

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VỠ Ổ CỐI (TỪ 01 - 2005 ĐẾN 10 - 2011)

Lưu Hồng Hải[†]; Nguyễn Việt Nam*[†]; Phạm Thanh Tùng**

TÓM TẮT

Các tác giả thông báo kết quả phẫu thuật cho 56 bệnh nhân (BN) vỡ ổ cối từ 01 - 2005 đến 10 - 2011, thời gian theo dõi trung bình 38 tháng. Trong đó, 42 nam và 14 nữ, tuổi nhỏ nhất 16 và lớn nhất 56 tuổi. Chẩn đoán dựa vào X quang khớp háng 3 tư thế của Judet, 87,5% BN được chụp cắt lớp vi tính. Theo phân loại của Letournel và Judet, loại gãy phức tạp 33/56 BN (58,92%) và gãy đơn giản 41,08%. Xác định mối liên hệ hữu cơ giữa kết quả nắn chỉnh và kết quả cơ năng lâm sàng cho thấy: kết quả cơ năng lâm sàng tốt 39,28%; khá 37,5%; trung bình 16,07%; xấu 7,14%. Biến chứng nhiễm trùng 02 BN, sau đó chạy máy VAC 02 liệu trình, khâu da thì: 02 BN. Trong đó, 04 BN có triệu chứng thoái hóa khớp háng, cần tăng thời gian kiểm tra định kỳ.

Như vậy, phẫu thuật điều trị tổn thương vỡ ổ cối là chỉ định cần thiết, khôi phục hình thể giải phẫu, trả lại chức năng khớp háng. Đó cũng là mục tiêu điều trị của phẫu thuật khớp.

* Từ khóa: Vỡ ổ cối; Phẫu thuật.

THE RESULT OF FIXATION OF ACETABULAR FRACTURE SURGERY (FROM 01 - 2005 TO 10 - 2011)

SUMMARY

This article reports 56 cases of acetabular fracture operated from January 2005 to November 2011. There were 42 males and 14 females. The youngest patient was 16 years old and the oldest was 56 years old. Diagnosis was based on X-ray with three views of Judet and 87.5% were done computer scan. According to Letournel and Judet's classification: complicated fracture was 33/56 of patients (58.92%) and simple fracture accounted for 41.08%. The earlier the surgery was performed, the better result we got. Functional final result showed excellent 39.28%; good 37.5%; fair 16.07%; poor 7.14%. Infected complications were found in 02 patients who were exposed to VAC device in 02 periods. There were 4 cases of postoperative osteoarthritis, which need to increase periodical follow-up.

In conclusion, acetabulum operation is right indication aimed at recovering acetabular anatomy and functions. That is our goal of acetabular fracture surgery.

* Key words: Acetabular fracture; Surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các đường gãy vỡ ổ cối được chỉ định điều trị bảo tồn thường để lại di chứng xấu, ảnh hưởng chức năng vận động. Cho tới giữa thế kỷ 20, anh em nhà Judet và Emile

Letournel nghiên cứu các đường gãy ổ cối và tiên phong phát triển phẫu thuật vỡ ổ cối, từ đó, phẫu thuật này trở thành một trong những phương pháp tiêu chuẩn để điều trị tổn thương ổ cối.

* Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: PGS. TS. Trần Đình Chiến

PGS. TS. Phạm Đăng Ninh

Vỡ ổ cối: thường gặp ở người trẻ do tai nạn giao thông, khi vận tốc cao, hoặc ngã cao.

Thường có sai khớp háng khi vỡ ổ cối, kết hợp với tổn thương cơ quan khác, đe dọa tính mạng như: tủy sống, chấn thương vùng ngực - bụng, chấn thương cơ quan tiết niệu, đứt dây chằng, sai khớp...

Phẫu thuật điều trị vỡ ổ cối ở Việt Nam hiện nay được thực hiện nhưng chưa nhiều; chỉ có một vài cơ sở chấn thương chỉnh hình chuyên sâu đang nghiên cứu điều trị. Vì vậy, cần trao đổi kinh nghiệm trong điều trị phẫu thuật này nhằm xây dựng quy trình điều trị cho BN có tổn thương ổ cối đạt hiệu quả cao. Bài viết này nhằm: *Báo cáo kết quả điều trị phẫu thuật vỡ ổ cối cho 56 BN tại Bệnh viện TQ 108 từ tháng 1 - 2005 đến 10 - 2011.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

56 BN được phẫu thuật vỡ ổ cối tại Viện Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện TQ 108 từ tháng 01 - 2005 đến 10 - 2011.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu mô tả.

Lựa chọn BN theo chỉ định. Tất cả BN đều được chụp X quang 03 tư thế của Judet và 49/56 BN (87,5%) được chụp CT-scan chẩn đoán.

* *Chỉ định phẫu thuật:* gãy bờ sau ổ cối có sai khớp háng, điều trị bảo tồn bằng kéo liên tục thất bại, di lệch trên ổ cối đường gãy di lệch trên 2 mm, mất vững khớp háng, có mảnh rời trong khớp, gãy hai cột trụ gây mất cân xứng giữa chỏm và ổ cối.

Bảng 1: Phân loại đường gãy theo Letoumel và Judet (1964).

	PHÂN LOẠI	SỐ LƯỢNG	%	NHÓM
Đường gãy đơn (týp A)	Đường gãy thành sau	10	17,85	23/56
	Đường gãy cột sau	5	8,92	
	Đường gãy thành trước	3	5,37	41,08%
	Đường gãy cột trước	3	5,37	
	Đường gãy ngang	2	3,57	
Đường gãy phức tạp (týp B)	Đường gãy ngang bán phần phía trước và sau	3	5,37	33/56
	Đường gãy cột sau với thành sau	10	17,85	
	Đường gãy ngang với thành sau	6	10,72	58,92%
	Đường gãy hình chữ T	5	8,92	
Đường gãy phức tạp (týp C)	Đường gãy qua hai cột	9	16,06	

Tùy thuộc vào đường gãy, đường mổ phía sau (Kocher - Langenbeck) hoặc đường mổ phía trước (đường chậu đùi) hoặc cả hai đường được áp dụng. Khi mổ, nắn chỉnh các đường gãy về vị trí giải phẫu và kết xương bằng nẹp tái tạo (nẹp mắt xích) và vít ren sâu.

Sau mổ 6 - 8 tuần, cho BN tập vận động háng và gối sớm không tỳ nén. Sau đó, BN tập vận động tỳ nén một phần, đi lại với nạng. BN đi lại tỳ nén hoàn toàn sau 12 - 16 tuần.

Theo dõi và đánh giá kết quả của BN sau mổ 03 tháng, 06 tháng và kéo dài 72 tháng. Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa vào bảng phân loại của Harris W.H (1969) và Brooker A.F (1973).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 56 BN điều trị, 42 nam, 14 nữ, tuổi từ 16 - 56, tuổi trung bình 32,7. Hầu hết BN trong độ tuổi lao động. Điều này cho thấy việc điều trị trả lại giải phẫu và chức năng cho tổn thương ổ cối là cần thiết, sớm đưa BN trở về với sinh hoạt hàng ngày và lao động.

Sau mổ, tiến hành chụp X quang kiểm tra đánh giá kết quả phẫu thuật. Thực hiện cố định ổ gãy hoàn chỉnh theo giải phẫu cho 44/56 BN, 12 BN kết xương phức tạp có khuyết hồng xương, hình thái ổ gãy chưa đạt yêu cầu, di lệch ổ gãy từ 2 - 5 mm.

Bảng 2: Phân loại kết quả theo Harris và thời gian sau mổ.

THỜI GIAN	CHẤT LƯỢNG KHỚP HỒNG SAU MỔ				TỔNG SỐ BN THEO DỐI
	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu	
03 tháng	22	20	9	5	56
06 tháng	22	19	9	4	54
12 tháng	20	19	7	3	49
18 tháng	20	18	7	3	48
24 tháng	19	17	6	2	44
36 tháng	18	16	6		40
72 tháng	16	14			30

* *Phân loại kết quả chung sau mổ theo Harris:*

Tốt: 22 BN (39,28%); khá: 21 BN (37,5%); trung bình: 9 BN (16,07%); xấu: 4 BN (7,14%). Đánh giá kết quả X quang sau mổ và trong những lần tái khám theo phân loại của Brooker với 39/56 BN độ I, II và 17/56 BN đạt độ III, IV.

Bảng 3: Phân loại kết quả theo Brooker.

Kết quả sau mổ	19	20	11	6	56
Tỷ lệ (%)	33,92	35,71	19,64	10,71	100

Theo dõi sau mổ: 33/56 BN cho kết quả tốt và khá, 04 BN kết quả chưa tốt (02 BN chậm liền vết mổ phải đặt VAC sau 2 liệu trình điều trị, kết quả ổn định, vết mổ liền sẹo tốt; 02 BN còn đau khớp hoặc khó khăn khi vận động).

Thời gian theo dõi ngắn nhất 03 tháng, dài nhất 72 tháng, tiếp tục theo dõi hẹn BN

tái khám định kỳ 6 tháng. Những BN có kết quả xấu được điều trị di chứng, tập vận động và biện pháp kết hợp cho kết quả khá hơn, BN không còn đau khớp, BN có thể đi lại nhưng hạn chế. Trong đó, một số BN đang trong thời gian theo dõi.

Theo dõi và đánh giá tổn thương khớp sau mổ theo thời gian cho thấy: 04 BN thoái hóa khớp háng.

BÀN LUẬN

Theo Heeg M, Klasen H.J, Visser J.D [3] việc điều trị bảo tồn còn nhiều bàn cãi. Theo chúng tôi: với đặc thù là tổn thương vỡ ổ cối, BN thường ở độ tuổi lao động, nam giới, nên điều trị phẫu thuật sớm, trả lại giải phẫu và chức năng cho khớp háng là chỉ định cần thiết.

Tổn thương ổ cối thường là tổn thương phức tạp do đầu trên xương đùi tác động như một cái búa vào ổ cối. Trong nghiên cứu này, 80,55% tổn thương phức tạp, cho thấy việc áp dụng bảng phân loại đường gãy của Judet và Letournel (1993) là cần thiết, nên thống nhất trong các cơ sở y tế, để có phương pháp xử trí phù hợp và thống nhất.

Kết quả cho thấy 76,78% BN hài lòng với kết quả khá tốt, phù hợp với nhiều thông báo kết quả điều trị phẫu thuật vỡ ổ cối trong và ngoài nước. Nguyễn Vĩnh Thống [2] điều trị đạt kết quả tốt 64% cho 90 trường hợp. Vincenzo Giordano và CS (2009) [8] nghiên cứu trên 35 trường hợp thấy 88,6% BN hài lòng với kết quả điều trị. Schmitdt C.C, Gruen G.S [7] gặp kết quả: tốt 38%, khá 19%, trung bình 24%, xấu 24%. Hai tác giả này đạt kết quả thấp hơn do chỉ đánh giá chức năng 21 BN gãy cả hai cột trụ.

Do đặc thù tổn thương phức tạp và thường có tổn thương thành, cột sau ổ cối gặp tỷ lệ 41,08% (23/56 BN) nên việc lựa chọn đường mổ phù hợp là cần thiết. Qua kinh nghiệm thực tế, chúng tôi thấy đường

mổ Kocher - Langenbeck là phù hợp. Kết quả này tương đương với Nguyễn Vĩnh Thống và một số tác giả nước ngoài. Đường mổ vào trực tiếp ổ gãy, mở rộng khi cần thiết, thực hiện thao tác thuận lợi. Tuy nhiên, khi gãy cả hai cột trụ, nên áp dụng cả hai đường mổ Kocher - Langenbeck và đường chậu cung bẹn (ilioinguinal). Quan điểm này được Schmitdt C.C, Gruen G.S [7] ủng hộ.

Tuy nhiên, vỡ ổ cối là một tổn thương xử trí phức tạp, thường kèm theo tổn thương toàn thân khác nặng. Điều trị phẫu thuật can thiệp với đường rạch lớn khoảng 20 - 25 cm gây ra một số biến chứng sau mổ, cần phải lưu ý như tụ máu trong vết mổ và ổ khớp cứng hoặc hạn chế vận động khớp háng, nguy cơ tổn thương thần kinh, chàm liền vết mổ... Ngoài ra, cần theo dõi biến chứng muộn đối với tổn thương ổ cối là thoái hóa khớp háng. Hạn chế được biến chứng sẽ giảm nguy cơ thoái hóa khớp, trả lại chức năng sớm và vận động không bị đau. Nguyễn Vĩnh Thống [2] theo dõi tới 42 tháng, còn Vincenzo Giordano và CS (2009) [8] theo dõi từ 18 - 84 tháng. Heeg M, Klasen H.J, Visser J.D [3] theo dõi tới 17 năm với thời gian theo dõi trung bình là 9,6 năm. Do vậy, loại tổn thương này cần theo dõi với thời gian dài.

KẾT LUẬN

Gãy ổ cối hiện nay là vấn đề được các phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình quan tâm, chỉ định phẫu thuật là ưu tiên hàng đầu nhưng còn cân nhắc tại nhiều cơ sở y tế. Tuy nhiên, với kết quả đạt được, tuy số liệu chưa nhiều, nhưng cũng phù hợp với một số tác giả trong và ngoài nước.

Phẫu thuật điều trị đường gãy ổ cối là phương pháp điều trị tốt, đem lại hiệu quả điều trị, sớm trả lại hình thể giải phẫu và chức năng cho khớp háng, hạn chế thời gian nằm điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Vĩnh Thống và CS. Phẫu thuật cố định vỡ ổ cối bằng phương pháp buộc vòng chỉ thép. Nghiên cứu Y học. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2007.
2. Nguyễn Vĩnh Thống. Kết quả điều trị các gãy ổ cối có di lệch bằng phẫu thuật. Nghiên cứu y học. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2008, tập 12 số 2.
3. Heeg M, Klasen H.J, Visser J.D. Operative treatment for acetabular fractures. J Bone Joint Surg. 1990, 72 - B, pp.383-386.
4. Letournel E. The classic: fractures of the acetabulum: A study of a series of 75 cases. Journal of Orthopaedic Trauma. Lippincott Williams & Wilkins, 2006. Volume 20(1), pp.S15-S19.
5. Letournel E. Acetabulum fractures: classification and management. Clint Orthop Rel Res. 1980. 151, pp.81-106.
6. Mihir M Thacker, MBBS et al. Acetabulum fracture. WebMD. Emedicine specialies, Orthopedic surgery. Jul 08, 2009.
7. Schmidt C.C, Gruen G.S. Non-extensile surgical approaches for two-column acetabular fractures. J Bone Joint Surg. 1993, 75 - B, pp.556-561.
8. Vincenzo Giordano et al. Operative treatment of transverse acetabular fractures: is it really necessary to fix both columns?. Int J Med Sci 2009; 6: pp.192-199.

Ngày nhận bài: 10/5/2012

Ngày giao phản biện: 26/7/2012

Ngày giao bản thảo in: 31/8/2012