

- Gastrointestinal and Liver Diseases. 2019;28(4): 383-387. doi:10.15403/jgld-335
7. **Nguyen LT, Le TD, Hoang LB, et al.** Threshold level of Peptest in diagnosing gastroesophageal reflux disease with extraesophageal symptoms: Evidence from Vietnam. JGH Open. 2023;7(12): 916-922. doi:10.1002/jgh3.13002
8. **Guo Z, Wu Y, Li L, Chen J, Zhang S, Zhang C.** The Role of Salivary Pepsin in the Diagnosis of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) Evaluated Using High-Resolution Manometry and 24-Hour Multichannel Intraluminal Impedance-pH Monitoring. Med Sci Monit. 2020;26:e927381-1-e927381-9. doi:10.12659/MSM.927381

ĐIỀU TRỊ GÃY KẾT HỢP CẢ HAI CỘT Ổ CỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG SỬ DỤNG ĐƯỜNG MỔ STOPPA CÁI BIÊN

Nguyễn Đình Chương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy kết hợp cả hai cột ổ cối loại B-C theo AO là một chấn thương nặng nhưng hiếm gặp. Những trường hợp gãy gãy di lệch mặt khớp > 2mm hoặc gây mất vững khớp háng cần mổ kết hợp xương, đặc biệt là những trường hợp có tổn thương diện vuông. Có nhiều đường mổ dùng để kết hợp xương cho các trường hợp gãy kết hợp cả 2 cột ổ cối, trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng đường mổ Stoppa cải biên. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu 11 trường hợp gãy cả 2 cột ổ cối loại B-C theo AO được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bên trong bằng nẹp vít sử dụng đường mổ Stoppa cải biên tại Khoa Chi dưới Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Tp.HCM từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023; đối với những trường hợp đường gãy lan lên cánh chậu, chúng tôi mở thêm cửa sổ bên cánh chậu để kiểm soát ổ gãy. Đánh giá nắn chỉnh phục hồi ổ gãy sau mổ theo tiêu chuẩn Matta, đánh giá phục hồi chức năng khớp háng dựa vào Bảng chỉ số Merle - d'Aubigne. **Kết quả:** 11 trường hợp có 6 Nam và 5 Nữ; độ tuổi từ 19 đến 72 tuổi; cơ chế chấn thương thường gặp là té cao (6 trường hợp); 7 trong 11 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 bằng nẹp vít sử dụng đường mổ Stoppa cải biên, có thể mở thêm cửa sổ cánh chậu nếu cần thiết. 8 bệnh nhân được nắn chỉnh phục hồi ổ gãy tốt theo tiêu chuẩn Matta (di lệch mặt khớp ≤ 3mm), 3 trường hợp còn di lệch mặt khớp > 3mm do gãy nhiều mảnh trật khớp háng trung tâm nên khó nắn chỉnh ổ gãy. Hầu hết bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ, chỉ số Merle d'Aubigne đạt trên 10 điểm sau 6 tháng. **Kết luận:** Gãy kết hợp cả 2 cột ổ cối loại B-C theo AO gây mất vững khớp háng cần phẫu thuật kết hợp xương bên trong phục hồi giải phẫu. Đường mổ Stoppa cải biên là một trong những lựa chọn để xâm nhập lối trước kết hợp xương các trường hợp gãy kết hợp cả 2 cột ổ cối vì có phẫu trường quan sát rộng, có thể quan sát và nắn chỉnh các đường gãy ở diện vuông dễ dàng hơn.

¹Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Chương
 Email: drchuong220877@gmail.com
 Ngày nhận bài: 16.11.2023
 Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023
 Ngày duyệt bài: 22.01.2024

SUMMARY

TREATMENT OF ASSOCIATED BOTH - COLUMN ACETABULAR FRACTURES WITH OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION (ORIF) USING MODIFIED STOPPA APPROACH

Introduction: the associated both-column acetabular fractures (AO classification type B-C) is the serious injuries but uncommon. Fractures that displace acetabular articular surface > 2mm or cause hip instability require ORIF, especially with quadrilateral plate fractures. There are many approaches for treatment of associated acetabular both-column fractures, in this research we used Modified Stoppa approach. **Methods:** a prospective study 11 cases associated both - column acetabular fractures with ORIF using Modified Stoppa approach in Lower Limb Department, Hospital For Traumatology and Orthopaedic HCMC since January 2023 to September 2023, some cases have fragments spread to iliac wing, we combined with lateral window to control these fractures. Evaluated the anatomic reduction after operation based on the criteria of Matta, functional outcome was evaluated with the Merle d'Aubigne score. **Results:** 11 cases included 6 males and 5 females; age range from 19 to 72 year-old; the common mechanism is fall from height (6 cases); 7 of 11 cases involved comminuted quadrilateral fractures that caused the femoral head move into iliac fossa causing central hip dislocation; all of patients underwent ORIF with plates and screws using Modified Stoppa incision that can combined lateral window if necessary; 8 patients were reduced fragments well based on Matta criteria (the articular surface displacement ≤ 3mm), 3 cases also > 3mm joint surface displacement due to comminuted fractures, so it was difficult to correct the fracture; several patients have had good outcome, Merle d'Aubigne score got over 10 point after 6 months. **Conclusions:** the associated both-column acetabular fractures (AO classification type B-C) cause hip instability require open reduction and internal fixation (ORIF) to restore anatomic acetabulum. Modified Stoppa approach is one of options of anterior incision for associated both-column acetabular fracture fixation because of widely observation, we can observed and reduced fragments of quadrilateral plate easier.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương ổ cối là một chấn thương nặng nhưng hiếm gặp trong các loại gãy xương, nguyên nhân thường do chấn thương năng lượng cao như tai nạn giao thông hoặc té cao. Trong đó gãy kết hợp cả hai cột ổ cối là tổn thương nặng nhất, được phân loại gãy kết hợp 2 cột ổ cối theo Judet - Letournel hoặc gãy loại B - C theo AO¹. Hầu hết các tác giả đều cho rằng những trường hợp gãy cả 2 cột ổ cối di lệch mặt khớp < 2mm đồng thời không gây mất vững khớp háng có thể điều trị bảo tồn, các trường hợp di lệch mặt khớp > 2mm hoặc gây mất vững khung chậu và ổ cối cần được phẫu thuật kết hợp xương bên trong, nhất là các trường hợp gãy 2 cột ổ cối có tổn thương diện vuông (đáy ổ cối) gây trật khớp háng trung tâm².

Trên Thế giới, từ đầu thập niên 1990 đến nay, có nhiều tác giả đã sử dụng đường mổ Nội chậu trước hay còn được gọi là đường mổ Stoppa cải biên có thể kèm theo mở thêm cửa sổ cánh chậu để phẫu thuật điều trị các trường hợp gãy cả 2 cột ổ cối và cho kết quả khá tốt². Đường mổ Stoppa được tác giả Rene Stoppa mô tả lần đầu tiên vào năm 1975 điều trị thoát vị bẹn và các bệnh lý đường tiết niệu. Sau đó, năm 1994, Cole và cộng sự đã cải biên đường mổ này gọi là đường mổ Stoppa cải biên (Modified Stoppa) dùng để phẫu thuật lõi trước các gãy xương ổ cối^{2,3}. Ngày nay, nhiều tác giả đã áp dụng đường mổ Stoppa cải biên phẫu thuật kết hợp xương gãy kết hợp cả hai cột ổ cối đạt kết quả khá tốt. Hầu hết các tác giả đều nhận định rằng đường mổ Stoppa cải biên có phẫu trường quan sát rộng, quan sát ổ cối từ trong ra ngoài, có thể quan sát đồng thời gãy cột trước, cột sau và bờ trung tâm mà đường mổ khác khó thực hiện được³⁻⁵.

Theo chúng tôi được biết tại Việt Nam việc sử dụng đường mổ Stoppa cải biên phẫu thuật điều trị các trường hợp gãy kết hợp cả 2 cột ổ cối còn ít phẫu thuật viên mô tả về đường mổ này nên cần thiết nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Điều trị gãy kết hợp cả hai cột ổ cối bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít sử dụng đường mổ Stoppa cải biên", với các mục tiêu sau: **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Chẩn đoán phân loại gãy kết hợp cả hai cột ổ cối theo AO dựa trên kết quả X quang và CT scan dựng ảnh 3 chiều, từ đó lập kế hoạch điều trị thích hợp.

2. Phẫu thuật điều trị gãy kết hợp cả hai cột ổ cối bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít sử dụng đường mổ Stoppa cải biên. Đánh giá kết

quả sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

❖ **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu

❖ **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023

❖ **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Chi dưới Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình.

❖ **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** các trường hợp gãy kết hợp cả hai cột ổ cối loại B-C theo AO được phẫu thuật điều trị bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít sử dụng đường mổ Stoppa cải biên

❖ **Phương pháp**

- Tất cả các bệnh nhân được nhập viện vào Khoa Chi dưới bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình sau khi đã được xử trí cấp cứu (bù dịch chống shock, bất động tạm...) và được điều trị các chấn thương nặng, nguy hiểm (chấn thương đầu, ngực, bụng...) ổn định. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp XQ tư thế AP, chéo chậu, chéo bít và chụp CT scan dựng ảnh 3 chiều, dựa vào kết quả hình ảnh học chúng tôi chẩn đoán phân loại gãy kết hợp cả hai cột ổ cối loại B-C theo AO.

- Trên phim dựng hình CT 3 chiều, chúng tôi phân tích ổ gãy về: đường gãy, vị trí các mảnh gãy, độ di lệch các mảnh gãy ..., từ đó có thể lập kế hoạch phẫu thuật kết hợp xương. Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tạo hình sử dụng đường mổ Stoppa cải biên tiếp cận ổ gãy.

Phẫu thuật kết hợp xương sử dụng đường mổ Stoppa cải biên ± mở thêm cửa sổ cánh chậu:

✓ Bệnh nhân nằm ngửa, gối gập khoảng 30° để giảm căng các cơ thành bụng.

✓ Phẫu thuật viên chính đứng bên đối diện với ổ cối bị tổn thương, phẫu thuật viên phụ đứng cùng bên ổ cối bị tổn thương

✓ Trên khớp mu khoảng 2cm, rạch da đường ngang bụng khoảng 10cm, cắt lớp mỡ dưới da đến lớp cơ thẳng bụng, mở rộng lên trên và xuống dưới

✓ Rạch dọc đường trắng giữa bụng, bóc tách cho đến lớp phúc mạc thành. Không cắt phúc mạc thành, tại đây Phẫu thuật viên cắt phần cơ thẳng bụng bám vào xương mu, dùng ngón tay nhẹ nhàng bóc tách lần theo xương mu lên đến cột trước và bờ trước ổ cối, đặt các Hohmann bộc lộ đường gãy cột trước và bờ trước. Sau đó dùng ngón tay vén bàng sang bên, bóc tách dần dần từ trước ra sau, đặt các Hohmann và Malleable ở khuyết ngồi lớn và khuyết ngồi bé quan sát các đường gãy ở bờ trung tâm và cột sau. Trong lúc bộc lộ ổ gãy

tránh làm tổn thương các mạch máu xung quang ổ cối, nhất là nhánh "Corona mortis" và bó mạch bị. Nếu đường gãy lan lên cánh chậu thì Phẫu thuật viên phụ mở thêm cửa sổ bên cách chậu để kiểm soát các đường gãy này.

✓ Nắn chỉnh ổ gãy bằng các kẹp xương chuyên dụng, đặc biệt là Collinear clamp giúp nắn chỉnh cột sau và bờ trung tâm khá tốt. Cố định tạm ổ gãy bằng các đinh Kirshcner

✓ Đo và uốn nẹp tạo hình phù hợp với ổ gãy, các nẹp thường đặt theo kiểu bắc cầu hoặc nâng đỡ các mảnh gãy, kết hợp xương bằng nẹp vít và các vít bắt ngoài nẹp.

✓ Kiểm tra, đánh giá độ vững ổ gãy và khớp háng sau khi đặt nẹp vít. Dùng C.arm kiểm tra các tư thế thẳng AP, chéo chậu, chéo bị để đánh giá sự nắn chỉnh phục hồi giải phẫu, đồng thời cũng kiểm tra xem có vít phạm khớp không? Nếu có vít phạm khớp thì phải chỉnh lại hướng vít.

✓ Đặt dẫn lưu, khâu vết mổ từng lớp

Chăm sóc sau mổ:

✓ Sau mổ các bệnh nhân được chụp XQ tư thế thẳng AP, chéo chậu, chéo bị, có thể chụp CT scan nếu cần thiết. Sự nắn chỉnh phục hồi giải phẫu được đánh giá theo tiêu chuẩn Matta:

Tốt: ổ gãy di lệch 0 - 1mm

Trung bình: ổ gãy di lệch 1 - 3mm

Xấu: ổ gãy di lệch > 3mm

✓ Theo dõi vết mổ

✓ Theo dõi và xử trí các biến chứng hậu phẫu nếu có

✓ Hướng dẫn tập Vật lý trị liệu

✓ Bệnh nhân được xuất viện khoảng 3 - 7 ngày sau mổ

Theo dõi, đánh giá kết quả sau khi xuất viện:

✓ Các bệnh nhân được hẹn tái khám theo lịch (2 tuần, 4 tuần, 2 tháng, 3 tháng....)

✓ Theo dõi, đánh giá sự liền vết mổ trong 3 tháng đầu theo tiêu chuẩn Southampton

✓ Theo dõi sự liền xương và di lệch thứ phát ổ gãy: X quang AP, chéo chậu, chéo bị; có thể chụp CT scan 3D nếu cần thiết.

✓ Đánh giá chức năng khớp háng theo bảng phân loại Merle d'Aubigné: gồm 3 dấu hiệu (Đau - Biên độ vận động - Đi lại)

Cộng điểm cho ba dấu hiệu trên để đánh giá cơ năng khớp háng.

• 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.

✓ Theo dõi và xử trí các biến chứng muộn: thoái hóa khớp háng, cốt hóa lạc chỗ, hoại tử sụn xương...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023 có 11 trường hợp bị chấn thương gãy cả 2 cột ổ cối loại B-C theo AO được điều trị tại Khoa Chi dưới Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Tp. Hồ Chí Minh.

- Giới tính: 6 Nam: 5 Nữ

- Tuổi: nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 72 tuổi (trung bình 41,5 tuổi)

- Nguyên nhân chấn thương:

Té cao: 6 trường hợp

Tai nạn giao thông: 5 trường hợp

- Loại gãy:

Gãy loại B: 3 trường hợp

Gãy loại C: 8 trường hợp

Có 7 trường hợp gãy 2 cột ổ cối kèm theo gãy nhiều mảnh diện vuông (đáy ổ cối) làm chỏm xương đùi bị lún vào tiểu khung, đây là các trường hợp gãy nặng rất khó phẫu thuật phục hồi tốt giải phẫu, thường gây biến chứng thoái hóa khớp háng về sau.

Tất cả các bệnh nhân đều phẫu thuật kết hợp xương bên trong bằng nẹp vít tạo hình, chúng tôi chọn đường mổ là đường mổ Stoppa cải biên có thể kèm mở thêm cửa sổ cánh chậu nếu đường gãy lan lên cánh chậu hoặc khớp chậu.

Sau mổ các bệnh nhân được chụp phim X quang, CT scan đánh giá sự nắn chỉnh phục hồi giải phẫu ổ gãy và mặt khớp theo thang điểm Matta. Hầu hết các bệnh nhân được phục hồi giải phẫu tốt, di lệch mặt khớp ≤ 3mm, có 3 trường hợp di lệch mặt khớp > 3mm do gãy quá nhiều mảnh. Các bệnh nhân được theo dõi tái khám theo hẹn, chụp X quang đánh giá sự liền xương và hướng dẫn tập vật lý trị liệu, đánh giá sự phục hồi chức năng khớp háng theo thang điểm Merle d'Aubigne. Hầu hết bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ, chỉ số Merle d'Aubigne đạt trên 10 điểm sau 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Gãy 2 cột ổ cối là một chấn thương nặng, phức tạp nhất trong các loại gãy xương nhưng hiếm gặp. Từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023 chỉ có 11 trường hợp gãy kết hợp cả 2 cột ổ cối loại B-C theo AO được điều trị tại khoa Chi dưới Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Tp. Hồ Chí Minh. Nguyên nhân chấn thương là do va đập mạnh trực tiếp, chủ yếu là do té cao đập vùng hông xuống đất làm chỏm xương đùi thúc mạnh vào ổ cối gây gãy 2 cột ổ cối, vài trường hợp kèm theo gãy diện vuông (đáy ổ cối) làm chỏm xương đùi bị lún sâu vào tiểu khung. Đây là các

trường hợp tổn thương nặng mặt sụn khớp, thường để lại di chứng thoái hóa khớp sau này.

Chẩn đoán và phân loại gãy kết hợp 2 cột ổ cối loại B-C theo AO chúng tôi chủ yếu dựa vào kết quả CT scan tái tạo 3 chiều vì kết quả CT scan giúp đánh giá đường gãy một cách nhanh và chính xác nhất, từ đó đề ra kế hoạch điều trị thích hợp, đồng thời qua đó cũng có thể phát hiện các tổn thương cơ quan nội tạng đi kèm.

Hầu hết các tác giả trên Thế giới đều nhận định rằng gãy cả 2 cột ổ cối là một chấn thương nặng gây mất vững khớp háng, cần phải phẫu thuật kết hợp xương phục hồi mặt khớp và độ vững khớp háng, tránh để lại di chứng thoái hóa khớp háng về sau. Theo tác giả Axel Gänsslen và cộng sự¹, Luca Pierannunzii⁶ đề nghị rằng các trường hợp gãy 2 cột ổ cối di lệch mặt khớp > 3mm cần phải mổ kết hợp xương bên trong bằng nẹp vít. Trong nghiên cứu này chúng tôi có 11 trường hợp gãy 2 cột ổ cối mất vững chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bên trong bằng nẹp vít tạo hình, loại nẹp này có thể uốn bẻ được theo hình dáng và kích thước tùy từng trường hợp gãy và cũng đạt được độ vững chắc tốt cho gãy ổ cối.

Công việc chuẩn bị trước mổ và lựa chọn đường mổ xâm nhập ổ gãy cũng là một thách thức cho các Phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ chọn đường mổ Stoppa cải biên ± mở thêm cửa sổ cánh chậu để phẫu thuật kết hợp xương cho 11 trường hợp gãy kết hợp cả 2 cột ổ cối loại B-C theo AO đạt kết quả tốt, hầu hết các trường hợp được phục hồi giải phẫu mặt khớp di lệch ≤ 3mm theo tiêu chuẩn Matta, có 3 trường hợp di lệch mặt khớp > 3mm do gãy nhiều mảnh nên khó nắn chỉnh phục hồi giải phẫu. Chúng tôi nhận thấy ưu điểm của đường mổ Stoppa cải biên: có thể quan sát rõ bờ trước, cột trước, diện vuông, cánh chậu; nắn chỉnh các mảnh gãy và kết hợp xương thuận lợi; đồng thời cũng có thể nắn chỉnh và cố định cột sau trong các trường hợp gãy cột sau đơn giản. Điều này cũng tương tự như các tác giả Cem Yalin Kilinc và cộng sự⁷, Zhong Chen và cộng sự⁴, đã sử dụng đường Stoppa cải biên điều trị các trường hợp gãy 2 cột ổ cối và cho kết quả khá tốt.

Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 2 giờ, lượng máu mất trong lúc mổ từ 500 - 1000 ml, chúng tôi nhận thấy rằng không có sự khác biệt về thời gian mổ cũng như lượng máu mất trong lúc mổ giữa đường mổ Stoppa cải biên và đường mổ chậu bên trước đây, điều này đã được các tác giả như Sanjay Meena và cộng sự⁸, Sheng Yao và cộng sự⁹ làm nghiên cứu so sánh

đường mổ Stoppa cải biên với đường mổ chậu bên trong trong phẫu thuật xâm nhập ổ cối lõi trước đã kết luận rằng không có sự khác biệt về thời gian mổ cũng như lượng máu mất giữa 2 đường mổ, nhưng đường mổ Stoppa cải biên dễ quan sát và nắn chỉnh các mảnh gãy ở diện vuông và cột sau hơn.

Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng tổn thương thần kinh, mạch máu trong lúc phẫu thuật. Hầu hết bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ, chỉ số Merle d'Aubigne đạt trên 10 điểm sau 6 tháng. Qua theo dõi 9 tháng chưa ghi nhận trường hợp nào bị các biến chứng muộn: thoái hóa khớp háng, cốt hóa lạc chỗ..., nhưng theo Marvin Tile và cộng sự² thì các trường hợp gãy ổ cối nhiều mảnh thì tỉ lệ thoái hóa khớp lên đến 40%.

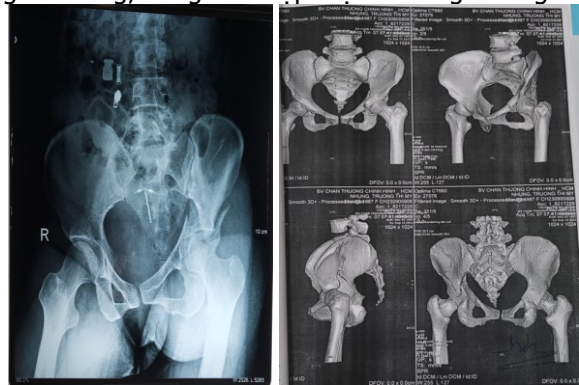
V. KẾT LUẬN

Gãy kết hợp cả 2 cột ổ cối di lệch gây mất vững khớp háng cần phẫu thuật kết hợp xương bên trong nhằm phục hồi mặt khớp, phục hồi độ vững khớp háng, giúp bệnh sớm trở lại sinh hoạt hàng ngày. Đường mổ Stoppa cải biên là một trong những lựa chọn để xâm nhập lõi trước kết hợp xương các trường hợp gãy loại B-C theo AO vì có phẫu trường quan sát rộng, có thể quan sát và nắn chỉnh thuận lợi các đường gãy ở diện vuông và cột sau.

Nghiên cứu có số liệu còn ít, thời gian theo dõi còn ngắn, cần có thời gian thu thập số liệu nhiều hơn để cho kết quả chính xác hơn

VI. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, nhập viện vì chấn thương vùng háng Trái. Nguyên nhân: do tai nạn giao thông, háng Trái đập mạnh xuống đường



X quang trước mổ - CT scan dựng ảnh 3 chiều

Chẩn đoán: Gãy kết hợp cả hai cột ổ cối bên Trái loại C2 theo AO

Điều trị: phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít sử dụng đường mổ Stoppa cải biên



X quang sau mổ 3 tư thế: AP, chéo chậu, chéo bịt (ổ gãy được nắn chỉnh tốt theo tiêu chuẩn Matta)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Axel Gänsslen MM, Michael Nerlich, Jan Lindahl.** Acetabular Fractures: Diagnosis, Indications, Treatment Strategies. vol 1. Thieme; 2018.
2. **Marvin Tile DLH, James F. Kellam, Mark Vrahas.** Fractures of the Pelvis and Acetabulum: Principles and Methods of Management—Fourth Edition. vol 2. 2023.
3. **Kim HY, Yang DS, Park CK, Choy WS.** Modified Stoppa approach for surgical treatment of acetabular fracture. Clin Orthop Surg. Mar 2015;7(1):29-38. doi:10.4055/cios.2015.7.1.29
4. **Chen Z, Yang H, Wu Z, et al.** A combination of the modified Stoppa approach and the iliac fossa approach in treating compound acetabular fractures by using an anterior ilioischial plate. Acta Orthop Belg. Jun 2019;85(2):182-191.
5. **Yang Y, Zou C, Fang Y.** The Stoppa combined with iliac fossa approach for the treatment of both-column acetabular fractures. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2020/12/07 2020;15(1):588. doi:10.1186/s13018-020-02133-3
6. **Pierannunzii L.** Acetabular both-column fractures: Essentials of operative management. 2010.
7. **Kilinc CY, Acan AE, Gultac E, Kilinc RM, Hapa O, Aydogan NH.** Treatment results for acetabulum fractures using the modified Stoppa approach. Acta Orthop Traumatol Turc. Jan 2019;53(1):6-14. doi:10.1016/j.aott.2018.11.003
8. **Yao S, Chen K, Ji Y, et al.** Supra-ilioinguinal versus modified Stoppa approach in the treatment of acetabular fractures: reduction quality and early clinical results of a retrospective study. J Orthop Surg Res. Nov 14 2019;14(1):364. doi:10.1186/s13018-019-1428-y

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VẾT THƯƠNG VÙNG CỔ TAI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ THÁNG 01/2021 ĐẾN THÁNG 12/2022

Phạm Kim Long Giang¹, Phùng Mạnh Cường², Nguyễn Thị Ngọc Thảo¹, Hồ Thuỳ Như¹, Nguyễn Thị Hiền¹, Trần Quốc Cường², Hoàng Bá Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vết thương cổ là một trường hợp phẫu thuật cấp cứu với đặc trưng đường vào rõ ràng, do nhiều nguyên nhân chẳng hạn như vết thương dao đâm, vật sắc nhọn (kim loại hoặc gỗ), đạn hoặc mảnh đạn. Việc xác định nguyên nhân, cơ chế gây ra chấn thương và các cấu trúc bị tổn thương phải được thực hiện kỹ càng để điều trị bệnh nhân một cách hiệu quả và giảm thiểu những biến chứng. Trong những năm gần đây, bệnh viện của chúng tôi đã ghi nhận một số trường hợp vết thương cổ phức tạp, ảnh hưởng đến

tính mạng và chất lượng sống của bệnh nhân. Để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và giảm thiểu di chứng, chúng tôi đánh giá các nguyên nhân thường gặp của vết thương cổ và đưa ra hướng điều trị tối ưu nhất.

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng vết thương vùng cổ tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hàng loạt ca. Có 40 trường hợp vết thương cổ từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Trong số 40 ca được nghiên cứu vết thương cổ thường xảy ra ở nam giới với tỉ lệ 95%, trong khi đó chỉ có 5% là nữ. Nhóm độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 32,6 ± 1,6. Nguyên nhân thường do các vật sắc nhọn chiếm tỉ lệ 50%. Tổn thương cơ bám da cổ 23 ca (57,5%), Tổn thương khí-thực quản chiếm 10 ca (25%), Tổn thương mạch máu 4 ca (10%), tổn thương tuyến giáp 2 ca (5%), và chỉ có 1 ca (2,5%) bị tổn thương dây thần kinh. Hình ảnh CTScan cho thấy 72,5% số ca có tràn khí dưới da, 25% có tràn khí màng phổi, 7,5% bị tổn thương sụn giáp, và 5% bị

¹Bệnh Viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Thẩm Mỹ Gangwhoo

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kim Long Giang

Email: dr.longgiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024