

INITIAL RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR ACETABULAR FRACTURES USING THE SCREW PLATE METHOD AT THONG NHAT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Nguyen Tuong Quang*, Le The Gioi, Dinh Tien Vuong

Thong Nhat general Hospital of Dong Nai province - 234 National Highway 1, Tan Bien Ward, Bien Hoa City, Dong Nai Province, Vietnam

Received: 16/01/2024

Revised: 01/02/2024; Accepted: 26/02/2024

ABSTRACT

Background: Acetabular fractures often result from severe trauma, and incorrect treatment can lead to serious complications.

Objectives:

1. Evaluate the effectiveness of surgical treatment for acetabular fractures.
2. Determine the incidence of complications related to acetabular fracture surgery.

Subjects and Methods:

- Patients diagnosed with and treated surgically for acetabular fractures due to trauma.
- Fracture types included:
 - Displaced intra-articular fragments.
 - Marginal rim fractures.
 - Wide articular surface fractures.
 - Instability fractures

Results: Over a 5-year period (2015–2020), with assistance from Cho Ray Hospital, Thong Nhat Dong Nai General Hospital performed surgical procedures on 21 cases of acetabular fractures, with an average follow-up time of 28.6 months. Excellent and very good results were achieved in 16 cases (76.2%). Fair results in 3 cases (14.2%). Poor results in 2 cases (9.5%).

Conclusions: The earlier the surgery, the better the results. Early surgical management of acetabular fractures, with minimal articular cartilage damage, precise reduction, and avoidance of complications, leads to good outcomes. In other words, the more anatomically precise the acetabular reduction, the better the achieved functional outcomes.

Keywords: Acetabular fracture, acetabulum.

*Corresponding author

Email address: bstuongquang@gmail.com

Phone number: (+84) 918 095 900

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.1000>

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ Ổ CỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT ĐỒNG NAI

Nguyễn Tường Quang*, Lê Thế Giới, Đinh Tiên Vương

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai - 234 Quốc lộ 1, phường Tân Biên, Tp. Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16 tháng 01 năm 2024

Chỉnh sửa ngày: 01 tháng 02 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 26 tháng 02 năm 2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy ổ cối thường do chấn thương nặng, nếu điều trị không đúng sẽ để lại di chứng nặng nề

Mục tiêu:

- Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật gãy ổ cối
- Xác định tỷ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật gãy ổ cối

Đối tượng và phương pháp

Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật gãy ổ cối do chấn thương

- Có mảnh xương rời trong khớp
- Gãy lún viền ổ cối
- Gãy xương phạm diện khớp rộng
- Gãy xương ổ cối gây mất vững

Kết quả: Trong thời gian 5 năm từ 2015 đến 2020 có sự giúp đỡ của Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai đã phẫu thuật được 21 trường hợp gãy ổ cối với thời gian theo dõi trung bình 28,6 tháng. Kết quả tốt và rất tốt chiếm 16 ca (76,2%), trung bình 3 ca (14,2%), xấu 2 ca (9,5%).

Kết luận: Phẫu thuật càng sớm cho kết quả tốt hơn. Phẫu thuật ổ cối sớm với tổn thương sụn khớp tối thiểu, phối hợp với nắn chính xác và tránh các biến chứng sẽ mang đến kết quả tốt. Có mối liên hệ hữu cơ giữa kết quả nắn chính xác và kết quả cơ năng lâm sàng. Có nghĩa là nắn ổ cối càng hoàn chỉnh về giải phẫu, thì kết quả cơ năng đạt được càng tốt.

Từ khóa: Gãy ổ cối, ổ cối.

*Tác giả liên hệ

Email: bstuongquang@gmail.com

Điện thoại: (+84) 918 095 900

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.1000>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Như chúng ta đã biết, giải phẫu ổ cối là một không gian ba chiều, xung quanh có nhiều cơ, dây chằng bám nên khi phẫu thuật để nắn lại xương cũng rất khó khăn, hơn nữa ổ cối là một thành phần của khớp háng nếu ổ cối và chỏm xương đùi không tiếp khớp với nhau một cách thuận lợi sẽ dẫn đến biến chứng, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt người bệnh.

Gãy ổ cối thường do chấn thương nặng, nếu điều trị không đúng sẽ để lại di chứng nặng nề. Điều trị gãy ổ cối bằng phẫu thuật đã được tiến hành trên thế giới những năm 1960, Judet (1964) và cộng sự là những người tiên phong trong việc chẩn đoán và điều trị. Điều trị phẫu thuật gãy ổ cối đã được Gs Ngô Bảo Khang thực hiện vào năm 1999 tại Việt Nam. Nguyễn Vĩnh Thống (2008) báo cáo 90 trường hợp điều trị phẫu thuật gãy ổ cối kết quả tốt và rất tốt trên 70%.

Tại bệnh viện chúng tôi với sự giúp đỡ của Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2015 đến nay chúng tôi có thể phẫu thuật được những trường hợp gãy ổ cối không quá phức tạp.

Nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị gãy ổ cối chúng tôi thực hiện đề tài “*Kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật gãy ổ cối bằng phương pháp nẹp vít tại Bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai từ 2015 - 2020*”.

Mục tiêu:

1. Mục tiêu tổng quát:

Đánh giá kết quả điều trị gãy ổ cối bằng phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít

2. Mục tiêu cụ thể:

- Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật gãy ổ cối
- Xác định tỷ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật gãy ổ cối

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật gãy ổ cối do chấn thương tại Khoa Ngoại Chấn thương

chính hình – Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật gãy ổ cối do chấn thương

- Có mảnh xương rời trong khớp
- Gãy lún viên ổ cối
- Gãy xương phạm diện khớp rộng
- Gãy xương ổ cối gây mất vững: Mất vững được xác định khi soi C-Arm, cho khớp háng vận động đủ các tư thế với lực tỳ đè từ gối lên chỏm xương đùi, nếu mất vững sẽ gây bán trật hoặc trật khớp. Mất vững khớp háng thì cần mổ nắn và cố định xương gãy cho dù gãy di lệch ít < 2mm, gãy ngoài vòm chịu lực và ngay cả khi gãy mà còn tương thích thứ phát.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị rối loạn đông máu
- Bệnh nhân già, lú lẫn không hợp tác
- Bệnh nhân gãy ổ cối đến muộn > 3 tuần

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu:

Tại khoa ngoại Chấn thương chính hình – Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai Từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu mô tả hàng loạt ca

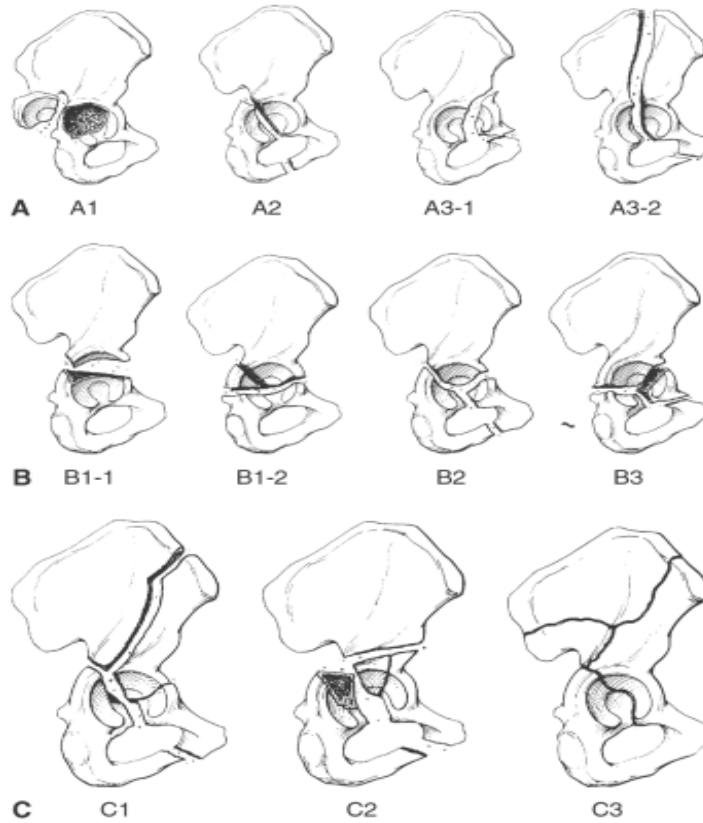
2.2.2. Phương pháp tiến hành

Chọn lựa bệnh là các trường hợp gãy ổ cối đến bệnh viện Đa khoa Thống nhất sớm hoặc muộn. Sau đó thực hiện thăm khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết để đánh giá mức độ tổn thương xương ổ cối và các biến chứng của chấn thương nói chung.

Chẩn đoán dựa vào:

- Phim Xquang khung chậu thẳng, nghiêng chậu, nghiêng bít, chụp cắt lớp vi tính

Bảng phân loại gãy ổ cối Phân theo AO



Chọn đường mổ vào ổ cối:

- Chúng tôi sử dụng 3 loại đường mổ chủ yếu là: Đường mổ phía sau (Kocher -Langenbeck), đường ba tia và đường mổ chậu bẹn

- Đánh giá cơ năng khớp háng theo Merle D'Aubigne

Chúng tôi chọn phương pháp đánh giá theo Merle D'Aubigne cho nghiên cứu.

Sau đây là bảng điểm cho ba dấu hiệu: Đau - Biên độ vận động - Đi . Cộng điểm cho ba dấu hiệu trên cho phép ta lượng giá cơ năng khớp háng

Theo hội chẩn thương chính hình Pháp lần thứ 56 (S.O.F.C.O.T.) phân loại như sau:

* **Rất tốt:** khi đạt 17 -18 điểm.

* **Tốt:** khi đạt 15 -16 điểm.

* **Trung bình:** khi đạt 13 -14 điểm.

* **Xấu:** khi điểm nhỏ hơn 13.

- Việc đánh giá kết quả phẫu thuật được thực hiện ở các thời điểm 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật và bất cứ lúc nào cần thiết nếu có diễn tiến bất thường. Những năm tiếp theo, hẹn bệnh nhân tái khám 1-2 lần/năm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong tổng số 21 bệnh nhân gồm có 14 nam và 07 nữ. Tuổi nhỏ nhất là 21, lớn nhất là 65. Tuổi trung bình là 35. Tuổi lao động từ 20-60 có 18/20 chiếm 90%. TNGT có 15 trường hợp, TNLD có 05 và TNSH có 01.



3.2. Phân loại gãy theo AO

| Kiểu gãy | N | Tỷ lệ % |
|-----------|----|---------|
| Vách sau | 8 | 38 |
| Trụ sau | 2 | 9,5 |
| Trụ trước | 1 | 4,7 |
| Gãy ngang | 5 | 23,8 |
| Gãy chữ T | 2 | 9,5 |
| Gãy 2 trụ | 3 | 14 |
| Tổng số | 21 | 100 |

Gãy vách sau có 08 ca, chiếm 38%; đây là các trường hợp gãy vách sau đơn thuần.

3.3. Di lệch

Bảng 3.1: Mức độ di lệch xương gãy

| Di lệch | N | Tỷ lệ % |
|----------|----|---------|
| <10mm | 6 | 28,5 |
| 11-20 mm | 11 | 52,3 |
| 21-30 mm | 3 | 14,2 |
| >30 mm | 1 | 4,7 |
| Tổng số | 21 | 100% |

Di lệch các mảnh gãy ở cổ có ba loại, di lệch xa nhau và di lệch bậc thang và di lệch xoay của mảnh gãy. Trên các tư thế X-quang khác nhau, chúng tôi chọn di lệch nào lớn nhất để đo. Trong số liệu chúng tôi, đa số

di lệch từ 01-20 mm, chiếm 80,8%. Còn di lệch xoay có 3/21 (14,2%) trường hợp.

3.4. Thời điểm phẫu thuật

Bảng 3.2: Thời điểm phẫu thuật

| Thời gian mổ (ngày) | N | Tỷ lệ |
|---------------------|----|-------|
| < 7 ngày | 11 | 52,3 |
| 8 -14 | 6 | 28,5 |
| 15 -21 | 4 | 19 |
| Tổng | 21 | 100 |

Mổ trước 7 ngày có 11 ca (52,3%), sau 15 ngày có 4 ca (19%).

3.5. Tổn thương phối hợp

Trong 21 trường hợp gãy ở cổ thì có 7 trường hợp có tổn thương phối hợp, đa phần là tổn thương gãy xương chi dưới. Trong đó gãy hở xương đùi có 03 ca, gãy hở cẳng chân có 1 ca, 03 chấn thương bụng kín (Vỡ gan, lách, ruột, bàng quang) mà phải theo dõi hay phẫu thuật kèm theo. Chúng tôi đợi thêm 5-7 ngày cho vết mổ tương đối ổn định, phẫu thuật ở cổ sẽ được tiến hành.

Trường hợp gãy ở cổ kết hợp gãy xương đùi thì ưu tiên mổ kết hợp xương đùi, nếu ở cổ có chỉ định thì mổ tiếp thì 2 những trường hợp này nặng, chúng tôi xử lý có kế hoạch để tránh tai biến.

3.6. Kết quả X-quang sau mổ

Kết quả X-quang sau mổ để đánh giá chất lượng nắn xương. Theo Matta (1996)

- Kết quả rất tốt khi nắn gần như hoàn chỉnh về giải phẫu
- Tốt khi phục hồi được khe khớp, tức là phục hồi được tương thích của khớp háng nhưng xương gãy còn di lệch xa 1-2 mm,
- Trung bình khi phục hồi tương đối tương thích khớp nhưng xương gãy còn di lệch 2-3 mm,
- Xấu khi không phục hồi tương thích khớp

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả nắn chỉnh sau mổ

| Kết quả | N | Tỷ lệ (%) |
|------------|----|-----------|
| Rất tốt | 7 | 33,3 |
| Tốt | 12 | 57,1 |
| Trung bình | 2 | 9,5 |
| Xấu | 0 | 0 |
| Tổng số | 21 | 100% |

Có 19/21 trường hợp kết quả X-quang rất tốt và tốt.

3.7. Kết quả cơ năng

Bảng 3.4: Đánh giá kết quả cơ năng

| Kết quả | N | Tỷ lệ (%) |
|------------|----|-----------|
| Rất tốt | 8 | 38,1 |
| Tốt | 8 | 38,1 |
| Trung bình | 3 | 14,2 |
| Xấu | 2 | 9,5 |
| Tổng số | 21 | 100% |

Dựa vào bảng đánh giá của Merle d'Aubigné, đánh giá cơ năng khớp háng theo rất tốt, tốt, trung bình và xấu.

Qua bảng trên ta thấy kết quả tốt và rất tốt chiếm 16 ca (76,2%), Trung bình 3 ca (14,2%), xấu 2 ca (9,5%).



3.8. Biến chứng sau mổ

Bảng 3.5: Biến chứng sau mổ

| Biến chứng | N | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|---|-----------|
| Liệt thần kinh tọa | 2 | 9,5% |
| Thuyên tắc phổi | 1 | 4,7% |
| Thoái hóa khớp háng | 1 | 4,7% |
| Hoại tử chỏm xương đùi | 1 | 4,7% |
| Tổng số | 5 | 23,7% |

- Tổn thương thần kinh tọa có 2 trường hợp. 01 trường hợp tử vong do bị thuyên tắc phổi trong lúc mổ, 01 trường hợp hoại tử chỏm xương đùi.

3.9. Thời điểm mổ và kết quả cơ năng lâm sàng

Bảng 3.6: Liên hệ giữa thời điểm mổ với kết quả cơ năng

| Thời gian | Tái khám | | | Tổng số |
|------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| | Rất tốt & Tốt | Trung bình | Xấu | |
| < 7 ngày | 10/11 | 1/11 | 0 | 11 (100%) 52,3% |
| 7-14 ngày | 4/6 | 1/6 | 1/6 | 6 (100%) 28,5% |
| 15-21 ngày | 2/4 | 1/4 | 1/4 | 4 (100%) 19% |
| Tổng số | 16 (76,1%) | 3 (14,2%) | 2 (9,5%) | 21 (100%) |

Kết quả cho thấy, mổ sớm trước 07 ngày có 11 ca. Trong đó có 10 ca cơ năng rất tốt và tốt (76%); mổ sau 14 ngày có 04 ca, rất tốt và tốt có 2 ca (50%).

3.10. Liên hệ giữa kết quả nắn chỉnh với kết quả cơ năng

Bảng 3.7: Liên hệ giữa kết quả nắn chỉnh và kết quả cơ năng

| Kết quả nắn chỉnh | Kết quả cơ năng | | | Tổng số |
|-------------------|-------------------|-----------------|--------------|--------------------|
| | Rất tốt & Tốt | Trung bình | Xấu | |
| Rất tốt | 6/7 | 1/7 | 0 | 7 (100%) 33,3% |
| Tốt | 9/12 | 2/12 | 1/12 | 12 (100%) 57,1% |
| Trung bình | 1/2 | 0 | 1/2 | 2 (100%) 9,5% |
| Xấu | 0 | 0 | 0 | 0 (100%) |
| Tổng số | 12 (57,1%) | 2 (9,5%) | 0 (%) | 21 (100%) |

Qua bảng kết quả trên, ta thấy có mối liên hệ chặt chẽ giữa kết quả nắn chỉnh với kết quả cơ năng lâm sàng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong tổng số 21 bệnh nhân gồm có 14 nam và 07 nữ. Tuổi nhỏ nhất là 21, lớn nhất là 65. Tuổi trung bình là 35. Tuổi lao động từ 20-60 có 18/20 chiếm 90%. TNLT có 15 trường hợp, TNLD có 05 và TNSH có 01. Phù hợp với điều kiện dân số Đồng Nai chủ yếu trong độ tuổi lao động, nam giới tham gia phương tiện giao thông nhiều.

4.2. Phân loại gãy theo AO

Gãy vách sau có 08 ca, chiếm 38%; đây là các trường hợp gãy vách sau đơn thuần. Chúng tôi không tính các trường hợp gãy vách sau có phối hợp với các loại gãy khác. Trên lâm sàng, chúng ta thấy gãy vách sau có thể phối hợp với tất cả các loại gãy khác, như gãy ngang và chữ T và nhất là gãy 2 trụ; cụ thể có 03 ca có gãy vách sau kèm theo với gãy gãy ngang và gãy chữ T. Biểu hiện thường thấy là trật khớp háng ra sau.

4.3. Di lệch ổ gãy

Di lệch các mảnh gãy ổ cối bao hàm ba loại, di lệch xa nhau và di lệch bậc thang và di lệch xoay của mảnh gãy. Trên các tư thế X-quang khác nhau, chúng tôi chọn di lệch nào lớn nhất để đo. Trong số liệu chúng tôi, đa số di lệch từ 01-20 mm, chiếm 80,8%. Còn di lệch xoay có 3/21 (14,2%) trường hợp. Độ di lệch lớn cũng như di lệch xoay gây khó khăn khi nắn chỉnh lúc mổ, tuy nhiên, nếu mổ sớm thì nắn các di lệch dù nhiều cũng không khó lắm; chỉ khi phải mổ muộn hơn 2 tuần thì mới thật sự khó khăn.

4.4. Thời điểm phẫu thuật

Các gãy ổ cối khi vào viện, chúng tôi chuẩn bị ngay các cận lâm sàng cần thiết để có thể mổ sớm, trên tinh thần mổ càng sớm càng dễ nắn, tiên lượng tốt. Mổ trước 7 ngày có 11 ca (52,3%).

4.5. Tổn thương phối hợp

Trong 21 trường hợp gãy ổ cối thì có 7 trường hợp có tổn thương phối hợp, đa phần là tổn thương gãy xương chi dưới. Trong đó gãy hở xương đùi có 03 ca, gãy hở cẳng chân có 1 ca, 03 chấn thương bụng kín (Vỡ gan, lách, ruột, bàng quang) mà phải theo dõi hay phẫu thuật

kèm theo. Chúng tôi đợi thêm 5-7 ngày cho vết mổ tương đối ổn định, phẫu thuật ổ cối sẽ được tiến hành,

Trường hợp gãy ổ cối kết hợp gãy xương đùi thì ưu tiên mổ kết hợp xương đùi, nếu ổ cối có chỉ định thì mổ tiếp thì 2 những trường hợp này nặng, chúng tôi xử lý có kế hoạch để tránh tai biến

4.6. Kết quả X-quang sau mổ

Có 19/21 trường hợp kết quả X-quang rất tốt và tốt. Kết quả nắn chỉnh tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: thời điểm phẫu thuật, độ di lệch xương gãy, kiểu gãy, tuổi bệnh nhân, và cả kinh nghiệm của nhóm phẫu thuật..

Nếu tính chung kết quả rất tốt và tốt, nắn chỉnh chúng tôi đạt 19/21 (90%), so Nguyễn Vĩnh Thống 88%, Nguyễn Tiến Sơn 90%, Fang-Yao 82% thì kết quả của chúng tôi cũng gần như của các tác giả. Cần nói rõ thêm, sự so sánh trên chỉ có tính tham khảo vì độ nặng của gãy xương ở các lô nghiên cứu rất khác nhau, ngoài ra kết quả đánh giá còn lệ thuộc tính chủ quan của người viết báo cáo.

4.7. Kết quả cơ năng

Qua bảng trên ta thấy kết quả tốt và rất tốt chiếm 16 ca (76,2%), Trung bình 3 ca (14,2%), xấu 2 ca (9,5%). Nếu tính chung kết quả rất tốt và tốt 76,2 % so với các tác giả khác Nguyễn Vĩnh Thống 64%, với Matta 78% và Fang-Yao 75% thì kết quả của chúng tôi chấp nhận được. Với chúng tôi tỉ lệ ca đơn giản nhiều hơn so với các tác giả khác vì là bệnh viện tuyến tỉnh. Tuy nhiên thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn khoảng 28,6 tháng. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 54 tháng.

4.8. Biến chứng sau mổ

Tổn thương thần kinh tọa có 2 trường hợp điều liệt ngay sau mổ do kéo trong quá trình phẫu thuật. Một trường hợp phục hồi hoàn toàn sau 1 năm, trường hợp còn lại sau 15 tháng vẫn không phục hồi.

01 trường hợp tử vong do bị thuyên tắc phổi trong lúc mổ bệnh nhân bị: gãy ổ cối – gãy ngành ngồi mu, chậu mu, gãy cột sống.

Trường hợp hoại tử chỏm xương đùi có thể yếu tố thuận lợi là gãy ổ cối kèm trật khớp háng. Tuy nhiên mẫu chúng tôi còn ít vì vậy cần nghiên cứu mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác tỉ lệ tai biến, biến chứng.

4.9. Thời điểm mổ và kết quả cơ năng lâm sàng

Kết quả cho thấy, mổ sớm trước 07 ngày có 11 ca.



Trong đó có 10 ca cơ năng rất tốt và tốt (76%); mổ sau 14 ngày có 04 ca, rất tốt và tốt có 2 ca (50%). Như thế, có thể kết luận mổ càng sớm thì kết quả cơ năng càng tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($P < 0,01$).

4.10. Liên hệ giữa kết quả nắn chỉnh với kết quả cơ năng

Qua bảng kết quả trên, ta thấy có mối liên hệ chặt chẽ giữa kết quả nắn chỉnh với kết quả cơ năng lâm sàng. Có nghĩa là nếu nắn càng tốt, càng gần với cấu trúc giải phẫu, thì kết quả cơ năng càng tốt.

5. KẾT LUẬN

Trong thời gian 5 năm từ 2015 đến 2020 có sự giúp đỡ của Bệnh viện Chợ Rẫy chúng tôi đã phẫu thuật được 21 ca gãy ổ cối với theo dõi 28,6 tháng kết quả thu được như sau:

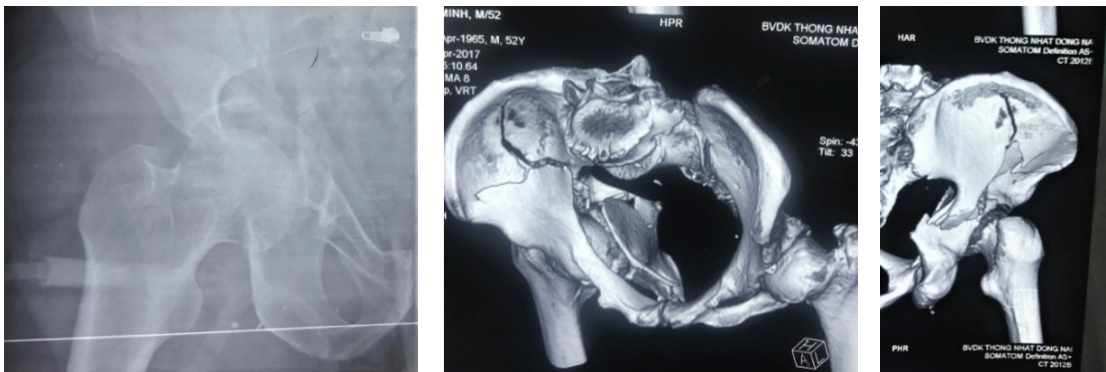
Kết quả tốt và rất tốt chiếm 16 ca (76,2%), TB 3 ca (14,2%), xấu 2 ca (9,5%). Có 2 trường hợp liệt thần kinh tọa sau mổ (1 ca phục hồi hoàn toàn sau 1 năm), 1 trường hợp tử vong trong lúc mổ do thuyên tắc phổi, 1 trường hợp vừa thoái hóa khớp háng vừa hoại tử chỏm xương đùi. Phẫu thuật càng sớm cho kết quả tốt hơn. Phẫu thuật ổ cối sớm với tổn thương sụn khớp tối thiểu, phối hợp với nắn chỉnh xác và tránh các biến chứng sẽ mang đến kết quả tốt. Có mối liên hệ hữu cơ giữa kết quả nắn chỉnh và kết quả cơ năng lâm sàng. Có nghĩa là nắn ổ cối càng hoàn chỉnh về giải phẫu, thì kết quả cơ năng đạt được càng tốt.

HÌNH ẢNH MINH HỌA

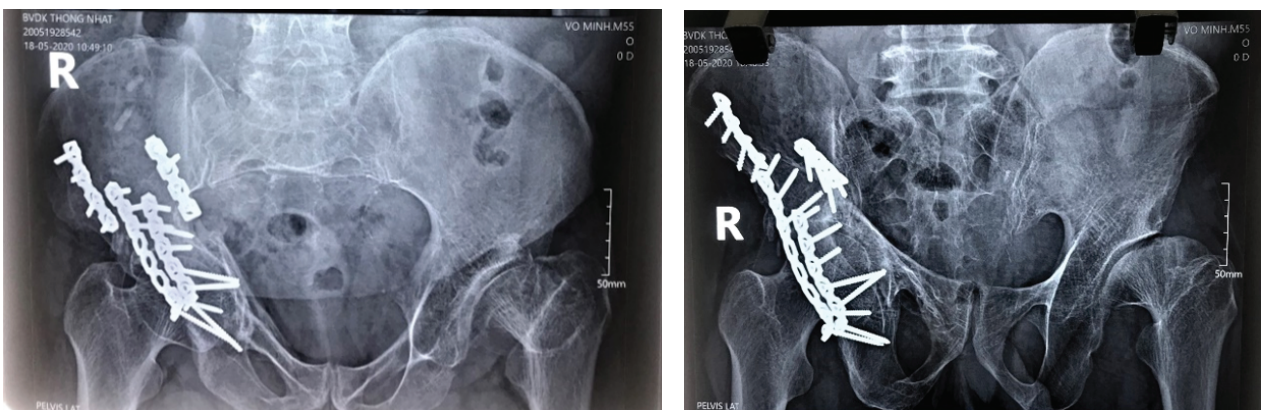
Bệnh nhân N.V.B, nam 49 tuổi

Chẩn đoán: Gãy bờ sau ổ cối, trật khớp háng trung tâm, gãy cánh chậu/ TNGT

X-Quang và CT trước mổ:



X-Quang sau mổ 36 tháng: Bệnh nhân vận động khớp háng tốt, không đau





TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Huỳnh Phiến, Những nhận xét bước đầu của các trường hợp chấn thương khung chậu vỡ ổ cối được cố định ổ gãy bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đà Nẵng. Trích Báo cáo khoa học Đại hội ngoại khoa Việt Nam lần thứ II 1999; Tập 2 : 72-76,1999.
- [2] Ngô Bảo Khang, Điều trị gãy ổ chảo xương chậu bằng phẫu thuật. Trích Báo cáo khoa học Đại học ngoại khoa Việt Nam lần thứ II 1999; Tập 2 : 68-71. 1999.
- [3] Nguyễn Vĩnh Thống, Kết quả điều trị gãy ổ cối di lệch bằng phẫu thuật, Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 12; số 2, 2008.
- [4] Judet, R Judet, J and Leoutnel, E. Fracture of the Acetabulum: Classification and surgical approaches for open reduction J. Bone Joint Surg 1964; 46A; 1615, 1964.
- [5] Tile M, Describing the injury: Classification of acetabular fracture. In: Tile Marvin. Fracture of the pelvis and acetabulum, third edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia USA, pp 427-475, 2003.
- [6] Matta JM, The goal of acetabular fracture surgery, J. Orthop. Trauma, Lippincott Williams & Wilkins, vol. 20(1), pp. S20-S29, 1996.

