

Tình trạng đề kháng kháng sinh luôn là mối quan tâm hàng đầu của các bác sĩ trong lâm sàng. Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung đánh giá tình trạng đề kháng kháng sinh của Vi khuẩn Gram âm thường gặp đối với các kháng sinh hay dùng trong bệnh viện. Kết quả cho thấy *Acinetobacter baumannii* có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao nhất, kháng gần như hoàn toàn các loại kháng sinh thường dùng trong bệnh viện, đề kháng mạnh ngay cả với nhóm Carbapenem (nhạy cảm < 20%)<sup>(6)</sup>

## V. KẾT LUẬN

Hình ảnh tổn thương niêm mạc phế quản, tính chất dịch tiết đánh giá bằng nội soi ống mềm ở bệnh nhân thở máy phần nào phản ánh mức độ tổn thương phổi, từ đó giúp bác sĩ lâm sàng có thái độ điều trị thích hợp

Vi khuẩn gây Viêm phổi bệnh viện chủ yếu là Vi khuẩn Gram âm, tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao, đặc biệt trong các nhóm Cefalosporin và Quinolon, còn nhạy cảm hơn đối với nhóm Carbapenem và 1 số loại kháng sinh mới

**Kiến nghị:** Chỉ định nội soi phế quản là thủ thuật xâm nhập an toàn, giúp đánh giá mức độ tổn thương, lấy bệnh phẩm xét nghiệm cho kết quả chính xác.

Lựa chọn kháng sinh và liều dùng phù hợp đối với bệnh nhân viêm phổi bệnh viện dựa trên dịch tể vi khuẩn và khả năng kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn thường gặp tại cơ sở. Các kháng sinh có tỷ lệ đề kháng cao là Cefalosporin, Quinolon. Xem xét khả năng dùng

Carbapenem liều cao do tỷ lệ trung gian với vi khuẩn tương đối cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li S, Wu L, Zhou J, Wang Y, Jin F, Chen X, et al. Interventional therapy via flexible bronchoscopy in the management of foreign body-related occlusive endobronchial granulation tissue formation in children. *Pediatr Pulmonol*. 2020.
2. Criner GJ, Eberhardt R, Fernandez-Bussy S, Gompelmann D, Maldonado F, Patel N, et al. Interventional Bronchoscopy. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(1):29-50.
3. Chawia R (2008). Epidemiology, etiology, and diagnosis of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in Asian countries. *Am J Infect control*. Vol.36, No.4.
4. Giang Thục Anh, Vũ Thế Hồng, Vũ Văn Đính (2002), "Tìm hiểu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và tỷ lệ kháng kháng sinh tại khoa điều trị tích cực từ 1/2002 – 6/2002", công trình NCKH BV Bạch mai, tập 1, tr 209-18.
5. Đoàn Ngọc Duy, Trần Văn Ngọc (2012), " Đặc điểm viêm phổi bệnh viện do *Pseudomonas aeruginosa* tại BV Chợ Rẫy từ 6/2009 đến 6/2010", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16, Phụ bản của Số 1, tr 87 - 93.
6. Nguyễn Phú Hương Lan, Nguyễn Văn Vĩnh Châu, Đinh Nguyễn Huy Mẫn, Lê Thị Dương, Nguyễn Thị Thu Yên (2012) "Khảo sát mức độ đề kháng kháng sinh của *Acinetobacter* và *Pseudomonas* phân lập tại Bệnh viện bệnh nhiệt đới năm 2010 " *Thời sự Y học*, số 68, tr 9-12
7. Huỳnh Văn Ân (2012), *Thực trạng sử dụng kháng sinh trong viêm phổi bệnh viện tại Khoa hồi sức tích cực BV Nhân Dân Gia Định, Hội thảo khoa học ngày 21/4/2012, TP. HCM.*
8. Bùi Nghĩa Thịnh và cộng sự (2010), *Khảo sát tình hình đề kháng KS của VK tại khoa Hồi sức tích cực và Chống Độc bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương, Hồ Chí Minh.*

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN SAU THAY KHỚP HÁNG DO GÃY XƯƠNG TẠI KHOA NGOẠI CHẨN THƯƠNG - CHÍNH HÌNH, BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn\*, Nguyễn Bảo Lạc\*, Nguyễn Văn Sỹ\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị loãng xương ở người cao tuổi sau thay khớp háng do gãy tại khoa ngoại Chấn thương Chính hình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 175 bệnh nhân thay khớp háng tại Bệnh viện Thống

Nhất từ 01/2018 đến 12/2019. **Kết quả:** Trong 175 bệnh nhân có 85,1% loãng xương, 84,7% bệnh nhân loãng xương tuân thủ điều trị và không gãy thêm lần nữa, 94,4% bệnh nhân bỏ điều trị loãng xương bị gãy thêm lần nữa. **Kết luận:** Điều trị loãng xương trên bệnh nhân lớn tuổi gây xương vùng háng rất cần thiết, bên cạnh đó bệnh nhân cần bám sát quá trình điều trị để giảm thiểu mức độ gãy xương thêm lần nữa.

**Từ khóa:** loãng xương, thay khớp háng, gãy xương vùng háng.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS OF OSTEOPOROSIS PATIENTS WITH HIP

\**Bệnh viện Thống Nhất*

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020

Ngày duyệt bài: 7.12.2020

## REPLACEMENT AFTER HIP FRACTURE AT ORTHOPEDICS DEPARTMENT, THONG NHAT HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the results of treatment of osteoporosis in older people after hip replacement due to fracture in surgery Trauma Orthopedics. **Subjects and research methods:** A retrospective research study of 175 patients with hip replacement at Thong Nhat Hospital from January 2018 to December 2019. **Results:** One hundred seventy-five patients with 85.1% of osteoporosis, 84.7% of osteoporosis patients adhered to treatment and did not fracture again, 94.4% of patients who gave up osteoporosis treatment broke again. **Conclusion:** Treatment of osteoporosis in elderly patients with hip fractures is essential and patients closely during the treatment process to minimize the fracture.

**Keywords:** osteoporosis, hip arthroplasty, hip fractures.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay loãng xương luôn là một vấn đề sức khỏe đang gia tăng trên toàn thế giới. Sự già hóa dân số luôn đi kèm với nền y học phát triển, bên cạnh đó gãy xương vùng háng và loãng xương ở người lớn tuổi luôn là gánh nặng đáng kể đối với kinh tế và nền y tế. Thay khớp háng là biện pháp nhanh chóng làm giảm bớt gánh nặng nhất trong điều trị gãy xương vùng háng [1]. Từ năm 1891, khi Themistocles Gluck cấy ghép ngà voi để thay thế đầu trên xương đùi. Cho đến năm 1940, tiến sĩ Austin Moore đã thực hiện ca thay khớp háng bằng kim loại đầu tiên tại Mỹ [4]. Từ đó về sau có rất nhiều nghiên cứu liên quan đến thay khớp háng, nguyên nhân dẫn đến việc gãy xương vùng háng đặc biệt là loãng xương [2]. Chính vì còn nhiều yếu tố giữa loãng xương, gãy xương vùng háng, cho nên tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị loãng xương trên bệnh nhân sau thay khớp háng do gãy xương. Từ đó đưa ra những nhận định hợp lý khi điều trị và phòng ngừa loãng xương.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án của 175 bệnh nhân (BN) được thay khớp háng tại khoa Ngoại Chấn thương – Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất từ 01/2018 đến 12/2019.

❖ **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** BN đồng ý tham gia nghiên cứu và có các tiêu chuẩn như sau: BN  $\geq 60$  tuổi, đo mật độ xương T – score  $\leq -2.5$ , có gãy xương vùng khớp háng, có chỉ định thay khớp háng, BN có thông tin địa chỉ rõ ràng để theo dõi, BN đồng ý với phương pháp điều trị và hợp tác tốt.

- Chỉ định thay khớp háng (trên bệnh nhân

gãy cổ xương đùi đáp ứng các tiêu chí) [3]:

- Sức khỏe cho phép thực hiện phẫu thuật lớn.
- Gãy xương khớp háng bệnh lý.
- Loãng xương nặng.
- Mất vận động khớp háng trầm trọng.
- Gãy xương di lệch khớp háng.
- Bệnh vùng hông sẵn có (Hoại tử chỏm vô mạch, viêm khớp dạng thấp nặng).
- Bệnh lý thần kinh.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu, chống chỉ định thay khớp háng.

- Chống chỉ định [3]: trường hợp có nhiễm trùng huyết trước đó hoặc nhiễm trùng khu trú vùng hông có gãy xương, BN trẻ tuổi, thất bại sau kết hợp xương bên trong vùng khớp háng.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

❖ Nghiên cứu hồi cứu, hẹn tái khám đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng và theo dõi điều trị.

- Khai thác bệnh sử: Xác định thời điểm tổn thương, nguyên nhân, chẩn đoán, xử trí trước đó.

- Chụp X-quang khớp háng hai bên, X-quang xương đùi bên gãy

- Đo mật độ xương.

- Các cận lâm sàng khác như: X-quang tim phổi, các xét nghiệm thường quy.

❖ Phẫu thuật thay khớp háng theo chỉ định.

❖ Chăm sóc hậu phẫu, vật lý trị liệu phục hồi chức năng:

- Chăm sóc vết mổ, phòng ngừa nhiễm trùng và thuyên tắc huyết khối. Tập vận động sớm.

- Chụp lại X-quang kiểm tra sau phẫu thuật. Đánh giá khả năng tập đứng và đi. Hướng dẫn tập đứng và đi trong phòng có người hỗ trợ.

- Điều trị loãng xương với Acid Zoledronic 5mg/100ml (khi đúng chỉ định) hoặc Alendronate Sodium 70mg (khi ngoài chỉ định truyền thuốc điều trị loãng xương).

- Sau điều trị 14 ngày, đánh giá khả năng tập vận động của bệnh nhân, cho bệnh nhân tự đi với khung tập. Ghi hình lại quá trình tự đi của bệnh nhân.

❖ Đánh giá và theo dõi:

- Đánh giá sau điều trị 14 ngày, BN đi tốt với khung tập không có người hỗ trợ, vết mổ lành tốt, được cắt chỉ và xuất viện.

- Sau 1 tuần: tái khám kiểm tra lại vết mổ, chụp lại X-quang khớp háng, đánh giá khả năng phục hồi, quan sát đánh giá chức năng vận động BN, so sánh với trước khi ra viện. Ghi hình lại quá trình tự đi của BN.

- Sau 4 tuần: kiểm tra lại X-quang khớp háng, đánh giá chức năng vận động. Ghi hình lại quá trình tự đi của BN. Theo dõi tình trạng điều trị loãng

xương với thuốc uống, hẹn tái khám hàng tháng.

- Sau 3 tháng, 6 tháng: BN được chụp X-quang kiểm tra và đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu cũng như chức năng sau cùng.

- Sau 12 tháng: BN được chụp kiểm tra X-quang khớp háng, đo lại mật độ xương, đánh giá tình trạng loãng xương, lên kế hoạch điều trị loãng xương tiếp theo.

❖ Thu thập số liệu dựa trên:

○ Nguyên nhân, độ tuổi, giới tính BN thay khớp háng do gãy xương.

○ Mức độ loãng xương trên BN thay khớp háng do gãy xương.

○ Kết quả điều trị loãng xương trên BN thay khớp háng do gãy xương.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Nguyên nhân, độ tuổi, giới tính BN thay khớp háng do gãy xương**

Trong tổng 175 trường hợp nghiên cứu, các BN đều được chụp X-quang khớp háng trước mổ để tìm nguyên nhân và lựa chọn biện pháp phẫu thuật phù hợp.

**Bảng 3.1. Nguyên nhân thay khớp háng (n = 175)**

Nguyên nhân	Gãy cổ xương đùi	Gãy phức tạp đầu trên xương đùi	Tổng số
BN	96	79	175
Tỷ lệ	54,9%	45,1%	100%

Trong số 175 BN thay khớp háng, nguyên nhân gặp phải không có sự nổi trội giữa gãy cổ xương đùi và gãy phức tạp đầu trên xương đùi. Tỷ lệ nguyên nhân chia đều gần như 1:1 (54,9: 45,1)

**Bảng 3.2. Độ tuổi các BN thay khớp háng (n = 175)**

Tuổi	60-69	70-79	≥ 80	Tổng số
BN	33	55	87	175
Tỷ lệ	18,9%	31,4%	49,7%	100%

Đánh giá độ tuổi BN thay khớp háng, độ tuổi gặp nhiều nhất ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ 49,7%, tỷ lệ thay khớp háng tăng dần theo độ tuổi từ nhóm tuổi 60-69 với 18,9% và 70-79 với 31,4%.

**Bảng 3.3. Thông kê nguyên nhân theo độ tuổi (n = 175)**

	60 - 69	70 - 79	≥ 80	Tổng số
Gãy cổ xương đùi	23	32	41	96
Gãy phức tạp đầu trên xương đùi	10	23	46	79
<b>Tổng số</b>	<b>33</b>	<b>55</b>	<b>87</b>	<b>175</b>

Phân tích nguyên nhân thường gặp theo độ tuổi, cho thấy mức độ gãy và phạm vi gãy lớn hơn khi tuổi tăng dần, ở đây độ tuổi ≥ 80 gãy phức tạp đầu trên xương đùi nhiều hơn và ở độ

tuổi từ 60 – 69 thì gãy cổ xương đùi nhiều hơn.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ giới tính (n = 175)**

	Gãy cổ xương đùi	Gãy phức tạp đầu trên xương đùi	Tổng số
Nam	18	17	35
Nữ	78	62	140

Giới tính ghi nhận được ở BN thay khớp háng tại Bệnh viện với tỉ lệ 1 nam/4 nữ.

**3.2. Mức độ loãng xương trên BN thay khớp háng do gãy xương**

Trên 175 trường hợp nghiên cứu, các BN đều được đo mật độ xương trước mổ ở hai vị trí cột sống thắt lưng và khớp háng bên không thuận (trường hợp gãy vùng khớp háng sẽ được chụp bên chưa gãy)

**Bảng 3.5. Mức độ loãng xương trên các BN thay khớp háng (n = 175)**

	T-score ≤ - 2,5	- 2,5 < T-score ≤ - 1	T-score > -1	Tổng số
BN	149	25	1	175
Tỷ lệ	85,1%	14,3%	0,6%	100%

Trên bảng thống kê cho thấy mức độ loãng xương (T – score ≤ - 2,5) chiếm tỉ lệ cao với 85,1%, mật độ xương thấp (- 2,5 < T-score ≤ - 1) chiếm 14,3%, không loãng xương chỉ có 1 trường hợp (rơi vào một BN nam).

**3.3. Kết quả điều trị loãng xương trên BN thay khớp háng do gãy xương**

Trong tổng số 149 BN có loãng xương, nhóm nghiên cứu tiếp tục phân tích đánh giá việc điều trị loãng xương và mức độ quan tâm của BN. Những trường hợp điều trị (tại chính Bệnh viện hoặc cơ sở khác) và bỏ trị (không dùng thuốc chống loãng xương trong khoảng thời gian nghiên cứu).

**Bảng 3.6. Số BN loãng xương tiếp tục điều trị hoặc bỏ trị (n = 149)**

	Điều trị	Bỏ trị	Tổng số
BN	112	37	149
Tỷ lệ	75,2%	24,8%	100%

Hầu hết BN đều tuân thủ điều trị loãng xương chiếm tỷ lệ cao với 75,2%. Tỷ lệ BN bỏ trị chiếm 24,8%. Trong một năm đầu tiên sau phẫu thuật hầu hết BN đều tuân thủ điều trị loãng xương và tái khám định kỳ.

Những trường hợp trên được đánh giá thêm tình trạng gãy lại xương cùng vị trí hoặc vị trí khác trong khoảng thời gian thực hiện nghiên cứu.

**Bảng 3.7. Số BN loãng xương có ghi nhận gãy xương lần 2 (n = 149)**

	Gãy lại xương	Không gãy thêm	Tổng số
BN	18	131	149

Tỷ lệ	12,1%	87,9%	100%
-------	-------	-------	------

Nhóm nghiên cứu ghi nhận có 12,1% BN gãy lại xương, hầu hết BN không phát sinh tình trạng gãy lại. Tuy nhiên các năm tiếp theo giảm dần tỷ lệ tái khám và điều trị loãng xương, tăng dần tỷ lệ gãy lại xương. Vị trí xương gãy mới là cổ xương đùi, đầu dưới xương quay hay lún xẹp đốt sống. Đồng thời nhóm chúng tôi phân tích sâu giữa việc điều trị loãng xương và gãy lại xương.

**Bảng 3.8. Thống kê BN loãng xương có điều trị hoặc bỏ trị trên tỉ lệ gãy lại xương lần 2 (n = 149)**

	Gãy lại xương	Không gãy thêm
Điều trị	1 (5,6%)	111 (84,7%)
Bỏ trị	17 (94,4%)	20 (15,3%)
Tổng số/Tỷ lệ	18/100%	131/100%

Trong tổng số 149 BN loãng xương, nhóm nghiên cứu nhận thấy số BN gãy lại xương phần lớn là bỏ trị với 94,4% (trong 18 BN), trường hợp không gãy thêm hầu như đều tuân thủ việc điều trị loãng xương.

## V. KẾT LUẬN

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC TẠO HÌNH KHÚC NỔ BỂ THẬN-NIỆU QUẢN

Tô Hoàng Dũng\*, Vũ Sơn\*, Đỗ Trường Thành\*\*  
Phan Thanh Lương\*, Nguyễn Việt Dũng\*\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật (PT) nội soi sau phúc mạc (NSSPM) tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản (BT – NQ). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu 59 bệnh nhân (BN) được NSSPM điều trị hẹp khúc nối BT – NQ. **Kết quả:** 57/59 BN được đánh giá là PT thành công, đạt tỷ lệ 96,61%, 2/59 BN không có cải thiện trên lâm sàng. Không có tai biến, biến chứng nghiêm trọng trong và sau mổ. **Kết luận:** PTNSSPM tạo hình khúc nối niệu quản – bể thận cho tỷ lệ thành công cao, an toàn.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, hẹp khúc nối bể thận – niệu quản.

## SUMMARY

\*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

\*\*Bệnh viện Việt Đức

\*\*\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dũng

Email: tohoangdung2809@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020

Ngày duyệt bài: 9.12.2020

Qua 175 trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy rằng mức độ gãy xương tăng dần theo độ tuổi. Bên cạnh đó mật độ xương loãng chiếm tỷ lệ cao 85,1%. Trong đó có 84,7% BN loãng xương tuân thủ điều trị và không gãy thêm lần nữa, 94,4% BN bỏ điều trị loãng xương bị gãy thêm lần nữa. Vì vậy việc điều trị loãng xương trên BN lớn tuổi gây xương vùng háng rất cần thiết, bên cạnh đó BN cần bám sát quá trình điều trị để giảm thiểu mức độ gãy xương thêm lần nữa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carlos J. Padilla Colón, PhD (2018), "Muscle and Bone Mass Loss in the Elderly Population: Advances in diagnosis and treatment", Biomed (Syd); 3: 40–49. doi:10.7150/jbm.23390.
2. Greg AJ Robertson, Alexander M Wood (2018), "Hip hemi-arthroplasty for neck of femur fracture: What is the current evidence?", World J Orthop; November 18; 9(11): 235-244.
3. "Hemiarthroplasty of the Hip"; Wheelless' Textbook of Orthopaedics.
4. Stephen Richard Knight, Randeep Aujla, and Satya Prasad Biswas (2011), "Total Hip Arthroplasty - over 100 years of operative history", Orthop Rev (Pavia). 2011 Sep 6; 3(2): e16.

## EVALUATE EARLY RESULTS OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPY SURGERY FOR URETEROPELVIC JUNCTION STENOSIS

**Objective:** Evaluate early results of retroperitoneal laparoscopy surgery for ureteropelvic junction stenosis. **Subjects and methods:** retrospective descriptions of 59 patients with ureteropelvic junctionstenosis treated by retroperitoneal laparoscopy surgery. **Results:** 57/59 patients were evaluated as having successful surgery, reaching the rate of 96.61%. There are no severe complications during and after surgery. **Conclusion:** retroperitoneal laparoscopy surgery is a safe and effective procedure for ureteropelvic junction stenosis.

**Keywords:** retroperitoneal laparoscopy, ureteropelvic junction stenosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối BT – NQ là một bệnh lý thường gặp trong niệu khoa[1]. Khúc nối hẹp làm cho sự lưu thông từ bể thận xuống niệu quản bị tắc nghẽn gây ứ nước ở thận, lâu dài dẫn đến suy giảm chức năng thận. Đặc điểm của bệnh là hiếm khi khúc nối chít hẹp hoàn toàn, do đó