

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC CAO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Hoàng Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực cao tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu những bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống có tổn thương từ T1 đến T5 tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức từ 6/2018 đến 6/2021. **Kết Quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình $128,1 \pm 40,3$ phút, lượng máu mất trong và sau mổ: $404,4 \pm 428$ ml. Biến chứng: loét tỷ lệ có 5 BN (21,7%), nhiễm trùng vết mổ có 1 BN (4,3%); có 03 BN tử vong sau phẫu thuật từ 1 năm trở lên. Phục hồi thần kinh theo AIS, đánh giá sự phục hồi 52,17% bệnh nhân hồi thần kinh theo AIS từ 6 tháng trở lên có kết quả trong đó 2/14 bệnh nhân (14,3%) phục hồi từ AIS A thành AIS B, 1/14 bệnh nhân (7,1%) phục hồi từ AIS A thành AIS C, 6/23 bệnh nhân (26,1%) bệnh nhân tổn thương các mức độ AIS B, AIS C, AIS D đều phục hồi thành AIS E. Kết quả chung theo Macnab cải tiến: 47,8% bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả trung bình, 34,8% kết quả tốt, 13% kết quả xấu, 4,3% kết quả khá. Trên x-quang cải thiện góc gù thân đốt và góc gù vùng chấn thương trước và sau phẫu thuật. Góc gù thân đốt: trước phẫu thuật là $12,78^\circ$, sau phẫu thuật là $7,94^\circ$. Có sự cải thiện góc gù thân đốt trước và sau phẫu thuật. Góc gù vùng chấn thương: trước phẫu thuật là $22,7^\circ$, sau phẫu thuật là $17,35^\circ$. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực cao cho kết quả khả thi nhất định trong hồi phục tổn thương thần kinh và chăm sóc sau mổ trên bệnh nhân. **Từ khóa:** Chấn thương cột sống ngực cao, phẫu thuật cố định cột sống giải ép

SUMMARY

RESULT OF SURGICAL TREATMENT OF UPPER THORACIC SPINE INJURIES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of surgical treatment of upper thoracic spine injuries at Viet Duc University Hospital. **Methods:** Research patients diagnosed with spinal injuries from T1 to T5 at the spine surgery department of Viet Duc university hospital from 6/2018 to 6/2021. Results: Average surgery time was 128.1 ± 40.3 minutes, blood loss during and after surgery: 404.4 ± 428 ml. Complications: pressure sores in 5 patients (21.7%), surgical wound infection in 1 patient (4.3%); There were 03 patients who died 1 year or more after

surgery. Neurological recovery according to AIS, evaluating the recovery of 52.17% of patients with neurological recovery according to AIS for 6 months or more, of which 2/14 patients (14.3%) recovered from AIS A to AIS B, 1/14 patients (7.1%) recovered from AIS A to AIS C, 6/23 patients (26.1%) patients with injury levels AIS B, AIS C, AIS D all recovered. converted to AIS E. General results according to Macnab criterial: 47.8% of patients after surgery had good results, 34.8% excellent results, 13% poor results, 4.3% fair results. On x-ray, the kyphosis angle of the vertebral body and the kyphosis angle of the injured area are improved before and after surgery. Vertebral kyphosis angle: before surgery it was 12.78° , after surgery it was 7.94° . There was an improvement in the kyphosis angle before and after surgery. Kyphosis angle in the injured area: before surgery it was 22.7° , after surgery it was 17.35° . **Conclusion:** Surgical treatment of upper thoracic spine injuries gives certain feasible results in nerve damage recovery and post-operative care in patients.

Keywords: upper thoracic spine trauma, decompression and pedicle screw surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống ngực tổn thương tủy sống gây gánh nặng về cả kinh tế và xã hội lên cộng đồng. Có nhiều cách khác nhau để phân đoạn cột sống ngực, trong đó có một số tác giả phân loại cột sống ngực cao là đoạn từ T1 – T5 và đoạn cột sống ngực thấp là từ T6 – T12[1]. Mặt khác ở mức cột sống ngực cao từ T1 - T5 trở lên, khi bị chấn thương gây tổn thương khoang tủy sống từ T6 trở lên, bệnh nhân ngoài chịu di chứng về liệt vận động, cảm giác còn có bệnh lý huyết áp khi nghỉ thấp, rối loạn nhịp tim, các đợt bệnh lý tăng phản xạ tự phát có thể đe dọa tính mạng và hạ huyết áp tư thế dai dẳng[2]. Trong khi ở mức tổn thương dưới tủy sống T6 huyết áp khi nghỉ ngơi có thể bình thường. Chấn thương thường liên quan đến nhiều chấn thương khác và gây chấn thương tủy sống nghiêm trọng[3]. Cùng với sự phát triển mạnh mẽ của chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ (CHT), cắt lớp vi tính (CLVT), Xquang... các tổn thương được chẩn đoán chính xác hơn, giúp phẫu thuật viên có điều trị đúng đắn. Tại Việt Nam có một số nghiên cứu về chấn thương cột sống ngực có nhắc qua về chấn thương cột sống ngực cao[4][5], tuy nhiên có ít nghiên cứu cụ thể về chấn thương cột sống ngực cao T1-T5. Chính vì vậy xuất phát từ mong muốn tìm hiểu sâu hơn về bệnh học và rút ra những kinh nghiệm điều trị của chấn thương cột

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm: Đỗ Mạnh Hùng

Email: drmanhungvdspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 10.4.2024

sống ngực cao chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực cao tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống từ T1 đến T5 tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức từ 6/2018 đến 6/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các thông tin riêng biệt về bệnh tật của bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án hoàn toàn được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Mỗi bệnh nhân được gán một mã số riêng để đảm bảo tính chính xác cũng như tính bảo mật thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phục hồi thần kinh khi khám lại

Bảng 1: Phục hồi thần kinh khi khám lại

Vào viện	≥ 6 tháng				
	AIS A	AIS B	AIS C	AIS D	AIS E
AIS A	11	2	1		
AIS B					3
AIS C					2
AIS D					1
AIS E					3
Tổng	n = 23				

Nhận xét: Có 12 bệnh nhân (52,17%) có phục hồi thần kinh sau 6 tháng. Các bệnh nhân lúc vào viện có liệt tủy không hoàn toàn thì hồi phục tất cả AIS E, các bệnh nhân khi vào viện có liệt tủy hoàn toàn thì tỷ lệ phục hồi thấp.

3.2. Sự phục hồi cơ tròn

Bảng 2: Phục hồi cơ tròn

Rối loạn cơ tròn	Trước mổ		Khi ra viện		Khi khám lại	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Có	17	73,9	17	73,9	13	56,5
Không	6	26,1	6	26,1	10	43,5
Tổng	23	100	23	100	23	100

Nhận xét:

- Có 4 bệnh nhân phục hồi cơ tròn hoàn toàn, còn lại 13 bệnh nhân khi vào viện có rối loạn cơ tròn thì khi khám lại không thay đổi

- Có 6 bệnh nhân khi vào không có rối loạn cơ tròn thì sau khi khám lại cũng không có tổn thương cơ tròn.

3.3. Kết quả chụp lại Xquang thường qui

3.3.1. Góc gù thân đốt và góc gù vùng trước và sau phẫu thuật

Bảng 3: Góc gù thân đốt và góc gù vùng trước và sau phẫu thuật

Các đường cong		$\bar{X} \pm SD$	Min - Max	p
Góc gù thân đốt	Trước mổ	12,78±6,68	3 - 31	<0,001
	Sau mổ	7,94±3,38	2 - 18	
Góc gù vùng	Trước mổ	22,7±9,14	5 - 40	<0,001

Nhận xét: Góc gù thân đốt, góc gù vùng chấn thương đều giảm sau phẫu thuật và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.3.2. Biến cố về kỹ thuật bắt vít đánh giá theo Lonstein

Bảng 4: Biến cố về kỹ thuật bắt vít đánh giá theo Lonstein

Biến cố	Số lượng	Tỷ lệ %
Vít bắt vào bờ trên cuống sát bờ trên thân đốt	4	2,1
Vít bắt xuống bờ dưới cuống	3	1,6
Vít bắt vào bờ trong cuống (2 vít chạm nhau hoặc vượt quá đường giữa)	4	2,1
Vít bắt vào cuống nhưng ra ngoài thân đốt	4	2,1
Vít bắt đúng tiêu chuẩn	174	92,1
Tổng số	189	100

Nhận xét: Đánh giá độ chính xác của kỹ thuật bắt vít theo tiêu chuẩn của Lonstein có độ chính xác của 189 vít là 92,1%.

3.4. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 5: Biến chứng sau phẫu thuật

Loại biến chứng	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tử vong	3	13
Nhiễm trùng vết mổ	1	4,3
Viêm phổi	0	0
Nhiễm trùng tiểu	1	4,3
Loét tì đè	5	21,7

Nhận xét: Biến chứng loét vùng tì đè gặp nhiều nhất sau phẫu thuật với 5 bệnh nhân (21,7%), có 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ và 1 bệnh nhân nhiễm trùng tiểu sau mổ (4,3%). 3 bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật từ 1 năm trở lên.

3.5. Kết quả điều trị chung

Bảng 6: Kết quả phẫu thuật theo phân loại Macnab cải tiến

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	8	34,8
Khá	1	4,3

Trung bình	11	47,8
Xấu	3	13
Tổng	23	100%

Nhận xét: Tỷ lệ cao sau phẫu thuật 8 bệnh nhân (34,8%) có kết quả tốt và 11 bệnh nhân (47,8%) có kết quả trung bình, 1 bệnh nhân (4,3%) có kết quả khá, 3 bệnh nhân (13%) có kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự phục hồi thần kinh khi khám lại.

Đánh giá kết quả phục hồi thần kinh tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật thần kinh từ 6 tháng trở lên chúng tôi thấy có 52,17% bệnh nhân có hồi phục, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Hoàng Nhã[5] là 51,1%. Tất cả các bệnh nhân lúc vào viện có mức độ tổn thương tủy AIS B, C, D đều phục hồi hoàn toàn. Các bệnh nhân lúc đầu vào viện có liệt tủy hoàn toàn AIS A nhìn chung phục hồi kém, chỉ có 3/14 bệnh nhân (21,4%) trong đó 2 bệnh nhân phục hồi ở mức AIS B và 1 bệnh nhân phục hồi ở mức AIS C, còn lại chủ yếu là không phục hồi được.

Van Middendrop và cộng sự[7] nghiên cứu 273 bệnh nhân tổn thương tủy trên T11 năm 2009, đánh giá sau 6 tháng đến 1 năm thấy tỷ lệ phục hồi thần kinh ở nhóm 161 bệnh nhân AIS A khi vào viện là 26,1% thì AIS A phục hồi thành AIS B là 14,3% và AIS A phục hồi thành AIS C/AIS D là 11,8%. Nghiên cứu chỉ ra chỉ có 2,7% tổn thương tủy phục hồi từ AIS B thành AIS E

Spiess và cộng sự[8] nghiên cứu trên 62 trường hợp tổn thương tủy sống hoàn toàn AIS A ở mức trên T10 thì có 24,2% bệnh nhân có phục hồi thần kinh trong đó 12,9% phục hồi ở mức AIS B và 11,2% phục hồi ở mức AIS C/AIS D. Không có bệnh nhân nào phục hồi tủy sống từ AIS B thành AIS E

4.2. Sự phục hồi cơ tròn. Trong bảng 3.6 chúng tôi thấy có 4 bệnh nhân phục hồi cơ tròn sau khám lại. Trong đó có 3 bệnh nhân khi vào viện là tổn thương tủy không hoàn toàn, khi khám lại thì phục hồi cơ tròn hoàn toàn và phục hồi thần kinh hoàn toàn AIS E; một bệnh nhân là trường hợp bệnh nhân 6 tuổi liệt tủy hoàn toàn khi vào viện, khi khám lại phục hồi cơ tròn hoàn toàn và phục hồi thần kinh ở mức AIS C.

Còn lại chúng tôi thấy có 13 bệnh nhân khi vào có tổn thương rối loạn cơ tròn, khi khám lại thì không có sự phục hồi, đây đều là các bệnh nhân tổn thương tủy hoàn toàn khi vào viện. Và 6 bệnh nhân khi vào viện không có rối loạn cơ tròn khi vào viện thì khi khám lại cũng không có sự thay đổi.

Như vậy, có sự phục hồi cơ tròn sau phẫu thuật giải ép chấn thương cột sống ngực cao ở nhóm bệnh nhân liệt không hoàn toàn trước mổ.

Đa số bệnh nhân rối loạn cơ tròn mà tổn thương tủy hoàn toàn trước mổ đều không có sự cải thiện khi khám lại.

4.3. Kết quả chụp lại Xquang thường qui

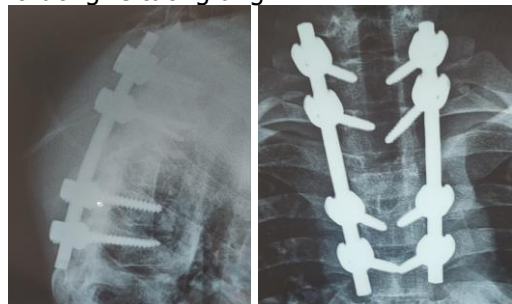
4.3.1. Góc gù thân đốt và góc gù vùng trước và sau phẫu thuật.

Kết quả nắn chỉnh dựa vào góc gù thân đốt và góc gù vùng (Cobb) trước và sau phẫu thuật cho thấy kết quả các góc gù này đều giảm so với trước mổ và giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ (kiểm định Wilcoxon test). Góc gù thân đốt trước mổ và sau mổ lần lượt là $12,78^\circ$ và $9,74^\circ$, góc gù vùng trước và sau mổ lần lượt là $22,7^\circ$ và $17,35^\circ$. Gattozzi[3] nghiên cứu 43 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực cao (T1 –T6) có góc Cobb trước mổ và sau mổ lần lượt là $22,25^\circ$ và $17,6^\circ$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả. Nguyễn Văn Thạch[6] nghiên cứu 146 bệnh nhân phẫu thuật gãy cột sống ngực – thắt lưng không vững thì góc gù thân đốt trước và sau phẫu thuật lần lượt là $22,52^\circ$ và $12,93^\circ$, góc gù vùng chấn thương trước và sau phẫu thuật lần lượt là $22,43^\circ$ và $9,45^\circ$.

4.3.2. Biến cố về kỹ thuật bắt vít đánh giá theo Lonstein.

Độ chính xác của kỹ thuật bắt vít qua cuống là điều quan trọng trong phẫu thuật cột sống vì nó không những giảm thiểu tối đa các tổn thương và biến chứng về thần kinh, mạch máu mà nó còn đảm bảo được lực cần thiết trong nắn chỉnh giải phẫu trong mổ, duy trì được cấu trúc cột sống bình thường sau mổ

Để đánh giá độ chính xác của vít, chúng tôi áp dụng cách đánh giá của Lonstein. Qua nghiên cứu của chúng tôi với tổng số vít được bắt là 189, thì có 174 vít bắt đạt tiêu chuẩn (92,1%) và 15 vít bắt không đạt tiêu chuẩn (7,9%). Theo dõi sau mổ các trường hợp có biến cố đặt vít, chúng tôi thấy không có dấu hiệu thần kinh xấu đi hoặc tổn thương rễ tương ứng.



Hình 1: Vít bắt qua cuống T5 phải và trái chạm nhau

(Bệnh nhân Nguyễn Văn K, 17 tuổi, mã lưu trữ 10782)

So sánh với một số nghiên cứu của các tác giả khác: Nguyễn Văn Thạch [6], trong nghiên cứu 146 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng đã bắt 822 vít qua cuống thì có 10 vít bắt không đạt yêu cầu sau khi kiểm tra x quang sau mổ (1,21%). Stephen I.E[10] phẫu thuật cho 493 bệnh nhân sử dụng phương pháp bắt vít cuống cung, thấy có 5,2% vít sai vị trí. Lonstein [11] thông báo trong năm đầu kinh nghiệm phẫu thuật bắt vít cuống cung thấy 18,3% (trong tổng số 327 vít) bắt sai vị trí. Sau này tác giả tiếp tục báo cáo qua kinh nghiệm bắt 1268 vít, tỷ lệ này giảm xuống còn 0,3%.

4.4. Biến chứng sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng gặp nhiều nhất sau khi ra viện là loét vùng tì đè như vùng cụt, vùng háng hai bên với 5 bệnh nhân (21,7%), trong đó có 2 bệnh nhân được điều trị chăm sóc sớm có thể phục hồi được, còn lại 3 bệnh nhân nằm trong nhóm loét không liền và tử vong sau 1 năm phẫu thuật. Có 1 bệnh nhân có nhiễm trùng tiểu sau phẫu thuật, bệnh nhân này có thêm biến chứng loét vùng tì đè và nằm trong nhóm tử vong sau 1 năm phẫu thuật. Có 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân này sau phẫu thuật có nhiễm trùng vết mổ, đã phải hút áp lực âm liên tục VAC điều trị, kết quả hiện tại bệnh nhân phục hồi rất tốt, từ AIS B khi vào viện phục hồi AIS E hiện tại, bệnh nhân có thể quay trở lại cuộc sống bình thường. Nguyễn Lê Bảo Tiến[12] phẫu thuật 92 bệnh nhân gặp 1 trường hợp lỏng vít, có 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, 10 trường hợp loét tỳ đè, 7 trường hợp nhiễm trùng tiết niệu. Nguyễn Quang Huy[9] nghiên cứu 31 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực có 5 trường hợp loét vùng tỳ đè, 4 trường hợp nhiễm trùng tiểu, 4 trường hợp nhiễm trùng tiết niệu và 2 trường hợp tử vong. Nhìn chung biến chứng sau phẫu thuật đối với chấn thương cột sống ngực gặp nhiều hơn và cũng nặng nề hơn so với chấn thương cột sống ngực – thắt lưng hoặc chấn thương cột sống thắt lưng

4.5. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Macnab cải tiến. Đánh giá kết quả phẫu thuật chung sau ít nhất 6 tháng phẫu thuật chúng tôi sử dụng phân loại Macnab cải tiến. Chủ yếu bệnh nhân liệt hoàn toàn phục hồi cảm giác hoặc tự chăm sóc bản thân một phần nhưng vẫn tàn tật được xếp loại trung bình (47,8%). Có 8 bệnh nhân (34,8%) kết quả điều trị tốt, bệnh nhân có thể trở lại với công việc hàng ngày. Có 3 bệnh

nhân (13%) bệnh nhân tử vong, có do loét tì đè cần được can thiệp khác nên xếp loại xấu. Còn 1 bệnh nhân (4,3%) không liệt nhưng có đau lưng không thường xuyên nên xếp loại khá.

V. KẾT LUẬN

Cải thiện góc gù thân đốt và góc gù vùng chấn thương trước và sau phẫu thuật.

Góc gù thân đốt: trước phẫu thuật là 12,78^o, sau phẫu thuật là 7,94^o. Có sự cải thiện góc gù thân đốt trước và sau phẫu thuật, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Góc gù vùng chấn thương: trước phẫu thuật là 22,7, sau phẫu thuật là 17,35. Có sự cải thiện góc gù vùng chấn thương, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Phục hồi thần kinh theo AIS. Đánh giá sự phục 52,17% bệnh nhân hồi thần kinh theo AIS từ 6 tháng trở lên có kết quả trong đó 2/14 bệnh nhân (14,3%) phục hồi từ AIS A thành AIS B, 1/14 bệnh nhân (7,1%) phục hồi từ AIS A thành AIS C, 6/23 bệnh nhân (26,1%) bệnh nhân tổn thương các mức độ AIS B, AIS C, AIS D đều phục hồi thành AIS E.

Kết quả chung theo Macnab cải tiến: 47,8% bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả trung bình, 34,8% kết quả tốt, 13% kết quả xấu, 4,3% kết quả khá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fisher C, Singh S, Boyd M, et al.** Clinical and radiographic outcomes of pedicle screw fixation for upper thoracic spine (T1-5) fractures: a retrospective cohort study of 27 cases. *J Neurosurg Spine.* 2009; 10(3): 207-213. doi:10.3171/2008.12.SPINE0844
- Theologis AA, Tabaraee E, Funao H, et al.** Three-column osteotomies of the lower cervical and upper thoracic spine: comparison of early outcomes, radiographic parameters, and peri-operative complications in 48 patients. *Eur Spine J.* 2015; 24(S1):23-30. doi:10.1007/s00586-014-3655-6
- Gattozzi D.** Surgery for traumatic fractures of the upper thoracic spine (T1–T6). *Surgical Neurology International.* 2018; 9(1):231. doi: 10.4103/ sni.sni_273_18
- Lê Văn Tuyên.** Đánh giá đặc điểm hình ảnh chấn thương cột sống ngực - thắt lưng theo phân loại TLICS tại bệnh viện Việt Đức. 2017.
- Lê Hoàng Nhã.** Điều trị gãy cột sống ngực do chấn thương bằng phẫu thuật nẹp vít cuống cung. Luận văn thạc sĩ y học. 2016.
- Nguyễn Văn Thạch.** Nghiên cứu điều trị gãy cột sống ngực - thắt lưng không vững, không liệt tủy và liệt tủy không hoàn toàn bằng dụng cụ Moss Miami. 2007.
- van Middendorp JJ, Hosman AJF, Pouw MH, EM-SCI Study Group, Van de Meent H.** ASIA impairment scale conversion in traumatic SCI: is it related with the ability to walk? A descriptive

comparison with functional ambulation outcome measures in 273 patients. Spinal Cord. 2009; 47(7):555-560. doi:10.1038/sc.2008.162

8. **Spieß MR, Müller RM, Rupp R, Schuld C.** Conversion in ASIA Impairment Scale during the First Year after Traumatic Spinal Cord Injury. :10.
9. **Nguyễn Quang Huy.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực bằng

phương pháp bắt vít qua công tại bệnh viện Việt Đức. Published online 2010.

10. **Esses SI, Sachs BL, Dreyzin V.** Complications associated with the technique of pedicle screw fixation. A selected survey of ABS members. Spine (Phila Pa 1976). 1993;18(15):2231-2238; discussion 2238-2239. doi:10.1097/00007632-199311000-00015

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VIS KHÓA TẠI BỆNH VIỆN E

Vũ Trường Thịnh^{1,3}, Nguyễn Ngọc Hải², Phí Văn Tường¹,
Nguyễn Xuân Thùy¹, Nguyễn Minh Anh³, Dương Duy Thanh³,
Nguyễn Mạnh Tiến³, Trương Văn Kiều³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại bệnh viện E từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 31 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật KHX bằng nẹp khóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện E. Trong thời gian từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 60-79 chiếm tỷ lệ 61,2%, đa phần là nam giới chiếm 77,4%, tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (64,6%), và gãy có mảnh rời (nhóm A2) chiếm đa phần (80,6%). Kết quả chung theo thang điểm của Merle -d'Aubigné - Postel tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 87,1%, trung bình là 6,5%, xấu là 6,4%. **Kết luận:** Gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người lớn là tổn thương nặng, ảnh hưởng đến chức năng và tầm vận động chi dưới. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa nhằm nhằm chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Gãy liên mấu chuyển xương đùi, phẫu thuật.

SUMMARY

TO ASSESS THE OUTCOMES OF SURGICAL INTERVENTION FOR COMBINED FRACTURE-DISLOCATION OF THE HIP USING LOCKING PLATE FIXATION AT E HOSPITAL

Introduction: This study aims to assess the outcomes of surgical intervention for combined fracture-dislocation of the hip using locking plate

fixation at Hospital E from September 2020 to March 2022. **Subject and Methods:** A cross-sectional descriptive study and a non-randomized prospective study were conducted on 31 patients with fracture-dislocation of the hip who underwent surgical treatment with locking plate fixation at the Orthopedic Trauma Department of Hospital E during the period from September 2020 to March 2022. **Results:** The majority of patients (61.2%) were in the age group of 60-79 years, predominantly males (77.4%). Leisure accidents accounted for the highest proportion of injuries (64.6%), and the majority of fractures were classified as A2 type with displaced fragments (80.6%). According to the Merle-d'Aubigné-Postel scoring system, the overall results were good or excellent in 87.1% of cases, with an average score of 6.5%, and poor outcomes in 6.4%. **Conclusions:** Fracture-dislocation of the hip in adults is a severe injury that significantly affects function and lower limb mobility. Surgical intervention involving the use of locking plate fixation aims to anatomically restore and stabilize the fractured region, creating conditions for early postoperative functional rehabilitation. **Keywords:** Fracture-dislocation of the hip, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy vùng mấu chuyển xương đùi là gãy ở phần chuyển tiếp giữa cổ và thân xương đùi, bao gồm cả mấu chuyển lớn và mấu chuyển bé, là loại gãy xương ngoài bao khớp. Đây là loại gãy xương khá phổ biến, chiếm gần 2/3 trường hợp gãy đầu trên xương đùi; hay xảy ra ở người cao tuổi (chiếm đến 95%) xảy ra ở phụ nữ nhiều gấp 2-3 lần nam giới. Nguyên nhân là do loãng xương, có thể gây gãy xương chỉ do một chấn thương nhẹ như trượt chân ngã, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt.

Trước đây, với gãy liên mấu chuyển xương đùi (đặc biệt ở người cao tuổi) chủ yếu được điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, điều trị bảo tồn (như kéo nắn bó bột, xuyên đinh kéo liên tục...) có thể có nhiều biến chứng do bệnh nhân phải nằm lâu.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024