Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy ổ cối tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Nguyễn Đức Vương, Trần Văn Quân, Nguyễn Phan Chương

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Địa chỉ liên hệ:
Nguyễn Đức Vương,
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Km5, Đại lộ Lê nin, xã Nghi Phú, Thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An
Điện thoại: 0966 767 888
Email: dr.ducvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/01/2024
Ngày chấp nhận đăng: 26/6/2024
Ngày xuất bản: 28/6/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Gãy ổ cối là một loại gãy phức tạp. Điều trị gãy ổ cối vẫn là một vấn đề rất khó và mới đối với phẫu thuật viên, do sự thiếu thốn về kinh nghiệm phẫu thuật cũng như phương tiện kỹ thuật nên gãy ổ cối chỉ được tiến hành ở những trung tâm phẫu thuật lớn với số lượng người bệnh khiêm tốn. Qua thời gian điều trị, theo dõi và chăm sóc người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu 31 người bệnh gãy ổ cối được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 01/2018 đến 01/2023.

Kết quả: Gãy ổ cối gặp nhiều nhất ở tuổi lao động (90,2%), chủ yếu do tai nạn giao thông (64,5%). Đánh giá kết quả sau phẫu thuật, tỷ lệ tốt và rất tốt theo thang điểm Charnley là 83,9%.

Kết luận: Điều trị phẫu thuật kết hợp xương ổ cối đem lại hiệu quả rõ rệt. Việc lựa chọn thời gian mổ, đường mổ thích hợp gãy sẽ đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

Từ khóa: phẫu thuật, gãy ổ cối, kết quả điều trị.

Evaluation of the results of osteosynthesis for treatment of acetabular fractures at Nghe An Friendship General Hospital

Nguyen Duc Vuong, Tran Van Quan, Nguyen Phan Chuong

Nghe An Friendship General Hospital

Abstract

Introduction: An acetabular fracture is a serious injury. The treatment of acetabular fractures is still challenging. Due to the lack of surgical experience and instruments, acetabular fractures are only performed

in large orthopaedic centers. After a period of treatment and patient care of these patients, we have conducted a study on this topic.

Materials and methods: Retrospective and prospective study of 31 patients who underwent surgical treatment for acetabular fractures at Nghe An Friendship General Hospital from January 2018 to January 2023.

Results: Acetabular fractures are most common occurred in working age (90.2%) and the main cause was traffic accidents (64.5%). According to the Charnley score, there were 83.9% good and excellent results.

Conclusion: The surgical treatment of the acetabular fractures brings significant results. The selection of surgery time and approach will bring the best results.

Keywords: surgical, acetabular fractures, treatment outcomes.

Đặt vấn đề

Gãy xương chậu là chấn thương nặng. Ở Việt Nam, theo thống kê của Ngô Bảo Khang (1995) gãy xương chậu chiếm từ 3-5% tổng số các gãy xương và theo Nguyễn Đức Phúc (2004) tỷ lệ này là 3% [1], [2]. Gãy ổ cối là một loại gãy phức tạp, trong chẩn đoán và điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Trước đây, điều trị gãy ổ cối chủ yếu là nắn, bó bột, kéo liên tục . Giải phẫu ổ cối là một không gian ba chiều, xung quanh có nhiều cơ, dây chằng bám nên ngay cả khi mổ để đặt lại xương cũng rất khó khăn [3]. Hơn nữa, ổ cối là một thành phần của khớp háng nên nếu ổ cối và chỏm xương đùi không tiếp khớp với nhau một cách thuận lợi sẽ dẫn đến biến chứng can lệch, thoái hóa khớp, đau khi đi lại, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt của người bệnh. Vì vậy có thể giải thích được tại sao điều trị bảo tồn gãy ổ cối thường thất bại (trừ một vài trường hợp gãy ổ cối không di lệch hoặc ít di lệch). Trong nhiều nghiên cứu về điều trị phẫu thuật gãy ổ cối, các tác giả nhận thấy rằng điều trị phẫu thuật gãy ổ cối cho kết quả tốt hơn điều trị bảo tồn tuy nhiên tỷ lệ tốt và khá của kết quả phẫu thuật chỉ đạt 60-80%, còn các biến chứng xa sau mổ như can xương thưa, thoái hóa khớp háng tăng lên theo thời gian [4], [5]. Trong những năm gần đây, nghiên cứu về gãy ổ cối vẫn được quan tâm nhiều đặc biệt là những nghiên cứu về cải tiến kỹ thuật mổ, chọn đường mổ hợp lý để hạn chế các biến chứng sau mổ, điều trị các biến chứng xa của gãy ổ cối như thay khớp háng cho những người bệnh bị thoái hóa khớp sau phẫu thuật..[6], [7]. Tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện HNĐK tỉnh Nghệ An đã tiến hành phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy ổ cối nhưng chưa có bài báo, nghiên cứu đánh giá. Để đánh giá một cách đầy đủ về tình hình điều trị gãy ổ cối bằng phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện HNĐK tỉnh Nghệ An, qua đó rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu chính: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh gãy ổ cối và Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy ổ cối tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 31 người bệnh gãy ổ cối do chấn thương được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại BVHNĐK Nghệ An từ tháng 01/2018 đến 1/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Những trường hợp trên 18 tuổi, được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật gãy ổ cối do chấn thương

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp X- quang các tư thế, CLVT trước và sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp mắc bệnh kèm theo không đảm bảo phẫu thuật (bệnh tim mạch, hô hấp,... quá nặng, không đảm bảo an toàn cho cuộc mổ)

Vùng da tổn thương đang bị nhiễm khuẩn

Gia đình và NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả, không đối chứng bao gồm hồi cứu và tiến cứu

Tìm hiểu các vấn đề về triệu chứng, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định, phương pháp điều trị và diễn biến sau phẫu thuật. (Tuổi; Giới tính; Cơ chế gãy ổ cối: lực tác động vào mấu chuyển lớn hay lực tác động vào gối khi gối gấp hay vào gót; Hoàn cảnh tại nạn; Thời điểm đến viện sau chấn thương; Thời gian từ khi chấn thương đến khi được mổ.

Nghiên cứu bệnh án, phim X-quang, CLVT có dựng hình 3D, dựa trên hình ảnh ở các lát cắt và dựng hình ổ cối, xếp loại hình thái gãy ổ cối theo các cột trụ dựa trên phân loại Judet-Letournel.

Đánh giá chức năng vận động khớp háng sau mổ theo bảng đánh giá của Charnley.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sẽ được nhập, xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê toán học trong y học với chương trình phần mềm IBM Statistics SPSS 26 và Excel 365.

Đạo đức trong nghiên cứu y học

Tất cả các người bệnh trong nghiên cứu đều được giải thích kỹ, đầy đủ về kỹ thuật phẫu thuật, quy trình phục hồi chức năng sau mổ, các khả năng diễn biến bệnh có thể xảy ra và người bệnh tự nguyện xin được làm theo kỹ thuật này. Các thông tin về người bệnh được giữ bí mật.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh

Tuổi

Tuổi trung bình 41,4 tuổi, trẻ nhất 18 tuổi, cao nhất 76 tuổi.

Các phương pháp điều trị trước phẫu thuật

Có 18 người bệnh được xử trí thì đầu nắn chỉnh sai khớp háng kéo liên tục qua lồi cầu đùi với mức tạ 1/6 trọng lượng cơ thể. 4 người bệnh (13%) được bất động bằng nẹp Orbe chống xoay và 9 người bệnh (29%) xử trí thì đầu bằng nắn chỉnh, bó bột đùi cẳng bàn chân chống xoay. Những người bệnh bất động bằng nẹp đều được xử lý ở tuyến dưới hoặc người bệnh đa chấn thương phải nằm ở các khoa tiêu hóa hoặc sọ não không có điều kiện kéo liên tục.

Phân loại ổ gãy theo hình thái ổ gãy

Thương tổn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gãy thành sau	10	32%
Gãy thành trước	1	3,2%
Gãy trụ sau	3	9,7%
Gãy ngang ổ cối	1	3,2%
Gãy 2 trụ trước và sau	4	13%
Gãy trụ sau và thành sau	5	16,3%
Gãy chữ T	2	6,4%
Gãy ngang và gãy thành sau	4	13%
Gãy ngang và gãy thành trước	1	3,2%
Tổng	31	100%

Gãy thành sau chiếm tỷ lệ cao nhất 32%, loại gãy này thường gây trật khớp háng ra sau. Trên lâm sàng có thể gặp gãy thành sau phối hợp với các loại gãy khác như gãy ngang, gãy chữ T, gãy hai cột trụ.

Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc được phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trong khoảng 7-10 ngày sau chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất 68%.

Điều trị

Đường mổ

Trong phẫu thuật điều trị gãy ổ cối, đường mổ là rất quan trọng để đánh giá và xử lý tối đa các thương tổn của ổ cối. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đường mổ Kocher-Langenbeck ở 16 trường hợp (51,6%), đường mổ chậu bẹn 11 trường hợp (35,5%), còn lại thực hiện đường mổ kết hợp (12,9%).

Phương pháp cố định

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng nẹp mắt xích và vít 3.5mm để cố định diện gãy ổ cối. Chỉ có 4 người bệnh (12,9%) sử dụng vít để cố định diện gãy. Đây là các trường hợp gãy thành sau ổ cối đơn giản.

Kết quả điều trị

Đánh giá mức độ vận động theo Charnley

Mức độ vận động của người bệnh sau mổ đánh giá theo thang điểm Charnley kết quả tốt và rất tốt chiếm 83,9%. Còn 1 trường hợp kết quả kém (3,2%) do gãy ổ cối rất nặng và có tổn thương phối hợp.

Đánh giá kết quả nắn chỉnh bằng chụp X-quang

Kết quả		Số NB	Tỷ lệ %
Rất tốt	<1mm	12	38,7
Tốt	1-2mm	15	48,4
Trung bình	3-5mm	3	9,7
Kém	>5mm	1	3,2
Tổng		31	100

Chúng tôi đánh giá mức độ di lệch sau mổ dựa trên X-quang ở tư thế thẳng, chéo chậu, chéo bịt. Theo kết quả nghiên cứu, mức độ di lệch dưới 3 mm chiếm 87,1%. Có 1 trường hợp (3,2%) nắn chỉnh không đạt kết quả (>5mm) do gãy 2 cột trụ nặng, thương tổn ổ cối lớn.

Biến chứng gần

Trong nghiên cứu, chúng tôi có 2 ca nhiễm trùng nông, được tỉa chỉ và đổi kháng sinh,thay băng hằng ngày thì vết mổ ổn định. Có 1 trường hợp rách TM chậu ngoài khi bóc tách đường trước,xử trí bằng khâu chỉ prolen 7/0, NB ổn định,tiếp tục cuộc mổ.

Biến chứng xa

Đến thời điểm tái khám, chúng tôi gặp các biến chứng muộn của vỡ ổ cối gồm thoái hoá khớp háng 5 NB (16,1%), cốt hoá lạc chỗ 2 NB (6,4%), không có NB nào lỏng phương tiện cố định.

Bàn luận

Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh

Tuổi

Với phẫu thuật gãy ổ cối, tuổi người bệnh có ý nghĩa tiên lượng sự thành công của cuộc mổ cũng như khả năng phục hồi chức năng sau mổ. Nhìn chung phẫu thuật gãy ổ cối có chỉ định cho hầu hết các trường hợp chẩn đoán xác định, trừ một số trường hợp như: toàn trạng người bệnh không cho phép diễn ra cuộc mổ, người bệnh tuổi cao có tổn thương kết hợp vùng cổ, chỏm xương đùi có nguy cơ tiêu chỏm, cổ xương đùi cao. Tuổi liên quan mật thiết đến tình trạng khớp háng cũng như nguy cơ thoái hóa khớp, chỏm xương đùi trước phẫu thuật [8]. Bởi vậy qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy đối với những người bệnh >50 tuổi khả năng phục hồi chức năng sau mổ là không cao.

Thời gian bị tai nạn đến khi phẫu thuật

Gần như các tác giả đều đồng ý rằng mổ sớm trong vòng 2 tuần sẽ dễ dàng hơn. Tối ưu là trong tuần đầu tiên nhập viện. Trong trường hợp người bệnh đa chấn thương, cố gắng ổn định tình trạng của người bệnh để mổ trong tuần thứ 2. Theo nghiên cứu của Ochs, thời điểm mổ trong vòng 7 ngày từ lúc nhập viện là 71,3%; 8-14 ngày là 21.4%, còn lại mổ sau 2 tuần [9]. Nghiên cứu của Giannoudis là 8,89±2,9 ngày. Tác giả Griffin nhận thấy rằng nếu phẫu thuật trì hoãn càng muộn thì cơ hội nắn chỉnh về giải phẫu sẽ giảm đi nhiều [10].

Trong nghiên cứu của Rommen và cộng sự [11], thời điểm phẫu thuật là 4 ngày, Hirvensalo [12] là 5 ngày kể từ khi nhập viện. Đây là thời điểm của tuần đầu tiên sau chấn thương và là thời gian lý tưởng.

Cũng như các gãy xương khác, những gãy xương được mổ sớm thì nắn chỉnh các di lệch dễ dàng hơn. Đặc biệt, gãy xương ổ cối là gãy xương xốp, quá trình liền xương thường nhanh hơn so với gãy xương cứng.

Chọn lựa đường mổ

Trong phẫu thuật điều trị vỡ ổ cối, đường mổ là rất quan trọng để đánh giá và xử lý tối đa các thương tổn của ổ cối.

Chọn đường mổ một đường được ưa chuộng hơn là đường mổ mở rộng hoặc mổ hai đường. Sử dụng kỹ thuật nắn gián tiếp sẽ lý tưởng hơn do thời gian phẫu thuật sẽ ngắn hơn, và hạn chế các tai biến như mất máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, cứng

khớp, và mọc xương bất thường. Tuy nhiên nếu gãy ổ cối phức tạp thì việc chọn đường mổ mở rộng hoặc sử dụng hai đường mổ là bắt buộc.

Trong nghiên cứu này với những tổn thương gãy trụ, thành trước chúng tôi mổ theo đường chậu bẹn, với gãy thành sau, trụ sau, gãy ngang, gãy ngang và thành sau chúng tôi sử dụng đường Kocher-Langenbeck. Đường mổ nãy bộc lộ khá rõ trụ, thành sau ổ cối, bóc tách phần mềm ít, tuy vậy đường mổ này bị hạn chế nếu đường gãy lan lên cao hoặc lan vào khuyết hông lớn, đường mổ này cùng dễ gây tổn thương thần kinh toạ. Để tránh tổn thương thần kinh chúng tôi cho người bệnh nằm co chân bên tổn thương 45^{o} làm chùng thần kinh, sau khi cắt khối cơ chậu hông mấu chuyển thì khâu treo và vén ra sau có tác dụng như một đệm bảo vệ thần kinh.

Phương tiện kết hợp xương

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả trường hợp đều sử dụng nẹp mắt xích và vít 3.5mm. Có 27 trường hợp là sử dụng nẹp và vít để cố đinh xương gãy, có 4 trường hợp chỉ cần dùng vít để cố định ổ gãy xương; đó là các trường hợp người bệnh gãy thành sau ổ cối đơn thuần và mảnh vỡ kích thước nhỏ. Sau khi bắt vít, vận động khớp háng các tư thế đánh giá ổ cối vững, chỏm xương đùi không trật lên trên và ra sau. Tuy nhiên trước khi bắt vít, chúng tôi thường sử dụng kim Kirschner cố định mảnh gãy trước, đúng vị trí giải phẫu rồi mới khoan để bắt vít, tránh trường hợp khoan nhiều lần làm mảnh xương gãy thành nhiều mảnh nhỏ dẫn đến khó khăn trong việc phục hồi giải phẫu khớp háng.

Kết quả phẫu thuật

Chúng tôi đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy dựa trên phim chụp X-quang các tư thế sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tốt và rất tốt chiếm 87,1%. 3,2% có kết quả nắn chỉnh kém.

Kết luận

Gãy ổ cối gặp nhiều nhất ở tuổi lao động với tần suất 90,2% và nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm 64,5%. Loại hình thái gãy chiếm tỷ lệ cao nhất là gãy thành sau chiếm 32%. Tỷ lệ tốt và rất tốt theo thang điểm Charnley là 83,9%. Đánh giá kết quả dựa trên phim chụp X-quang sau mổ các tư thế: mức độ di lệch dưới 3mm có 27 trường hợp (87,1%). Gãy ổ cối là một loại gãy xương phức tạp, gặp nhiều khó khăn trong công tác điều trị. Điều trị gãy ổ cối bằng phẫu thuật kết hợp xương đem lại kết quả tốt và giúp phục hồi trở lại chức năng cuộc sống cũng như công việc rất tốt cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Ngô Bảo Khang (1999), "Điều trị gãy ổ chảo xương chậu bằng phẫu thuật", Đại hội ngoại khoa Việt Nam lần thứ II. 2, p. 68- 71.
2. Nguyễn Văn Thạch, Đoàn Việt Quân, and Nguyễn Tiến Sơn (2006), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy ổ cối tại Bệnh viện Việt Đức từ 2002 - 2006", Tạp chí Ngoại khoa. 5, p. 49-58.
3. Wang H., et al. (2019), "Learning Acetabular Fracture Classification using a Three-Dimensional Interactive Software: A Randomized Controlled Trial", Anat Sci Educ. 12(6), p. 655-663.
4. Ziran N., Soles G. L. S., and Matta J. M. (2019), "Outcomes after surgical treatment of acetabular fractures: a review", Patient Saf Surg. 13, p. 16.
5. Shaath M. K., et al. (2020), "Clinical Results of Acetabular Fracture Fixation Using a Focal Kocher-Langenbeck Approach Without a Specialty Traction Table", J Orthop Trauma. 34(6), p. 316-320.
6. Stibolt R. D., Jr., et al. (2018), "Total hip arthroplasty for posttraumatic osteoarthritis following acetabular fracture: A systematic review of characteristics, outcomes, and complications", Chin J Traumatol. 21(3), p. 176-181.
7. Pease F., et al. (2019), "Posterior wall acetabular fracture fixation: A mechanical analysis of fixation methods", J Orthop Surg (Hong Kong). 27(3), p. 2309499019859838.
8. Kelly J., Ladurner A., and Rickman M. (2020), "Surgical management of acetabular fractures - A contemporary literature review", Injury. 51(10), p. 2267-2277.
9. Ochs B. G., et al. (2010), "Changes in the treatment of acetabular fractures over 15 years: Analysis of 1266

cases treated by the German Pelvic Multicentre Study Group (DAO/DGU)", Injury. 41(8), p. 839-51.

10. Griffin D. B., Beaule P. E., and Matta J. M. (2005), "Safety and efficacy of the extended iliofemoral approach in the treatment of complex fractures of the acetabulum", J Bone Joint Surg Br. 87(10), p. 1391-6.
11. Rommens P. M., et al. (2011), "Traumatic damage to the cartilage influences outcome of anatomically reduced acetabular fractures: a medium-term retrospective analysis", Injury. 42(10), p. 1043-8.
12. Hirvensalo E., Lindahl J., and Kiljunen V. (2007), "Modified and new approaches for pelvic and acetabular surgery", Injury. 38(4), p. 431-41.