

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN KHUNG CHẬU, Ổ CỐI BẰNG KẾT XƯƠNG NỆP VÍT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

My Duy Tiến¹, Lê Tuấn Dũng¹, Trần Đức Tài¹, Nguyễn Đức Thọ¹, Lê Đình Lộc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân gãy kín khung chậu, ổ cối tại Bệnh viện Quân y 175 và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật kết hợp xương gãy kín khung chậu, ổ cối bằng nẹp vít.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 20 bệnh nhân (14 Nam, 6 Nữ), chẩn đoán gãy kín khung chậu, ổ cối được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít từ tháng 10/2017 đến 03/2020. Bệnh nhân được phẫu thuật, điều trị sau mổ, hướng dẫn tập luyện và định kỳ tái khám đánh giá kết quả theo thang điểm của Merle d'Aubigné và Majeed.

Kết quả: 95% liền vết mổ kỳ đầu. 5 bệnh nhân tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài sau mổ, 1 bệnh nhân sai khớp háng thể chậu sau mổ.

Đánh giá kết quả ngắn chính theo Matta (1996) cho bệnh nhân gãy ổ cối, và theo Lindahl (1999) cho bệnh nhân gãy khung chậu. Kết quả tốt trên 12 bệnh nhân, 3 bệnh nhân ngắn chính kém.

Kết quả theo Merle d'Aubigné trên 8 bệnh nhân ổ cối: rất tốt và tốt chiếm 75%.

Kết quả theo Majeed trên 12 bệnh nhân khung chậu: rất tốt và tốt chiếm 80%

Kết luận: Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít cho bệnh nhân gãy kín khung chậu, ổ cối bước đầu đem lại kết quả ngắn chính ổ gãy và phục hồi chức năng tốt.

Từ khóa: Gãy khung chậu, ổ cối, kết hợp xương nẹp vít.

EARLY OUTCOMES OF PLATE INTERNAL FIXATION FOR CLOSED PELVIS, ACETABULAR FRACTURES IN MILITARY HOSPITAL 175

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): My Duy Tiến (drtien175@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/4/2020, ngày phản biện: 8/5/2020

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2020

ABSTRACT

Objectives: Describe the clinical characters of pelvis, acetabular fractures. Evaluation of early outcomes of open reduction and internal fixation with plate in pelvis, acetabular closed fractures in 175 Hospital.

Materials and methods: 20 patients (14 males, 6 females) with pelvis, acetabular fractures treated with plate internal fixation from 10/2017 to 03/2020. The patients were operated, postoperative rehabilitations and follow-up examination to evaluate the outcomes after Merle d'Aubigné and Majeed score.

Results: 95% primary wound healing. Complication: sciatic nerve lesion in 5 patients, central hip dislocation after operation: 1 patient.

Mata's postoperative grading for acetabulum fracture and Lindahl postoperative grading for pelvic fracture: 12 patients are very good and good, 3 patients are poor.

Merle d'Aubigné score: 75% Good and very good, Majeed score: 80% good and very good.

Conclusion: Plate osteosynthesis for patients with closed pelvic, acetabulum fracture have a good early outcomes in fracture reduction and rehabilitation.

Keywords: pelvis-acetabular fracture, plate osteosynthesis

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy khung chậu - ổ cối chiếm từ 3-5% tổng số các gãy xương, là tổn thương nặng nề, phức tạp, thường đi kèm với các tổn thương của cơ quan khác, nguyên nhân phần lớn do tai nạn lao động và tai nạn giao thông [1-3]. Ngoài gãy xương phức tạp di lệch lớn còn thường gặp những tổn thương kết hợp nặng chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng, tiết niệu, cột sống.

Trước đây, điều trị gãy khung chậu - ổ cối chủ yếu vẫn là phòng chống sóc tích cực và điều trị bảo tồn bằng cách để người bệnh nằm bất động và kéo tạ trong nhiều ngày. Phương pháp điều trị này đơn giản, an toàn nhưng có nhiều biến chứng toàn thân (Viêm phổi, viêm tiết niệu, viêm loét

các điểm tỳ, teo cơ cứng khớp...), tại chỗ ổ gãy liền lệch dẫn thoái hóa khớp háng sớm, đi lại đau, lệch vẹo cột sống, ảnh hưởng đến khả năng lao động cũng như chất lượng sống.

Phương pháp cố định ngoài khung chậu tuy đơn giản, dễ thực hiện tuy nhiên còn nhiều hạn chế trong việc nắn chỉnh các mảnh gãy về vị trí giải phẫu, nhiễm trùng chân đinh.[6]

Trên thế giới, phẫu thuật mở nắn và cố định cho gãy khung chậu - ổ cối đã thực hiện từ những năm 1960 bởi Robert Judet và Letournel, đem đến những thành công bước đầu, đặt nền móng căn bản cho điều trị phẫu thuật trong vỡ khung chậu - ổ cối. [4]

Tại Bệnh viện Quân y 175 đã tiến hành phẫu thuật kết hợp xương gãy khung chậu, ổ cối bằng kết hợp xương nẹp vít từ năm 2016. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị kết hợp xương gãy khung chậu, ổ cối bằng nẹp vít.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

20 bệnh nhân vỡ khung chậu, ổ cối (14 Nam, 6 Nữ), được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10/2017 đến 03/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán là gãy kín khung chậu, ổ cối được điều trị bằng kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 175.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy hở khung chậu, điều trị bằng các phương pháp

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Phân bố theo giới

20 bệnh nhân (14 nam, 6 nữ). Tỷ lệ Nam/nữ: 2,3/1. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Letournel E, (69,4% nam), Robert A MD (83.46% nam), Lê Đình Hải (84,7%) [1, 4, 7]. Sự khác biệt về giới này

khác, không phải kết xương bên trong.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, không có đối chứng.

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, tham gia phẫu thuật cũng như chăm sóc, theo dõi và tập luyện sau mổ. Hẹn tái khám đánh giá kết quả cho bệnh nhân theo thang điểm Merle d'Aubigné

- Phân tích và xử lý số liệu thu thập được theo SPSS 22.0.

2.3. Chọn đường mổ: Dựa vào hình ảnh tổn thương trên phim X-quang và cắt lớp vi tính có dựng hình 3D, và xem xét các tổn thương kết hợp, chúng tôi lựa chọn đường mổ phù hợp.

- Đường mổ phía sau Kocher-Langenbeck.

- Đường mổ chậu bên ở phía trước.

- Hoặc kết hợp 2 đường mổ trên.

có thể được giải thích do nguyên nhân chính là tai nạn giao thông mà nam giới thường có xu hướng tham gia giao thông với tốc độ cao hơn.

3.1.2. Phân bố theo tuổi

Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi (n= 20)

Tuổi	16 - 30	31 - 40	41 - 56	Tổng
Số lượng	08	02	10	20
Tỷ lệ (%)	40	10	50	100

Bệnh nhân trong lứa tuổi lao động, trong đó nhiều nhất từ 41 - 56 tuổi (50%), 16 - 30 tuổi (40%), ít nhất 31 - 40 tuổi (10%). Nghiên cứu của Lê Văn Tuấn (2018) lứa tuổi lao động chiếm 95,5%. [3]

3.1.3. Phân bố theo nguyên nhân

Bảng 3.2: Phân bố theo nguyên nhân (n= 20)

Ng. nhân	TNLĐ	TNSH	TNGT	Tổng
Số lượng	04	01	15	20
Tỷ lệ (%)	20	5	75	100

TNGT là nguyên nhân chính gây vỡ khung chậu, ổ cối (75%). Nghiên cứu của Lê Đình Hải (2015) trên 92 bệnh nhân bị gãy khung chậu tại bệnh viện Chợ Rẫy có nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 89,1% [1]. Lê Văn Tuấn (2018) báo

cáo nguyên nhân chủ yếu trong gãy trật ổ cối là tai nạn giao thông chiếm 90,9% [3]. Lindahl (1999) nghiên cứu 132 bệnh nhân gãy khung chậu với nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 62%. [6]

3.1.4. Phân bố theo thương tổn

Bảng 3.3: Phân bố theo vị trí tổn thương (n= 20)

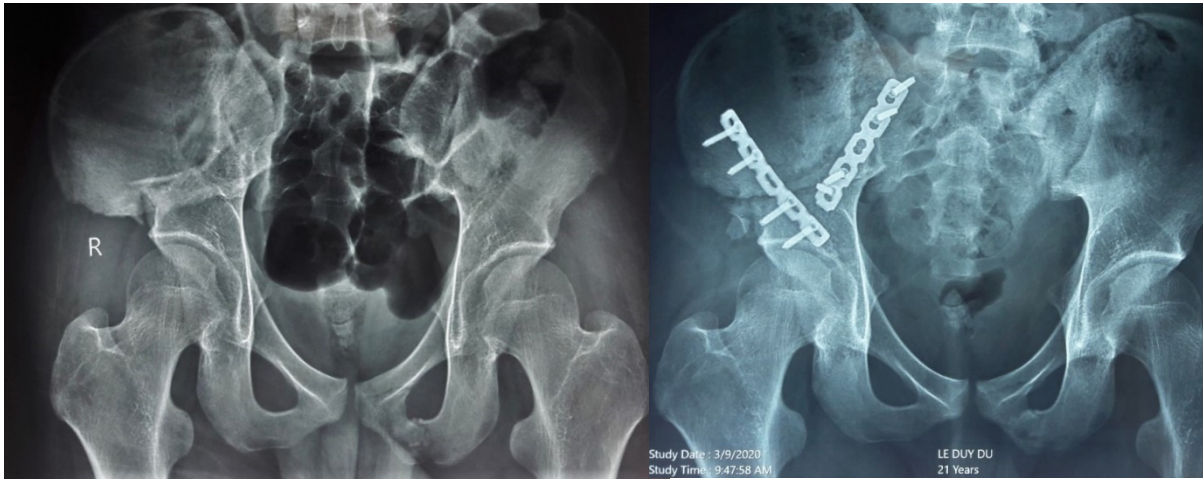
Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vỡ khung chậu - ổ cối	08	40
Vỡ ổ cối	09	45
Sai khớp cùng chậu, toác khớp mu	03	15
Tổng	20	100

Trong chấn thương khung chậu, tỷ lệ vừa gãy khung chậu và ổ cối (40%) chiếm tỷ lệ gần bằng vỡ đơn thuần ổ cối (45%) và 2 loại này chiếm tỷ lệ cao. Trong

nhóm bệnh nhân gãy ổ cối, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp gãy vách sau, 2 trường hợp gãy cột trụ trước, 2 trường hợp gãy chữ T, 2 trường hợp gãy ngang và thành

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

sau ổ cối. Trong nhóm khung chậu gãy thuần là 111 (38,4%), gãy ổ cối đơn thuần loại LCII có 6 bệnh nhân, API có 2 bệnh nhân. Robert A. (2007) nghiên cứu 289 bệnh nhân, trong đó gãy khung chậu đơn thuần là 111 (38,4%), gãy ổ cối đơn thuần 143 (49,4%), kết hợp cả 2 tổn thương 35 (12,2%). [7]



Hình ảnh X-quang trước mổ và sau mổ của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.5. Tổn thương kết hợp

Có 12/20 (60%) bệnh nhân có các tổn thương kết hợp kèm theo, do cơ chế chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông, có năng lượng cao. Lê Đình Hải (2015) báo cáo 47,8% bệnh nhân có tổn thương hệ tiết niệu, 30,4% chấn thương bụng kín, 41,3% gãy thân xương dài kết hợp [1]. Lê Văn Tuấn (2018) có 29/44 có tổn thương kết hợp ở các cơ quan khác.[3]

Bảng 3.4: Phân bố theo tổn thương kết hợp (n= 20)

Tổn thương kết hợp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gãy xương đùi cùng bên	02	10
Chấn thương sọ não	01	5
Chấn thương hệ niệu	01	5
Chấn thương ngực kín	03	15
Vỡ xương gót	03	15
Gãy đầu dưới xương quay	02	10
Tổng	12	60

3.1.6. Thời điểm phẫu thuật:

Bảng 3.5: Thời điểm phẫu thuật (n= 20)

Thời điểm phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước 7 ngày	13	65
Từ 7 đến 21 ngày	05	25
Sau 21 ngày	02	10
Tổng	20	100

Thời điểm phẫu thuật trung bình là 9,54 ngày (sớm nhất là ngày thứ 3, trễ nhất là ngày thứ 24). Có hai trường hợp mổ muộn vào sau tuần thứ 3 vì phải điều trị chấn thương phần mềm lớn vùng mông, đùi, 1 trường hợp đa chấn thương. Đối với tổn thương gãy khung chậu, ổ cối, các tác giả Lê Văn Tuấn, Lê Đình Hải, đều cho rằng, thời điểm phẫu thuật kết xương bên trong phù hợp là vào tuần thứ 2 sau tai nạn, vì khi đó các tổn thương kết hợp khác đã ổn định. Trong nghiên cứu của Lê Văn Tuấn (2018) 84% số bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 2 tuần từ thời điểm chấn thương [1, 3]. Letournel E. cho rằng các tổn thương ổ cối chỉ phẫu thuật cấp cứu khi có trật khớp hoặc vỡ chỏm xương đùi kèm theo, các trường hợp còn lại thời điểm phẫu thuật lý tưởng là từ ngày thứ 2 đến

thứ 6 sau chấn thương. [4]

3.1.7. Đường mổ

Căn cứ vào vị trí tổn thương, trong 20 trường hợp nghiên cứu có 8 bệnh nhân mổ đường phía sau, 06 bệnh nhân mổ đường phía trước, phải kết hợp 2 đường 06 bệnh nhân. Nguyễn Tiến Sơn (2015) sử dụng đường mổ phía sau cho 27/40 bệnh nhân gãy ổ cối, có 3 bệnh nhân phải kết hợp 2 đường mổ [2]. Lê Văn Tuấn (2018) sử dụng đường mổ phía sau cho 27/44 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào phải sử dụng 2 đường mổ [3]. Letournel E. cho rằng việc lựa chọn đường mổ phải căn cứ vào tổn thương trên phim X-quang, đối với các trường hợp tổn thương 2 cột trụ, nên sử dụng 2 đường mổ để nắn chỉnh đạt kết quả tốt nhất.[4]

Bảng 3.6: Đường mổ theo loại tổn thương (n= 20)

Đường mổ	Gãy khung chậu, ổ cối	Vỡ ổ cối	Gãy khung chậu	Tổng
Kocher-Langenbeck (đường sau)	2	6	0	8
Chậu bẹn (đường trước)	2	1	3	6
Kết hợp 2 đường	4	2		6

3.1.8. Thời gian mổ, lượng máu mất

Thời gian mổ trung bình $150,5 \pm 38,2$ phút.

Lượng máu mất trung bình: $526,38 \pm 26,78$ ml. Lượng máu truyền trung bình: $298,16 \pm 15,26$ ml.

Trong nghiên cứu của Lê Văn Tuấn, thời gian mổ trung bình của đường Kocher-Langenbeck: $141,3 \pm 60,2$ phút. Thời gian mổ trung bình của đường chậu bên: $157,5 \pm 53,2$ phút. Lượng máu mất trung bình: $333,33 \pm 20,71$ ml. Lượng máu truyền trung bình: $291,16 \pm 15,11$ ml. [3]

3.1.9. Kết quả điều trị

3.1.9.1. Kết quả X quang sau mổ:

Chúng tôi dựa theo tiêu chuẩn của Matta (1996) để đánh giá kết quả nắn chỉnh cho bệnh nhân gãy ổ cối, và tiêu chuẩn của Lindahl (1999) để đánh giá kết

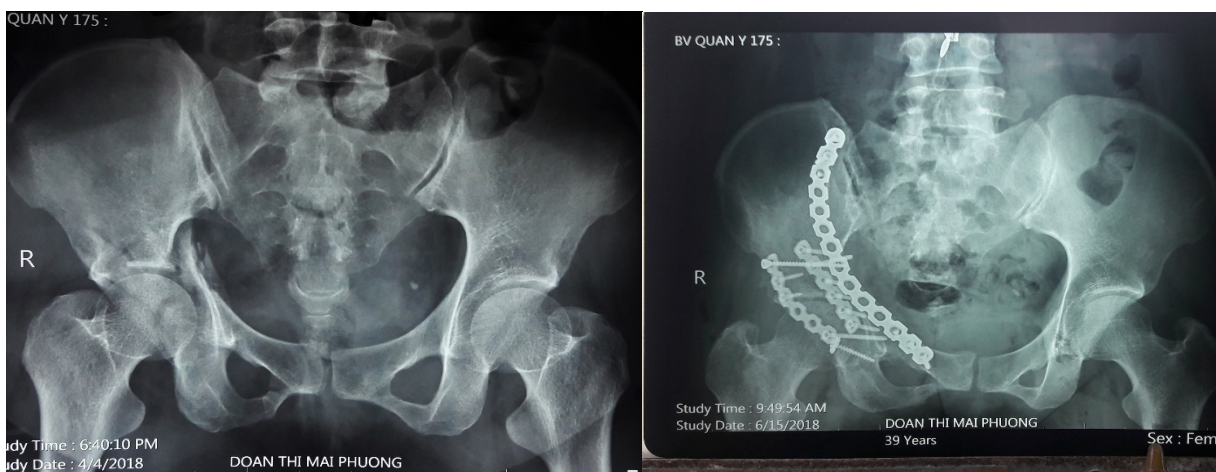
quả phục hồi giải phẫu cho bệnh nhân gãy khung chậu [5, 6]. Kết quả tốt trên 12 bệnh nhân, 3 bệnh nhân nắn chỉnh kém.

Nghiên cứu của chúng tôi nhóm tốt thấp hơn Lê Văn Tuấn (75% tốt), Nguyễn Tiến Sơn (88,5% tốt và rất tốt). [2, 3]

3.1.9.2. Đánh giá kết quả gần:

Liên vết mổ: 19/20 BN liên vết mổ kỳ đầu, 1 bệnh nhân ứ dịch vết mổ, chúng tôi đặt VAC rồi sau đó khâu da kỳ 2 vết mổ liền.

Đối với nhóm bệnh nhân gãy khung chậu, ổ cối có nhiều tổn thương kèm theo, đặc biệt là tổn thương tiết niệu sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tại vết mổ. Trong nghiên cứu của Sagi H. tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng sâu vết mổ là 2,8%[8]. Lê Văn Tuấn có 100% bệnh nhân liên vết mổ kỳ đầu.[3]



Hình ảnh X-quang trước mổ và sau mổ của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.9.3. *Đánh giá kết quả xa:*

- Các bệnh nhân được theo dõi và tái khám định kỳ, thời gian theo dõi trung bình là 12,6 tháng, trong đó ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 31 tháng.

- Chúng tôi đánh giá kết quả xa về phục hồi cơ năng cho các bệnh nhân gãy ổ cối theo tác giả Merle D' Aubigné

Bảng 3.8: Kết quả theo thang điểm Merle D' Aubigné (n= 8)

Thang điểm Merle D' Aubigné	Số lượng	Tỷ lệ
Rất tốt (17 - 18 điểm)	03	37,5%
Tốt (15 - 16 điểm)	03	37,5%
Trung bình (13 -14 điểm)	01	12,5%
Xấu (< 13 điểm)	01	12,5%
Tổng	8	100%

Kết quả xa về phục hồi cơ năng ở nhóm bệnh nhân vỡ ổ cối rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 75%. Kết quả của chúng tôi tương đương Lê Văn Tuấn (84,1%), Mata (76%). [3, 5]

- Chúng tôi đánh giá kết quả xa về phục hồi chức năng cho các bệnh nhân gãy khung chậu theo tác giả Majeed

Bảng 3.9: Kết quả theo thang điểm Majeed (n= 12)

Thang điểm Majeed	Số lượng	Tỷ lệ
Rất tốt (78 - 80 điểm)	06	50%
Tốt (70 - 77 điểm)	04	30%
Trung bình (60 - 69 điểm)	02	20%
Xấu (< 60 điểm)	0	0
Tổng	12	100%

Kết quả xa của nhóm bệnh nhân gãy khung chậu: rất tốt và tốt chiếm 80%, tương đương với tác giả Lê Đình Hải (88,5%). [1]

3.1.9.4. *Biến chứng sau mổ*

- **Biến chứng sớm:** chúng tôi gặp biến chứng tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài 5 bệnh nhân, các bệnh nhân này được dùng thuốc tăng dẫn truyền thần kinh, tập phục hồi chức năng và phục hồi

sau 2 - 3 tháng. Có 1 bệnh nhân sai khớp háng thể chậu sau mổ, bệnh nhân này được chẩn đoán trước mổ là sai khớp háng, vỡ thành sau ổ cối, tổn thương thần kinh hông to, BMI=34,4. Được phẫu thuật kết xương nẹp vít sử dụng đường mổ phía sau. Sau mổ bệnh nhân không tuân thủ hướng dẫn điều trị nên bị sai khớp háng thể trung tâm, chúng tôi tiến hành nắn chỉnh lại và bó bột chậu đùi sau đó diễn biến ổn định, thần

kinh hồi phục sau 4 tháng.

Lê Văn Tuấn mô tả 2 trường hợp tổn thương thần kinh, 1 trường hợp trật khớp háng trung tâm. [3]

- **Biến chứng muộn:** Có 2 bệnh nhân gặp biến chứng thoái hóa khớp háng, 1 bệnh đau nhiều khi đi lại nên đã được thay khớp háng toàn phần.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 20 bệnh nhân bị vỡ khung chậu - ổ cối được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bên trong tại Bệnh viện QY 175 trong thời gian tháng 10/2017 đến 03/2020, chúng tôi có một số nhận xét sau:

Kết quả bước đầu điều trị vỡ khung chậu - ổ cối bằng KHX nẹp vít:

95% liền vết mổ kỳ đầu

100% liền xương sau 3 tháng.

Đánh giá kết quả nắn chỉnh theo Matta (1996) cho bệnh nhân gãy ổ cối, và theo Lindahl (1999) cho bệnh nhân gãy khung chậu. Kết quả tốt trên 12 bệnh nhân, 3 bệnh nhân nắn chỉnh kém.

Kết quả theo Merle d'Aubigné trên 8 bệnh nhân ổ cối: rất tốt và tốt chiếm 75%.

Kết quả theo Majeed trên 12 bệnh nhân khung chậu: rất tốt và tốt chiếm 80%

Biến chứng tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài 5 bệnh nhân, 1 bệnh nhân sai khớp háng thể chậu sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đình Hải, Lê Văn Tuấn (2015), “Điều trị gãy khung chậu tại bệnh viện Chợ Rẫy”, Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt - 2015, tr. 258-

261.

2. Nguyễn Tiến Sơn, Đào Xuân Tích (2015), “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy ổ cối bằng phương pháp kết xương nẹp vít tại bệnh viện Việt Đức”, Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt - 2015, tr. 342-346.

3. Lê Văn Tuấn (2018), “Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu ổ cối và ứng dụng điều trị phẫu thuật gãy trật khớp háng trung tâm”, Luận án Tiến sỹ - Học viện Quân y,

4. Letournel E, Judet R (1993), “Fractures of the Acetabulum. 2nd ed“, Berlin, Germany: Springer-Verlag.,

5. Matta JM (1996), “Fractures of the acetabulum: accuracy of reduction and clinical results in”, - J Bone Joint Surg Am. 1996 Nov;78(11), - 1632-1645.

6. Jan Lindahl, Eero Hirvensalo, et al. (1999), “Failure of reduction with an external fixator in the management of injuries of the pelvic ring. Long-term evaluation of 110 patients”, Journal of Bone and Joint Surgery-british Volume - J BONE JOINT SURG-BRIT VOL, 81, 955-962.

7. Robert A. Magnussen, Marc Tressler, et al. (2007), “Predicting Blood Loss in Isolated Pelvic and Acetabular High-Energy Trauma”, Journal of orthopaedic trauma, 21, 603-607.

8. H. Sagi, Dan Dziadosz, et al. (2013), “Obesity, Leukocytosis, Embolization, and Injury Severity Increase the Risk for Deep Postoperative Wound Infection After Pelvic and Acetabular Surgery”, Journal of orthopaedic trauma, 27, 6-10.