

BPTNMT tại cộng đồng, đặc biệt ở người lớn tuổi và có tiền sử hút thuốc, nhằm giảm tiến triển bệnh và nguy cơ nhập viện. Nên xem xét bạch cầu ái toan như một dấu ấn sinh học hỗ trợ đánh giá nguy cơ và cá thể hóa điều trị. Đồng thời, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ vai trò của chỉ số này trong tiên lượng và kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh BPTNMT điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An chủ yếu là nam giới lớn tuổi với tỷ lệ hút thuốc lá cao. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm ho, khạc đàm và khó thở, trong đó phần lớn người bệnh thuộc nhóm bệnh nặng theo phân loại GOLD. Tỷ lệ người bệnh có bạch cầu ái toan ≥ 300 tế bào/ μL tương đối cao, trong khi hình ảnh khí phế thũng trên X-quang phổi ít gặp. Phác đồ điều trị chủ yếu sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin phối hợp với hiệu quả điều trị tốt và tỷ lệ tác dụng phụ thấp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bạch cầu ái toan có liên quan đến kết quả điều trị, đặc biệt là nguy cơ tái nhập viện ở người bệnh BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Disease GfCOL.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GOLD; 2024.
2. **Organization WH.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): World Health Organization; 2023. Available

from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

3. **Adeloye D, Chua S, Lee C, et al.** Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health.* 2022;12:04074. doi: 10.7189/jogh.12.04074.
4. **Bafadhel M, Peterson S, De Blas MA, et al.** Predictors of exacerbation risk and response to budesonide in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a post-hoc analysis of three randomised trials. *The Lancet Respiratory Medicine.* 2018;6(2):117-126. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30006-7.
5. **Pascoe S, Locantore N, Dransfield MT, et al.** Blood eosinophil counts, exacerbations, and response to the addition of inhaled fluticasone furoate to vilanterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a secondary analysis of data from two parallel randomised controlled trials. *Lancet Respir Med.* 2015 Jun;3(6):435-42. doi: 10.1016/s2213-2600(15)00106-x. PubMed PMID: 25878028; eng.
6. **Chen F, Yang M, Wang H, et al.** High blood eosinophils predict the risk of COPD exacerbation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2024;19(10):e0302318. doi: 10.1371/journal.pone.0302318.
7. **Zhang Y, Chen X, Li J, et al.** Prognostic value of blood eosinophil level in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* 2023;18:2315-2324. doi: 10.2147/copd.S417123.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY THÀNH SAU Ổ CỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Đạt^{1,2}, Đặng Trung Kiên¹, Lê Mạnh Sơn¹,
Đoàn Lê Vinh¹, Phạm Thu Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gây thành sau ổ cối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu – cắt ngang trên 36 bệnh nhân gây thành sau ổ cối được phẫu thuật ORIF từ 01/2023–06/2025. Đánh giá kết quả dựa trên thang điểm Harris Hip Score (HHS), Merle d'Aubigné cải tiến, và chất lượng nắn chỉnh (Matta).

Kết quả: Tuổi trung bình bệnh nhân $38,9 \pm 13,2$, nam

giới chiếm 80,6%. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông (83,3%). Trật khớp háng kèm theo 66,7%, mảnh xương vụn 19,4%, liệt thần kinh tọa 8,3%. Thời gian chờ mổ trung bình $3,83 \pm 1,46$ ngày. Phương tiện cố định phổ biến nhất là 2 nẹp song song (50%). Kết quả nắn chỉnh sau mổ: 77,8% giải phẫu, 22,2% chấp nhận. HHS trung bình $84,4 \pm 5,3$ (75% tốt, 19,4% rất tốt, 5,6% trung bình). Điểm Merle d'Aubigné trung bình $16,2 \pm 1,2$ (72,2% tốt, 22,2% rất tốt, 5,6% trung bình). Biến chứng: hoại tử chỏm và thoái hóa khớp 5,6%, tổn thương thần kinh 2,8%, không có nhiễm trùng sâu hoặc cốt hóa lạc chỗ. Yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê duy nhất là hoại tử chỏm xương đùi ($p < 0,05$).

Kết luận: Phẫu thuật kết hợp xương gây thành sau ổ cối tại Bệnh viện Việt Đức đạt kết quả chức năng tốt và rất tốt trong đa số trường hợp, với tỷ lệ biến chứng thấp. Chất lượng nắn chỉnh giải phẫu và dự phòng hoại tử chỏm là yếu tố quyết định kết quả lâu dài.

Từ khóa: Gãy ổ cối, gây thành sau, ORIF, Harris Hip Score, Merle d'Aubigné.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đạt

Email: nguyenvandat@hmu.edu.vn

Mã bài: N495

Ngày nhận bài: 8/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 8/5/2026

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF POSTERIOR WALL ACETABULAR FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of open reduction and internal fixation (ORIF) for posterior wall acetabular fractures at Viet Duc University Hospital and to analyze factors influencing clinical results.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 36 patients with posterior wall acetabular fractures who underwent ORIF between January 2023 and June 2025. Outcomes were assessed using the Harris Hip Score (HHS), the modified Merle d'Aubigné score, and the quality of reduction according to Matta's criteria.

Results: The mean age of the patients was 38.9 ± 13.2 years, with males accounting for 80.6%. Road traffic accidents were the main cause of injury (83.3%). Associated injuries included hip dislocation (66.7%), comminuted bone fragments (19.4%), and sciatic nerve palsy (8.3%). The mean time from injury to surgery was 3.83 ± 1.46 days. The most common fixation method was dual parallel plates (50%). Postoperative reduction was anatomical in 77.8% of cases and acceptable in 22.2%. The mean HHS was 84.4 ± 5.3 , with 75% of patients achieving good results, 19.4% excellent, and 5.6% fair outcomes. The mean modified Merle d'Aubigné score was 16.2 ± 1.2 , with 72.2% good, 22.2% excellent, and 5.6% fair results. Complications included avascular necrosis and osteoarthritis in 5.6% of cases each, and sciatic nerve injury in 2.8%; no cases of deep infection or heterotopic ossification were observed. The only statistically significant prognostic factor was femoral head necrosis ($p < 0.05$).

Conclusion: ORIF for posterior wall acetabular fractures at Viet Duc University Hospital provided good to excellent functional outcomes in most patients, with a low complication rate. Anatomical reduction and the prevention of femoral head necrosis are key determinants of long-term outcomes.

Keywords: Acetabular fracture; posterior wall; ORIF; Harris Hip Score; Merle d'Aubigné.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thành sau ổ cối là dạng gãy phổ biến, chiếm 25–33% các trường hợp gãy ổ cối. Chấn thương này thường gặp ở người trẻ do tai nạn giao thông năng lượng cao, dễ đi kèm trật khớp háng và gãy mất vững khớp. Điều trị phẫu thuật nhằm mục tiêu nắn chỉnh giải phẫu, phục hồi vững chắc và chức năng, ngăn ngừa biến chứng. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn là thách thức lớn do giải phẫu phức tạp và nguy cơ biến chứng. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu nhấn mạnh chất lượng nắn chỉnh là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất. Ở Việt Nam, số liệu nghiên cứu hệ thống về loại gãy này còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán gãy thành sau ổ cối và được điều trị phẫu thuật mở nắn và kết hợp xương nẹp vít (ORIF) tại Khoa Phẫu thuật Chấn thương chung – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.

2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi ≥ 18 .
- Chẩn đoán xác định gãy thành sau ổ cối dựa trên lâm sàng và hình ảnh học (X-quang, CT dựng hình).
- Được phẫu thuật ORIF trong vòng ≤ 3 tuần sau chấn thương.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ: thông tin nhân khẩu, phim X-quang/CT trước và sau mổ.
- Có tái khám ≥ 6 tháng, được đánh giá đầy đủ bằng lâm sàng và hình ảnh.

2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Các loại gãy ổ cối phức tạp (gãy trụ trước, trụ sau, hai trụ, chữ T...).
- Có bệnh lý khớp háng trước đó: thoái hóa nặng, hoại tử chỏm xương đùi.
- Bệnh nhân không hợp tác theo dõi hoặc mất hồ sơ.
- Trường hợp đã được mổ lần đầu tại cơ sở y tế khác.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp mô tả cắt ngang, phân tích kết quả phẫu thuật và các yếu tố liên quan.

2.4 Cỡ mẫu

Chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu thực tế thỏa mãn tiêu chuẩn là 36 bệnh nhân ($n=36$).

2.5 Các biến số nghiên cứu

Thang điểm Harris Hip Score (HHS), thang điểm Merle d'Aubigné cải tiến, chất lượng nắn chỉnh theo Matta, biến chứng muộn: hoại tử chỏm, thoái hóa khớp, cốt hóa lạc chỗ, tổn thương thần kinh, nhiễm trùng. Đặc điểm nhân khẩu, đặc điểm tổn thương: bên tổn thương, kích thước và số lượng mảnh gãy, lún sụn, kèm trật khớp háng. Thời gian từ chấn thương đến mổ, thời gian nắn trật háng (<6 giờ hay muộn hơn), kết quả nắn chỉnh, liệt thần kinh tọa trước mổ, tổn thương phối hợp khác.

Thang điểm Harris Hip Score (HHS): Đánh giá toàn diện chức năng khớp háng sau điều trị (phẫu thuật, thay khớp, ORIF...)

Tổng điểm: 100 điểm, gồm 4 nhóm:

Nhóm	Nội dung đánh giá	Điểm tối đa
Đau (Pain)	Mức độ đau khi vận động và nghỉ	44
Chức năng (Function)	Đi lại, lên xuống cầu thang...	47
Biến dạng (Deformity)	Chiều dài chi, vận động khớp	4
Biên độ vận động (ROM)	Tầm vận động khớp háng	5
Tổng cộng		100

Xếp loại kết quả:

Điểm HHS	Đánh giá
90 – 100	Rất tốt (Excellent)
80 – 89	Tốt (Good)
70 – 79	Trung bình (Fair)
< 70	Kém (Poor)

2.6. Phân tích số liệu:

Thống kê mô tả, Chi-square, Fisher's Exact, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

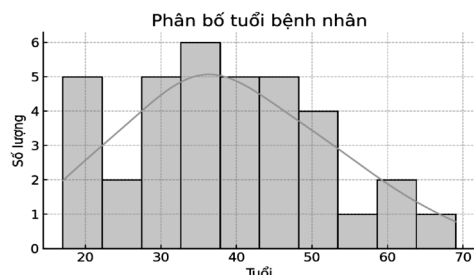
2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, đảm bảo tính khách quan, trung thực.

III. KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung:

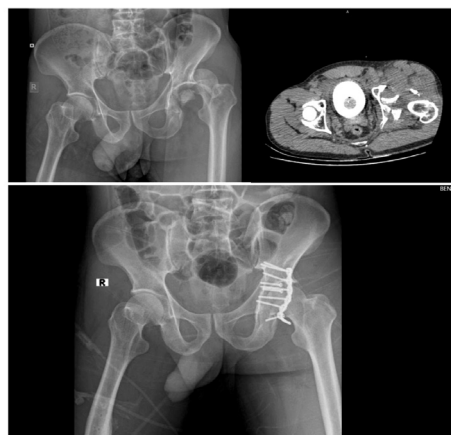
Tuổi trung bình $38,9 \pm 13,2$ (17–69); nam 80,6%. Nguyên nhân: tai nạn giao thông 83,3%. Tổn thương kèm theo: trật háng 66,7%, mảnh xương vụn 19,4%, liệt thần kinh tọa 8,3%



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân gãy thành sau ổ cối theo độ tuổi (n=36)

Nhận xét: Phân bố tuổi và giới trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các công trình quốc tế cũng như các báo cáo trong nước. Đặc điểm chung là: Độ tuổi trung bình ~40 [1], chủ yếu là lao động trẻ, nhấn mạnh yếu tố chấn thương năng lượng cao. Nam giới chiếm đa số (~80%) [2], phù hợp với nguy cơ tham gia giao thông và lao động nặng cao hơn nữ. Tỷ lệ trật khớp phối hợp trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,7%. Con số này phù hợp với các báo cáo quốc tế rằng. Kết hợp trật khớp có thể làm tăng nguy cơ tổn thương sụn, khó nắn chỉnh và biến chứng về lâu dài [3].

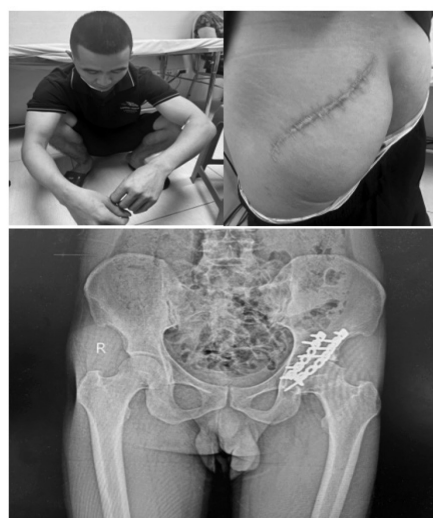
3.2 Điều trị: Thời gian chờ mổ trung bình 3,83 ngày. Phương tiện: 2 nẹp song song 50%, vít + nẹp 33,3%, 1 nẹp 16,7%. Nắn chỉnh: 77,8% đạt giải phẫu, 22,2% đạt mức chấp nhận, không có trường hợp nắn chỉnh không đạt.



Hình 2: Gãy thành sau ổ cối kèm trật khớp háng ra sau, lên trên, có mảnh xương rời trên CT và hình ảnh vít+ nẹp sau mổ (BN Vy Văn A, Nam, 38 tuổi- Nguồn tác giả)

Nhận xét: So với các nghiên cứu trên thế giới [4], nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân có thời gian chờ mổ trung bình chỉ $3,83 \pm 1,46$ ngày, dài nhất là 6 ngày. Đây là một điểm thuận lợi lớn giúp giảm nguy cơ co rút mô mềm và dễ nắn chỉnh giải phẫu khi mổ. Điều này có thể góp phần giúp kết quả nắn chỉnh tốt và đạt chức năng cao. Tỷ lệ sử dụng 2 nẹp song song nhiều nhất cho thấy phẫu thuật viên ưu tiên về tăng độ vững của thành sau vì đây là vị trí chịu lực [5] và có khả năng di lệch cao, từ đó có thể giúp bệnh nhân tập luyện sớm sau mổ. Đặc biệt với các trường hợp gãy thành sau lớn, có kèm theo mảnh rời.

3.3 Chức năng: HHS trung bình $84,4 \pm 5,3$ (tốt 75%, rất tốt 19,4%, trung bình 5,6%). Merle d'Aubigné $16,2 \pm 1,2$ (tốt 72,2%, rất tốt 22,2%, trung bình 5,6%).



Hình 3: BN Trần Bá C, Nam, 35 tuổi, sau mổ kết hợp xương thành sau ổ cối 2 năm, điểm HHS 82 (tốt), điểm Merle 16 (tốt), không có cốt hóa lạc chỗ (Nguồn Tác giả)

Biến chứng: hoại tử chỏm & thoái hóa 5,6%, tổn thương thần kinh 2,8%, không ghi nhận nhiễm trùng hay cốt hóa lạc chỗ. Tỷ lệ AVN và thoái hóa của nghiên cứu ở mức thấp— trung bình so với y văn [6]; không có HO và nhiễm trùng sâu là điểm mạnh nổi bật. Hai yếu tố có thể góp phần: Thời gian phẫu thuật sớm (trung bình ~3,8 ngày) giúp thuận lợi nắn chỉnh, hạn chế co rút mô mềm và dính sẹo. Chất lượng nắn chỉnh và cấu hình cổ định vững (tăng vững bằng 2 nẹp/vít+nẹp khi gây phức tạp) giúp giảm di lệch thứ phát và biến chứng muộn.

3.5 Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị (N= 36)

Yếu tố	Nhóm	HHS ≥80 (n)	HHS <80 (n)	p-value	Kiểm định
Hoại tử chỏm xương đùi	Có	0	2	0.0016	Fisher's Exact
	Không	34	0		
Trật khớp háng trước mổ	Có	24	0	0.105	Fisher's Exact
	Không	10	2		
Thời gian chờ mổ	Ngắn (≤median)	21	2	0.525	Fisher's Exact
	Dài (>median)	13	0		
Phương tiện cố định xương	1 nẹp	6	0	0.767	Fisher's Exact
	2 nẹp	17	1		
	Vít + nẹp	11	1		

Nhận xét: Chất lượng nắn giải phẫu là biến dự báo mạnh nhất cho phục hồi chức năng (HHS/Merle) sau gãy thành sau ổ cối; kết quả phù hợp xu thế này [7]. AVN/thoái hóa vẫn là biến chứng chi phối kết cục dài hạn; giữ thời gian can thiệp sớm, giải ép–nắn sớm trật háng, và cố định đủ vững là chiến lược then chốt [8] 47.9 years; 28 males and 5 females.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thành sau ổ cối bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả chức năng tốt đến rất tốt trong đa số trường hợp, với tỷ lệ biến chứng thấp. Chất lượng nắn chỉnh giải phẫu và dự phòng hoại tử chỏm là yếu tố quyết định đến kết cục lâu dài.

V. KIẾN NGHỊ

Cần chẩn đoán sớm, phẫu thuật trong thời gian vàng. Ưu tiên cấu hình cổ định vững (2 nẹp hoặc vít + nẹp). Theo dõi dài hạn để phát hiện sớm biến chứng. Cần nghiên cứu tiến cứu, cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và ứng dụng công nghệ mới như in 3D, nẹp cá thể hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kreder H.J., Rozen N., Borkhoff C.M. và cộng sự. (2006). Determinants of functional outcome after simple and complex acetabular fractures involving the posterior wall. J Bone Joint Surg Br, 88(6), 776–782.
- Khoshbin A., Hoit G., Henry P.D.G. và cộng sự. (2021). Risk of Total Hip Arthroplasty After Acetabular Fracture Fixation: The Importance of Age. The Journal of Arthroplasty, 36(9), 3194–3199.e1.
- Ray (2024). Posterior Wall Acetabular Fractures: Current Concepts Review. AOA, <<https://aoa.org/2024/08/22/posterior-wall-acetabular-fractures-current-concepts-review/>>, accessed: 30/09/2025.
- Dissaneewate K., Khongkanin T., và Jarayabhand R. (2024). Delayed Fixation of Acetabular Fractures Affects Functional Outcomes and Health-Related Quality of Life, Not Just Quality of Reduction. Indian J Orthop, 58(6), 722–731.
- Li H., Yang H., Wang D. và cộng sự. (2014). Fractures of the posterior wall of the acetabulum: Treatment using internal fixation of two parallel reconstruction plates. Injury, 45(4), 709–714.
- Ziran N., Soles G.L.S., và Matta J.M. (2019). Outcomes after surgical treatment of acetabular fractures: a review. Patient Saf Surg, 13, 16.
- Magu N.K., Gogna P., Singh A. và cộng sự. (2014). Long term results after surgical management of posterior wall acetabular fractures. J Orthop Traumatol, 15(3), 173–179.
- Kim H.T., Ahn J.-M., Hur J.-O. và cộng sự. (2011). Reconstruction of Acetabular Posterior Wall Fractures. Clin Orthop Surg, 3(2), 114–120.