

lớn, sẹo nơi cho và nhận ở mức tối thiểu, không có trường hợp nào tái phát khi theo dõi xa, các phụ huynh đều hài lòng với kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt thường xuất hiện ngay sau sinh, không có tính chất gia đình, đặc điểm nhận dạng thường gặp: màu đen, hình bầu dục, có lông trên bề mặt, gồ lên mặt da. Phương pháp ghép da dày toàn bộ là phương pháp kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, kết quả điều trị gần cũng như theo dõi xa cho thấy đây là kỹ thuật hiệu quả cao, ít biến chứng, là một lựa chọn tốt cho các phẫu thuật viên khi điều trị các khối nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vourc'h-Jourdain M, Martin L, Barbarot S, aRED.** Large congenital melanocytic nevi: therapeutic management and melanoma risk: a systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(3):493-498.e1-14. doi:10.1016/j.jaad.2012.09.039
2. **Kim DH, Byun IH, Lew DH, Lee WJ.** Skin-Fat Composite Grafts after Excisions of Medium Sized Congenital Melanocytic Nevi in Children. *Arch Aesthetic Plast Surg.* 2015;21(2):59-64. doi:10.14730/aaps.2015.21.2.59
3. **Koot HM, de Waard-van der Spek F, Peer CD, Mulder PG, Oranje AP.** Psychosocial sequelae in 29 children with giant congenital melanocytic naevi. *Clin Exp Dermatol.* 2000;25(8):589-593. doi:10.1046/j.1365-2230.2000.00712.x
4. **Masnari O, Landolt MA, Roessler J, et al.** Self- and parent-perceived stigmatisation in children and adolescents with congenital or acquired facial differences. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* 2012;65(12):1664-1670. doi:10.1016/j.bjps.2012.06.004
5. **Stefanaki C, Soura E, Stergiopoulou A, et al.** Clinical and dermoscopic characteristics of congenital melanocytic naevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(10):1674-1680. doi:10.1111/jdv.14988
6. **Hale EK, Stein J, Ben-Porat L, et al.** Association of melanoma and neurocutaneous melanocytosis with large congenital melanocytic naevi--results from the NYU-LCMN registry. *Br J Dermatol.* 2005;152(3):512-517. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.06316.x
7. **Gur E, Zuker RM.** Complex facial nevi: a surgical algorithm. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(1):25-35. doi:10.1097/00006534-200007000-00005
8. **Leshem D, Gur E, Meilik B, Zuker RM.** Treatment of congenital facial nevi. *J Craniofac Surg.* 2005;16(5):897-903. doi:10.1097/01.scs.0000179756.59778.9b

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH PFNA KHÔNG DÙNG BÀN CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn¹, Phan Ngọc Tuấn¹,
Nguyễn Bảo Lục¹, Võ Toàn Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA không sử dụng bàn chỉnh hình tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 28 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh PFNA. **Kết quả:** đa số bệnh nhân là nữ ở độ tuổi trên 60, thường do tai nạn sinh hoạt, thời gian theo dõi ít nhất 3 tháng dài nhất là 6 tháng, đánh giá bằng thang điểm Harris khả quan: tốt và rất tốt đạt 90,4 ± 4,3, lượng máu mất trung bình 324,4 ± 145,7, BN có thể tập đi lại có sử dụng khung hỗ trợ sau 5 - 10 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy LMCXĐ bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng không

dùng bàn chỉnh hình cũng có nhiều ưu điểm tương đương so với tư thế nằm ngửa dùng bàn chỉnh hình.

Từ khóa: gãy liên mấu chuyển xương đùi, đinh PFNA, bàn chỉnh hình

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL NAIL ANTIROTATION IN INTERTROCHANTERIC FRACTURE WITHOUT AN ORTHOPEDIC SURGICAL TABLE AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: to evaluate the results of treatment of proximal femoral nail anti-rotation (PFNA) in intertrochanteric fracture without an orthopedic surgical table at Thong Nhat Hospital. **Subjects and methods:** a retrospective, descriptive, non-randomized study was conducted on 28 patients who has intertrochanteric fracture treatment with PFNA. **Results:** the majority of patients are females aged above 60 years old, often due to a life-related accident, the follow-up period is at least 3 months, and the longest is 6 months, assessed by the Harris scale as positive: good and very good, reaching 90.4.

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Trường St Mark, MA

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Lục
Email: baoluc2210@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

± 4.3 , average blood loss 324.4 ± 145.7 , and patients can walk with a support frame after 5-10 days. **Conclusion:** intertrochanteric fracture surgery with PFNA in the lateral decubitus position without using an orthopedic table also has many similar advantages compared to the supine position using an orthopedic table. **Keywords:** intertrochanteric fracture, proximal femoral nailing anti-rotation (PFNA), orthopedic surgical table.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mẫu chuyển xương đùi (LMCXĐ) là dạng gãy xương thường gặp trong chấn thương vùng háng, chủ yếu xảy ra ở những người trên 60 tuổi. Dân số già tăng lên thì tỷ lệ gãy LMCXĐ tăng lên theo từng năm [1]. Đối với người cao tuổi, tình trạng loãng xương và nguy cơ té ngã luôn là yếu tố nguy cơ gia tăng số lượng bệnh nhân (BN) gãy LMCXĐ [2]. Theo tổ chức loãng xương thế giới (IOF) ước tính tỷ lệ gãy xương ở vùng khớp háng sẽ tăng lên đến 6,3 triệu ca vào năm 2050 [2]. Đặc biệt là phụ nữ cao tuổi có loãng xương, gãy xương do té ngã là nguyên nhân chính gây ra gãy LMCXĐ [2]. Do ưu điểm phục hồi chức năng và chức năng vận động sớm nên điều trị phẫu thuật là ưu tiên hàng đầu điều trị gãy LMCXĐ. Điều trị phẫu thuật gồm cố định nội tuỷ và cố định ngoài tuỷ. So với cố định ngoài tuỷ, cố định nội tuỷ có nhiều ưu điểm hơn [3]. Có báo cáo cho rằng cố định nội tuỷ tốn ít thời gian phẫu thuật hơn và ít mất máu hơn [4]; Cùng với quan điểm cơ sinh học, việc cố định nội tuỷ có thể phân chia đồng đều tải trọng phân bố một cách hiệu quả qua đường gãy, đồng thời cũng giảm nguy cơ xẹp cổ xương đùi khi sử dụng đinh – vít qua cổ xương đùi có thể chịu lực tốt hơn vùng xương vỏ quanh cổ [5]. Hiện nay phẫu thuật gãy LMCXĐ bằng đinh nội tuỷ chống xoay PFNA ngày càng phổ biến, nhờ thiết kế lưỡi xoắn ốc của đinh PFNA không chỉ có thể nén xương xốp để tránh mất xương mà còn tăng diện tích tiếp xúc với xương dẫn đến tăng cường tính ổn định và hiệu suất chống xoay [5].

Phẫu thuật gãy LMCXĐ bằng đinh PFNA có thể mang lại rất nhiều lợi điểm cho BN, tuy nhiên kiến thức và kinh nghiệm về kỹ thuật đóng đinh cũng là yếu tố bắt buộc. Rohilla và cộng sự báo cáo 41 BN gãy thân xương đùi được đóng đinh nội tuỷ tư thế nằm nghiêng không sử dụng bàn chỉnh hình và màn hình tăng sáng cho kết quả giải pháp này đáng tin cậy và an toàn [6]. Kim và cộng sự đã nhận xét rằng đóng đinh kín nội tuỷ xương đùi trên BN tư thế nằm nghiêng có màn hình tăng sáng mang lại kết quả an toàn và giảm nguy cơ biến chứng thấp hơn so với sử dụng bàn chỉnh hình [7]. Li Xue và cộng sự nhận

xét tư thế tiếp cận nằm nghiêng là kỹ thuật đơn giản và thuận tiện để điều trị gãy LMCXĐ ở BN cao tuổi [4]. Bên cạnh thực tế hiện nay một số cơ sở y tế vẫn chưa có bàn chỉnh hình. Chúng tôi đã thực hiện các ca phẫu thuật gãy LMCXĐ bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng trong thời gian từ năm 2021 cho đến nay và đã mang lại nhiều giá trị tích cực cho BN. Chính vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị gãy LMCXĐ bằng đinh PFNA không sử dụng bàn chỉnh hình tại Bệnh viện Thống Nhất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy LMCXĐ và điều trị phẫu thuật đóng đinh PFNA tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 3 năm 2023.

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán trên lâm sàng và X - quang có gãy LMCXĐ.
- Được phẫu thuật đóng đinh PFNA.
- Gãy LMCXĐ đơn thuần không kèm gãy cổ hay thân xương đùi cùng bên.
- Tình trạng vận động trước khi gãy BN còn đi lại được.
- Ý thức được và tiếp xúc tốt.
- Thời gian theo dõi ít nhất 6 tháng.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không hợp tác nghiên cứu.
- Đa chấn thương, gãy đa xương, gãy xương bệnh lý.
- Có nhiễm trùng cấp tính vùng gãy xương hoặc bất kì vị trí nào khác.
- Có can thiệp phẫu thuật vùng LMCXĐ trước đó.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang không đối chứng.

Thu thập thông tin: trực tiếp khám bệnh hoặc mời tái khám. Thu thập thông tin dữ liệu của BN và phân loại: độ tuổi, giới tính, cơ chế chấn thương, mức độ tổn thương (sử dụng phân độ AO). Theo dõi và khám sau mổ để đánh giá biến chứng gần, hẹn tái khám sau 3 tháng và 6 tháng tính từ thời điểm phẫu thuật để đánh giá kết quả xa.

Phương pháp phẫu thuật:

- Tư thế phẫu thuật BN được nằm kê nghiêng hơi sấp trên bàn mổ, chi gãy nằm phía trên, kê thêm săng mổ chêm giữa 2 chân (hình 2.1).
- Nắn chỉnh xương gãy trên màn hình tăng sáng. Xác định vị trí trên mẫu chuyển lớn 3 – 5 cm rạch da vào đinh mẫu chuyển lớn (hình 2.2).
- Dùng đinh dẫn đường đi vào từ đinh mẫu

chuyển lớn đến khi xác định chắc chắn vào lòng tuỷ. Đặt ống dẫn và dụng cụ doa lòng tuỷ theo định dẫn đường.

- Đưa đinh gamma vào lòng tuỷ kết hợp quan sát trên màn hình tăng sáng để chắc chắn đinh đến đúng vị trí. Lắp khung bản vít chốt cổ xương đùi, khoan định dẫn đường xác định vị trí và kích thước chiều dài vít cổ cần đóng.

- Bắt vít cổ xương đùi, kiểm tra trên màn hình tăng sáng. Khoan vít chốt thân xương và lắp nắp đinh.



Hình 2.1. Tư thế bệnh nhân

(Nguồn: tác giả)



Hình 2.2. Nắn chỉnh và xác định vị trí rạch da

(Nguồn: tác giả)

Các đặc điểm nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: giới tính, tuổi, cơ chế chấn thương, thời gian phẫu thuật, phân loại kiểu gãy theo AO, đo mật độ xương.

- Đánh giá sau mổ và kết quả sau 3 tháng 6 tháng: điểm đau VAS trước và sau mổ, thời điểm BN tập ngồi tập đi, X – quang sau mổ (góc cổ thân, TAD, liền xương), đánh giá nắn chỉnh ổ gãy (đúng giải phẫu, dương tính và âm tính), đánh giá thang điểm khớp háng Harris (Bảng 2.1).

Phương pháp xử lý số liệu: thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 24.

Bảng 2.1. Thang điểm chức năng khớp háng theo Harris

<p>Đau (chọn 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Không đau hoặc không để ý (44) • Đau nhẹ, thỉnh thoảng không làm ảnh hưởng đến hoạt động (40) • Đau trung bình, không ảnh hưởng đến hoạt động thông thường, ít khi đau nhiều liên quan đến các hoạt động không thường xuyên và cần phải dùng thuốc (20) • Đau rõ, giới hạn nghiêm trọng đến các hoạt động (10) • Hoàn toàn không đi lại được, tàn tật, đau khi nằm trên giường, nằm liệt giường (0) 	<p>Đi lên cầu thang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Đi bình thường mà không dùng tay vịn (4) • Đi bình thường có dùng tay vịn (2) <ul style="list-style-type: none"> • Đi trong bất cứ cách nào (1) • Không thể đi lên cầu thang (0) <p>Mang tất và giày</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mang dễ (4) • Mang khó (2) • Không thể mang (0)
<p>Đi khắp khiên</p> <ul style="list-style-type: none"> • Không (11) • Nhẹ (8) • Trung bình (5) 	<p>Biến dạng khớp (Tất cả có = 4; nhỏ hơn 4 ý có = 0) • Có • Không</p> <p>Co cứng gấp cố định nhỏ hơn 30 độ</p> <p>Dạng cố định nhỏ hơn 10 độ</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Nặng (0) 	Xoay trong tư thế duỗi nhỏ hơn 10 độ Sự khác nhau về chiều dài chi nhỏ hơn 3,2cm
Hỗ trợ <ul style="list-style-type: none"> • Không (11) • Dùng gậy khi đi bộ dài (7) • Dùng gậy trong hầu hết thời gian (5) <ul style="list-style-type: none"> • Dùng 1 nạng (3) • Dùng 2 gậy (2) • Dùng 2 nạng hoặc không thể đi (0) 	Giới hạn vận động (*chỉ số bình thường) <ul style="list-style-type: none"> • Gấp (*140) • Dạng (*40) • Khép (*40) • Xoay ngoài (*40) • Xoay trong (*40) Tổng giới hạn vận động <ul style="list-style-type: none"> 211⁰ - 300⁰ (5) 161⁰ - 210⁰ (4) 101⁰ - 160⁰ (3) 61⁰ - 100⁰ (2) 31⁰ - 60⁰ (1) 0⁰ - 30⁰ (0)
Khoảng cách đi bộ <ul style="list-style-type: none"> • Không giới hạn (11) <ul style="list-style-type: none"> • 6 toà nhà (8) • 2 - 3 toà nhà (5) • Chỉ đi lại trong nhà (2) • Chỉ nằm giường hoặc ngồi trên ghế (0) 	Điểm số giới hạn vận động
Ngồi <ul style="list-style-type: none"> • Ngồi thoải mái trên ghế thông thường trong 1 giờ (5) <ul style="list-style-type: none"> • Ngồi trên ghế cao trong 30 phút (3) • Không thể ngồi trên bất kì ghế nào (0) 	Tham gia giao thông công cộng <ul style="list-style-type: none"> • Có (1) • Không (0) TỔNG ĐIỂM HARRIS: <ul style="list-style-type: none"> < 70: xấu 70 - 79: trung bình 80 - 89: tốt 90 - 100: rất tốt

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành hồi cứu trên 28 trường hợp gãy LMCXD, được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng, không dùng bàn chỉnh hình. Kết quả nghiên cứu chia làm hai phần đặc điểm chung và kết quả sau mổ.

3.1. Đặc điểm chung. Trong 28 mẫu nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phân độ AO: A1 8 ca (28,6%), A2 11 ca (39,3%), A3 9 ca (32,1%).

Tuổi thấp nhất là 20, tuổi cao nhất là 91, tuổi trung bình 72,2 ± 18,2 tuổi Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là > 60 tuổi với 78,6 %

Giới tính nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ xấp xỉ 2,5 nữ/1 nam.

Nguyên nhân chấn thương thường gặp nhất là tai nạn sinh hoạt (21 ca) chiếm tỷ lệ 75%, các ca còn lại là tai nạn giao thông.

Đo mật độ xương với T - score < -2,5 chiếm tỉ lệ 78,6%

3.2. Kết quả sau mổ

Bảng 3.1. Phân loại thời gian phẫu thuật theo phân loại gãy xương (n = 28)

Đặc điểm	Thời gian phẫu thuật (phút)			P
	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	
Phân loại gãy xương (AO)	A1	45	70	56,3±10,3
	A2	60	120	82,3±23,6
	A3	70	130	92,2±22,2

Thời gian phẫu thuật ngắn nhất ở những BN

gãy xương phân loại A1 tối thiểu 45 phút (trung bình 56,3 ± 10,3 phút) và lâu nhất ở BN phân loại A3 tối đa 130 phút (trung bình 92,2 ± 22,2 phút)

Bảng 3.2. Ước tính lượng máu mất sau phẫu thuật (n = 28)

Điểm Harris	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Lượng máu mất (ml)	39,2	558,6	324,4 ±145,7
Số lượng đơn vị máu truyền (đơn vị)	0	2	0,6±0,8

Trong nghiên cứu chúng tôi, BN mất máu ít nhất 39,2 ml, nhiều nhất 558,6 ml, sau mổ số đơn vị truyền máu truyền trung bình 0,6 ± 0,8 đơn vị.

Bảng 3.3. Thời điểm tập đi và mức độ đau (n = 28)

Đặc điểm	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Thời điểm tập đi (ngày)	5	10	7,4±2,3
Mức độ đau trước mổ	6	9	7,3±0.3
Mức độ đau sau mổ (48-72 giờ)	2	5	3,4±1,2

Thời điểm tập đi trung bình 7,4 ± 2,3 ngày, mức độ đau (VAS) trước và sau mổ có giảm rõ từ 7,3 ± 0.3 xuống còn 3,4 ± 1,2

Bảng 3.4. Đánh giá X - quang sau mổ và các thời điểm 3 tháng 6 tháng (n = 28)

Đặc điểm X - quang	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
--------------------	-----------	--------	------------

Góc cổ thân (độ)	130	135	133,2±2,4
Khoảng cách đầu đỉnh – TAD (mm)	15	30	24,4±3,6
Đặc điểm liền xương	Liên xương	Chưa liền	
Thời gian liền xương	3 tháng	24 (85,7%)	4 (14,3%)
	6 tháng	28 (100%)	0 (0%)

Góc cổ thân trung bình 133,2 ± 2,4 độ, khoảng cách đầu đỉnh trung bình 24,4 ± 3,6mm Sau 6 tháng các BN đều liền xương, các bề xương liền kết, đường gãy mờ dần.

Bảng 3.5. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy (n = 28)

Nắn ổ gãy	Số lượng	Tỷ lệ
Đúng giải phẫu	16	57,1 %
Dương tính	7	25%
Âm tính	5	17,9 %

Nhóm nghiên cứu ghi nhận đạt chuẩn đúng giải phẫu 16 ca chiếm 57,1%. Các ca nắn còn di lệch dương tính hoặc âm tính chiếm tỷ lệ 42,9%

Bảng 3.6. Đánh giá chức năng theo thang điểm Harris thời điểm 3 tháng 6 tháng (n = 28)

Điểm Harris	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Thời điểm sau 3 tháng	72	90	81,1±4,3
Thời điểm sau 6 tháng	84	99	90,4±4,3

Thời điểm tái khám sau 3 tháng, còn nhiều BN chức năng vận động khớp háng chỉ đạt mức trung bình, nhưng dần đến thời điểm 6 tháng thì hầu hết đạt tốt và rất tốt (90,4 ± 4,3)

IV. BÀN LUẬN

Trong 28 BN của chúng tôi tỷ lệ gãy LMCXD tăng dần theo độ tuổi, gặp nhiều ở nữ giới với nguyên nhân thường gặp là tai nạn sinh hoạt (năng lượng thấp), hầu hết các ca gãy LMCXD có loãng xương nặng đó cũng là yếu tố nguy cơ chính gây ra tình trạng gãy xương ở phụ nữ lớn tuổi. Điều này tương đồng với một số nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước như SADMIR và cộng sự có tuổi trung bình 75,9 và tỷ lệ nữ:nam là 2,6:1[1], nghiên cứu của Li Xue trên 120 trường hợp ghi nhận tuổi trung bình 75,7 và 70% các trường hợp là gãy phân độ A2 [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình nhanh nhất ở nhóm A1 56,3 ± 10,3 phút, thời gian phẫu thuật dài nhất ở nhóm A3 92,2 ± 22,2phút. Với P < 0,05 thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và phân độ gãy. Sự thay đổi này liên quan đến khó khăn khi nắn chỉnh ổ gãy trong lúc phẫu thuật, các trường hợp gãy phức tạp hơn thì thời gian phẫu thuật dài hơn. Kết quả chúng tôi tương tự với nghiên cứu trên người Châu Á của tác giả Li Xue và cộng sự trung bình 65,7 ± 16,2 phút [4].

Lượng máu mất trung bình là 324,4 ± 145,7ml, với số đơn vị máu cần bổ sung sau phẫu thuật trong khoản từ 0 đến 2 đơn vị máu, trung bình 0,6 ± 0,8 đơn vị. So với các nghiên cứu về kết hợp xương gãy LMCXD bằng đinh gamma của các tác giả khác tư thế nằm ngửa có kéo chỉnh trục bàn chỉnh hình thì lượng máu tương đương hơn khi phẫu thuật ở tư thế nằm nghiêng [4][8].

Thời điểm tập đi trung bình 7,4 ± 2,3 ngày, mức độ đau cũng giảm dần theo từng thời điểm tái khám. Trong nghiên cứu chúng tôi cho BN tập đi khá sớm tương tự một số tác giả Li Xue và cộng sự nghiên cứu trên BN người Châu Á cũng cho rằng có thể tập đi sớm cho BN đóng đinh PFNA [4].

Góc cổ thân trung bình 133,2 ± 2,4 độ tối thiểu là 130 độ, tối đa là 135 độ. TAD trung bình 24,4 ± 3,6 độ tối thiểu là 15mm, tối đa là 30. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho giá trị gần tương đương với giới hạn bình thường, kết quả TAD cũng nằm trong giới hạn khuyến cáo phòng ngừa biến chứng cut – out (TAD < 25mm). Thời gian liền xương tăng dần theo các lần tái khám đạt 100% liền xương sau 6 tháng. BN nằm nghiêng trên bàn mổ cũng có khó khăn nhất định khi nắn chỉnh vào đúng tư thế giải phẫu, đôi khi cần bộc lộ thêm để đưa dụng cụ vào nắn chỉnh và cố định các mảnh gãy với nhau, chụp C – arm nhiều lần hơn. Tuy nhiên ghi nhận số lượng trường hợp chúng tôi thực hiện đạt đúng giải phẫu khả quan chiếm 57,1%. Tương tự với nghiên cứu của Li Xue [4].

Đánh giá chức năng khớp háng thời điểm 3 tháng ghi nhận điểm Harris trung bình là 81,1 ± 4,3, thời điểm 6 tháng 90,4 ± 4,3 So với các nghiên cứu của Li Xue ở thời điểm tái khám 3 tháng đạt 81,8 ± 4,3 [4] và so với tác giả Zhengbing Su ở thời điểm tái khám 3 tháng đạt 79,82 ± 4,6 [9], kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật gãy LMCXD bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng không dùng bàn chỉnh hình mang lại nhiều ưu điểm như thời gian phẫu thuật trung bình, lượng máu mất trung bình tương tự như tư thế sử dụng bàn chỉnh hình. Điểm chức năng khớp háng Harris sau 3 - 6 tháng đạt tốt và rất tốt, BN có thể tập đi lại có sử dụng khung hỗ trợ sau 5 - 10 ngày. Qua đó có thể thấy rằng phẫu thuật gãy LMCXD tư thế nằm nghiêng không dùng bàn chỉnh hình cũng có nhiều ưu điểm tương đương so với tư thế nằm ngửa dùng bàn chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Jegathesan and E. B. K. Kwek, "Are intertrochanteric fractures evolving? trends in the elderly population over a 10- year period" Clinics in orthopedic surgery, vol. 14, no. 1, pp. 13–20, 2022
2. N. Veronese và S. Maggi (2017), "Epidemiology of Hip Fracture and Social Costs", Orthogeriatrics, tr. 19-30
3. N. Adulkasem, P. Phinyo, J. Khorana, D. Pruksakorn, and T. Apivatthakakul, "Development of clinical prediction rules for one-year postoperative functional outcome in patients with intertrochanteric fractures: the intertrochanteric fracture ambulatory prediction (IT-AP) tool," International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 19, no. 1, p. 177, 2021
4. Li Xue, Li Zha, Qin Chen, Yi-jian Liang, Kang-ren Li, Zheng Zhou, Jin-long Guan, Hui Qin, and You-ping Li, "Randomized Controlled Trials of Proximal Femoral Nail Antirotation in Lateral Decubitus and Supine Position on Treatment of Intertrochanteric Fractures", Clinical Study of Hindawi Publishing Corporation, The ScientificWorld Journal, Volume 2013, Article ID 276015, 7 pages, [http:// dx.doi.org/10.1155/2013/276015](http://dx.doi.org/10.1155/2013/276015)
5. Kempf I, Grosse A, Taglang G, Favreul E. Gamma nail in the treatment of closed trochanteric fractures. Results and indications of 121 cases. Orthop Traumatol Surg Res. 2014 Feb; 100(1):75-83. doi: 10.1016/ j.otsr.2013.12.013. Epub 2014 Jan 20. PMID: 24456767.
6. I. Aktselis, D. Papadimas, E. Fragkomichalos, A. Deligeorgis, and C. Kokoroghiannis, "Intramedullary nailing of trochanteric fractures—operative technical tips," Injury, vol. 43, no. 6, pp. 961–965, 2012
7. Pastor, I. Zderic, D. Gehweiler et al., "Biomechanical analysis of recently released cephalomedullary nails for trochanteric femoral fracture fixation in a human cadaveric model," Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, 2021
8. Sadic S, Custovic S, Jasarevic M, Fazlic M, Krupic F. Proximal Femoral Nail Antirotation in Treatment of Intertrochanteric Hip Fractures: a Retrospective Study in 113 Patients. Med Arch. 2015 Dec;69(6):352-6. doi: 10.5455/medarh.2015.69.353-356. PMID: 26843723; PMCID: PMC4720467.
9. Zhengbing Su, Minghui Yang, Gang Luo, Linlin Liang, and Yong Hao, "Treatment of Elderly Femoral Intertrochanteric Fracture by InterTan Intramedullary Nail and PFNA" Research Article Hindawi, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2022, Article ID 5020960, 7 pages, <https://doi.org/10.1155/2022/5020960>

ĐIỀU TRỊ GỠ 2 CỘT Ổ CỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG

Nguyễn Đình Chương¹, Ngô Văn Thái¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy kết hợp 2 cột ổ cối (phân loại theo Judet - LeTournel) là một chấn thương nặng hiếm gặp, làm mất vững khớp háng và tổn thương mặt sụn ổ cối nghiêm trọng. Nguyên nhân chấn thương thường do va đập mạnh như tai nạn giao thông hoặc té cao. Cần phẫu thuật mổ mở kết hợp xương bên trong để phục hồi giải phẫu, làm giảm nguy cơ xảy ra các biến chứng biến chứng. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** mổ tả tiến cứu 16 trường hợp gãy cả 2 cột ổ cối được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bên trong bằng nẹp vít tại Khoa Chấn thương Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình Tp.HCM từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022. Theo dõi, đánh giá phục hồi chức năng khớp háng dựa vào Bảng chỉ số Merle - d'Aubigne. **Kết quả:** 16 trường hợp có 11 Nam và 5 Nữ; cơ chế chấn thương thường gặp là té cao (10 trường hợp); 7 trong 16 trường hợp có kèm gãy nhiều mảnh diện vuông làm chỏm xương

đùi bị lún vào tiểu khung gây trật khớp háng trung tâm. Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật kết hợp xương bên trong, đường mổ lối trước thường dùng là Stoppa cải tiến, đường mổ lối sau thường dùng là Kocher - Langenbeck. Hầu hết bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ, chỉ số Merle d'Aubigne đạt trên 10 điểm sau 6 tháng. Có 4 trường hợp bị hoại tử chỏm xương đùi sau 8 tháng theo dõi, điều trị bằng thay khớp háng toàn phần. **Kết luận:** phẫu thuật mổ mở kết hợp xương bên trong là phương pháp điều trị tốt nhất trong các trường hợp gãy cả 2 cột ổ cối, giúp phục hồi mặt sụn khớp, phục hồi độ vững khớp háng, giúp bệnh nhân trở lại sinh hoạt hàng ngày sớm.

SUMMARY

TREATMENT OF ASSOCIATED BOTH - COLUMN ACETABULAR FRACTURE WITH SURICAL INTERNAL FIXATION

Introduction: Associated both-column acetabular fractures (Judet and Letournel classification) are rare serious injuries, leading to unstable hip joint and complex acetabular articular injury. This caused by the directed impacts such as traffic accidents or high falls. Open reduction and internal fixation (ORIF) is necessary method to restore anatomy surface and stability of hip joint, help the

¹Bệnh viện Chấn thương Chính hình Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Chương

Email: drchuong220877@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023