - cao nhất là 94 tuổi), BN nam có 23 BN chiếm 37,1% trong khi có 39 BN nữ (62,9%). Kết quả này cũng phù hợp với đa số nghiên cứu [1], [4], [5], [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân gãy LMC do TNSH là thường gặp nhất (85,8%). Cơ chế chấn thương thường gặp nhất là ngã đập vùng mông xuống nền cứng (nền nhà, bậc thềm, sân giếng, nền nhà vệ sinh...). Điều này phản ánh đúng thực tế vì người cao tuổi (≥ 60) đều có loãng xương tuổi già, chỉ cần một lực chấn thương nhẹ cũng đã có thể gây gãy xương. Mẫu 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.

Sau mổ, kết quả gần cho thấy, khi ra viện tất cả 62 BN đều có tình trạng vết mổ khô, không có BN nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc còn dịch. Không có BN nào tử vong trong thời gian nằm viện; có 3 BN bị viêm phổi, 1 BN viêm đường tiết niệu đã được hội chẩn, điều trị ổn định trước khi ra viện. Không có trường hợp nào bị loét do tỷ đè hoặc chảy máu sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nằm viện ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 18 ngày, thời

gian nằm viện trung bình là $7,8 \pm 2,3$ ngày. Có 32 BN nằm viện dưới 7 ngày (51,6%), có 27/62 BN nằm viện từ 7-15 ngày. Có 3 BN nằm viện trên 15 ngày. Những trường hợp phải nằm lâu là do bệnh lý nội khoa kèm theo và thương tổn phổi hợp nặng nề cần phải được điều trị ổn định.

Khả năng đi lại sau mổ: kiểm tra kết quả xa từ sau điều trị 6 tháng đến 20 tháng được 51 BN. Trên lâm sàng thấy 18/51 BN (35,3%) đi lại bình thường, 15/51 BN (29,4%) đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức; 11/51 BN (21,6%) đi lại phải dùng nạng, thường phải dùng thuốc giảm đau; có 7 BN đi lại khó khăn hoặc không đi lại được. Khả năng đi lại kém do tuổi cao cơ lực kém, bất động lâu ngày tập luyện không thường xuyên do không có ai chăm sóc, tình trạng loãng xương tiến triển nặng, các bệnh mãn tính diễn biến...

Đánh giá biên độ vận động khớp háng: Có 17/51 BN (33.3%) có biên độ vận động khớp háng bình thường, gấp háng lớn hơn 90 độ. Có 26/51 BN biên độ vận động khớp háng hạn chế nhẹ và vừa. Hạn chế vận động gấp háng nặng được ghi nhận có 8 BN (15,7%). Biên độ vận động khớp háng cũng như khả năng đi lại phụ thuộc vào nhiều yếu tố như đã nêu trên.

Ngắn chân sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 39/51 BN (76.5%) phục hồi chiều dài chi về bình thường, không ngắn hoặc ngắn chỉ dưới 1cm. Có 10/51 BN (19,6%) ngắn chi từ 1-2cm. Có 2 trường hợp ngắn chi >3 cm, là 2 BN loãng xương độ 3, gãy loại A2-3 và A3-2 đi lại sớm sau mổ.

Kết quả xa theo dõi trên 51/62 bệnh nhân với kết quả rất tốt và tốt 39/51 bệnh nhân (76,5%), trung bình 9/51 bệnh nhân (17,6%), kém 3/51 bệnh nhân (5,9%). So sánh với một số công trình nghiên cứu về điều trị gãy LMC xương đùi của các tác giả:

Mai Châu Thu (2004)[2] điều trị 54 BN gãy LMC xương đùi bằng KHX nẹp góc AO 130^o có sử dụng màn tăng sáng và bàn mổ chỉnh hình, kết quả rất tốt và tốt 82,4%; trung bình 14,7%; kém 2,9%

Trần Quang Toàn(2008)[3], điều trị 45 BN gãy LMC xương đùi bằng phương pháp kết xương nẹp DHS không sử dụng màn tăng sáng và bàn mổ chỉnh hình, kết quả chung rất tốt và tốt 88,5%; trung bình 11,5%; không có kết quả kém.

So sánh với kết quả nghiên cứu với các tác giả trước, nhận thấy kết quả thu được trong điều trị gãy vùng LMC xương đùi bằng kết xương nẹp

khóa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là một kết quả tốt, rất đáng khích lệ.

So sánh giữa các nhóm thấy tỷ lệ tốt và rất tốt ở nhóm A1 đạt cao hơn cả (100%), tiếp đến ở nhóm A2 (95.7%) và nhóm A3 (66.7%). Song vì số liệu từng nhóm ít nên khi so sánh thống kê χ^2 thì chưa có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm ($p > 0,205$).

Kết quả xa còn phụ thuộc vào các yếu tố như vận động sau mổ, sự hợp tác tuân thủ chế độ tập tại nhà cũng như điều kiện sức khỏe và độ tuổi của bệnh nhân có ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp kết hợp xương gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa là phương pháp kết xương vững chắc cho phép vận động và phục hồi chức năng sớm tránh được các biến chứng do bệnh nhân nằm lâu.

Đặc biệt đối với các bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý nội khoa kèm theo cần điều trị tích cực các bệnh nội khoa cũng như hướng dẫn bệnh nhân, người nhà tập phục hồi chức năng để đạt

kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Nghĩa (2006), Lựa chọn kỹ thuật điều trị gãy đầu trên xương đùi ở người cao tuổi - xem lại y văn, Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, Số đặc biệt, 114-118.
2. Mai Châu Thu (2004), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng mấu chuyển xương đùi người lớn bằng kết xương nẹp DHS tại bệnh viện Xanh pôn 2002-2004. Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Học viện Quân y.
3. Trần Quang Toàn (2008), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy vùng mấu chuyển xương đùi người lớn bằng kết xương nẹp DHS tại bệnh viện Xanh pôn. Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.
4. Lindskog D.M, Baumgaertner M.R (2004), Unstable Intertrochanteric hip Fractures in the Elderly, J. Am Acad Orthop Surg, 12, 179-190.
5. Nikunj Maru, Kishor Sayani (2013), Unstable Intertrochanteric Fractures In High Risk Elderly Patients Treated With Primary Bipolar Hemiarthroplasty: Retrospective Case Series, Gujarat Medical Journal, 68(2).
6. Erik N. Kubiak E. F., Eric S. and Kenneth A. (2006), The Evolution of Locked Plates, J. Bone Joint Surg, 88, 189-200.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA 612 BỆNH NHÂN XUẤT TINH MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Phước Duy Bảo¹, Lê Quốc Hưng², Nguyễn Hoài Bắc²

TÓM TẮT

Để nhận biết các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tình trạng xuất tinh máu ở nam giới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 612 bệnh nhân nam bị xuất tinh máu. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $39,42 \pm 11,67$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu bia trong những lần xuất tinh có máu chiếm 22,45%, tỷ lệ bệnh nhân ghi nhận có thói quen kim hãm hay gián đoạn quan hệ khi xuất tinh chiếm 16,25%. Tỷ lệ bệnh nhân làm PCR lao dương tính chiếm 1,27%. Tỷ lệ bệnh nhân có tPSA tăng chiếm 1,92%. Tỷ lệ nuôi cấy dương tính chiếm 8,94%. Nồng độ testosterone ở những bệnh nhân này khá thấp so với lứa tuổi, trong đó có 26,01% bệnh nhân có giá trị testosterone giảm ($< 12,1$ nmol/L), 23,7% bệnh nhân có giá trị testosterone trong giới hạn thấp (12,1-15

nmol/L). **Từ khóa:** Xuất tinh máu, yếu tố nguy cơ xuất tinh ra máu.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF 612 PATIENTS WITH HEMATOSPERMIA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

To identify the clinical and subclinical features of hematospermia in men, we conducted a study on 612 male patients with hematospermia. The results showed that the average age of the patients in the study was 39.42 ± 11.67 years. Proportion of patients with a history of alcohol use in blood-occupied ejaculations 22.45%, the proportion of patients reporting a habit of delaying or interrupting when ejaculation is occupied 16.25%. The proportion of patients with positive PCR test for tuberculosis accounted for 1.27%. The proportion of patients with tPSA increased by 1.92%. The positive culture rate accounts for 8.94%. The testosterone levels in these patients were quite low for age, of which 26.01% had decreased testosterone values (< 12.1 nmol/L), and 23.7% had low testosterone values 12.1- 15 nmol/L).

Keywords: Hematospermia, hematospermia risk factors.

¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phước Duy Bảo

Email: drduybao.dkkvthuduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2021

Ngày duyệt bài: 19.5.2021