

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP DHS TẠI BỆNH VIỆN BÀ RỊA

BS Nguyễn Phương Nam, Bệnh Viện Bà Rịa.

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên máu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp DHS và rút ra một số nhận xét chọn dụng cụ kết hợp xương trong gãy liên máu chuyển xương đùi.

Đối tượng nghiên cứu: 29 bệnh nhân gãy liên máu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS tại Bệnh viện Bà Rịa từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu can thiệp.

Kết quả: Nghiên cứu 29 bệnh nhân gãy liên máu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS tại Bệnh viện Bà Rịa từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2018: thời gian theo dõi trung bình 12,3 tháng (ngắn nhất 6 tháng và dài nhất 18 tháng). Cho kết quả theo Nguyễn Trung Sinh: đạt 96,6% liền xương chắc, trong đó 89,6% rất tốt và tốt, 6,9% trung bình, kém 3,4%.

Kết luận: Chọn nẹp DHS kết hợp xương cho gãy liên máu chuyển xương đùi loại A1 và A2.2 (phân loại AO) là phù hợp nhất. Để đạt kết quả tốt nhất cần phải có đủ trang thiết bị.

ABSTRACT

Từ khóa: Gãy liên máu chuyển xương đùi, kết hợp xương đùi bằng nẹp DHS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên máu chuyển xương đùi là loại gãy xương thường gặp, nhất là đối với người cao tuổi và có thể gây nhiều biến chứng toàn thân cũng như tại chỗ, [6]. Ở Việt Nam, tuy chưa có thống kê cụ thể về số lượng bệnh nhân trong toàn quốc, nhưng với tỉ lệ người cao tuổi tăng nhanh, số lượng gãy xương ở đối tượng này do đó cũng tăng theo.

Đến nay phẫu thuật điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi vẫn là chỉ định hàng đầu do các phương pháp bảo tồn bệnh nhân phải nằm tại chỗ trong thời gian dài, dễ gây các biến chứng như viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, loét vùng cùng cụt...

Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi, hiện nay kết hợp xương bằng nẹp DHS (dynamic hip screw: nẹp vít động lực), nẹp lưỡi (lame plaque), nẹp vít khóa, đinh gamma ... [3], [6] được sử dụng.

Tại Bệnh viện Bà Rịa, từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2018, đã điều trị và theo dõi cho 29 bệnh nhân gãy liên máu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp DHS nắn chỉnh kín trên bàn chỉnh hình có sự kiểm soát của màn hình tăng sáng và đã thu được kết quả khả quan.

Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả điều trị gãy liên máu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp DHS.
2. Nêu một số nhận xét chọn dụng cụ kết hợp xương trong gãy liên máu chuyển xương đùi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

29 bệnh nhân gãy liên máu chuyển xương đùi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS tại Bệnh viện Bà Rịa từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Tiến cứu can thiệp

2.2.1. Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp DHS

Bệnh nhân được gây tê tủy sống và nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, màn hình tăng sáng (C-arm) đặt đối diện phẫu thuật viên.



Nắn chỉnh và kiểm tra dưới C-arm



KHX dưới C-arm

Đường mổ theo mặt ngoài đùi dài 15cm. Xác định vị trí bắt vít cổ chỏm, kiểm tra của C-arm cả hai bình diện thẳng và nghiêng, bắt vít cổ chỏm, lắp nẹp, bắt vít nén. Bắt vít xương cứng vào xương đùi.

Sau mổ 24 giờ cho bệnh nhân ngồi dậy tập vận động.

2.2.2. Đánh giá kết quả điều trị

Theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh (1999) [4] gồm 4 mức độ:

Rất tốt: Sẹo mổ mềm mại, không viêm rò. Xquang: liền xương tốt, góc cổ thân xương đùi từ (125° - 130°). Đi lại bình thường, không đau ổ gãy. Biên độ vận động khớp háng bình thường. Không ngắn chi hoặc ngắn dưới 1cm so với bên lành.

Tốt: Sẹo mổ mềm mại, không viêm rò. Xquang: liền xương tốt, góc cổ thân xương đùi từ (125° - 130°). Đi lại tập tễnh, ngồi xổm hoặc ngồi khoanh tròn được, thỉnh thoảng đau. Biên độ vận động khớp háng hạn chế từ 10-30%. Ngắn chi từ 1-2 cm so với bên lành.

Trung bình: Sẹo xấu dính xương. Xquang: liền xương tốt, góc cổ thân xương đùi từ (110° < 120°). Đau thường xuyên khớp háng, đi lại khó khăn. Biên độ vận động khớp háng hạn chế >30-50%. Ngắn chi >2cm so với bên lành.

Kém: Sẹo mổ xấu, viêm rò. Xquang: không liền xương ổ gãy, phương tiện cố định bị mất tác dụng, góc trục cổ thân < 110° . Bệnh nhân không đi lại được hoặc đi lại khó khăn, đau thường xuyên. Biên độ vận động khớp háng hạn chế > 50%. Ngắn chi >3cm so với bên lành.

III. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

3.1. Tuổi và giới

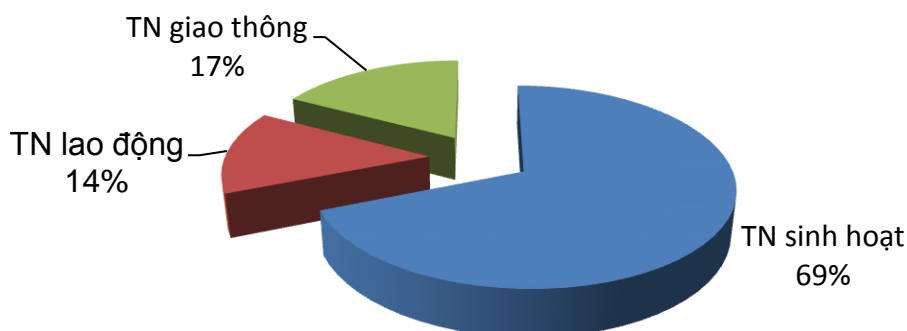
Bảng 3.1 Liên quan giữa tuổi và giới (n=29)

Độ tuổi	Nữ	Nam	Cộng
<60	2(6,9%)	1(3,4%)	3 (10,3%)
60-70	3(10,3%)	2(6,9%)	5 (17,3%)
71-80	7(24,1%)	5(17,3%)	12 (41,4%)
81-90	6(20,7%)	3(10,3%)	9 (31,1%)
Cộng	18 (62,1%)	11(37,9%)	29 (100%)

29 bệnh nhân bao gồm 11 nam và 18 nữ; bệnh nhân trẻ nhất 54 tuổi, già nhất 82 tuổi (trung bình 63,11 tuổi).

Bệnh nhân nữ chiếm đa số 62,1% ở tuổi này do hiện tượng loãng xương nên chỉ cần một lực chấn thương nhẹ cũng gây gãy xương, tỷ lệ loãng xương ở nữ giới cao hơn nam giới, kết quả này tương tự với các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Năng Giới tuổi trung bình là 70 [1]

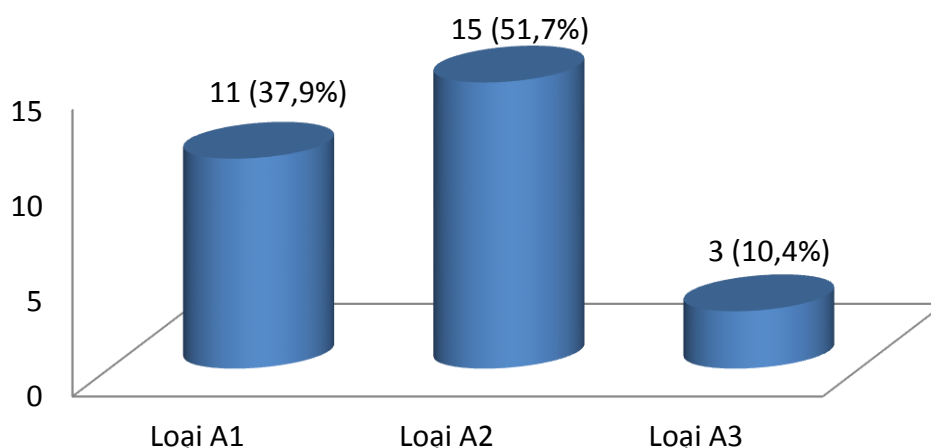
3.2. Nguyên nhân



Biểu đồ 3.2 Nguyên nhân gây xương (n=29)

Chủ yếu do tai nạn sinh hoạt chiếm 69,0% vì các bệnh nhân ở độ tuổi này (63,11 tuổi) ít còn tham gia lao động và hoạt động giao thông.

3.3. Phân loại gãy xương theo AO



Biểu đồ 3.1.3 Hình thái đường gãy phân loại theo AO (n=29)

Loại gãy liên mấu chuyển trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là loại gãy A1(37,9%) và A2 (51,7%), điều này liên quan đến chỉ định phẫu thuật dùng nẹp DHS để kết hợp xương. So với tác giả Nguyễn Năng Giới có 72,34% bệnh nhân thuộc loại A2 và A3[1] do chọn mẫu nghiên cứu là loại gãy không vững. Loại A3 chúng tôi chỉ định cho kết hợp xương bằng nẹp khóa.

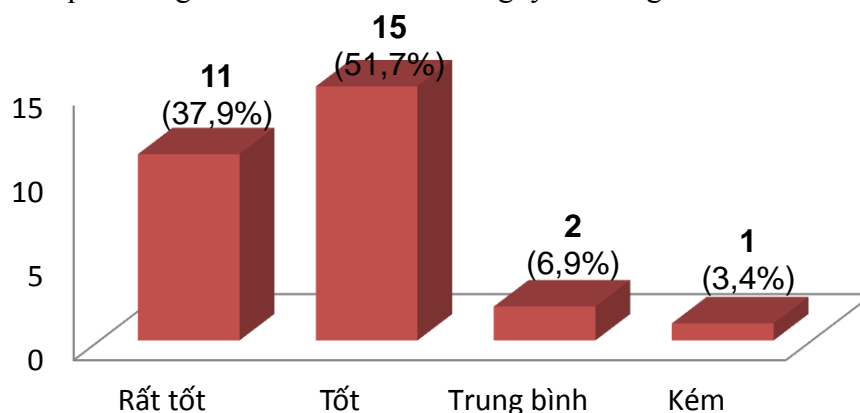
3.4. Kết quả điều trị

29 bệnh nhân được đánh giá kết quả, thời gian theo dõi từ 6-18 tháng (trung bình 12,3 tháng).

- Liên vết mổ: cả 29 bệnh nhân (100%) đều có sẹo mổ liền tốt, mềm mại.
- Liên xương: 28 bệnh nhân (96,6%) liên xương tốt, 1 bệnh nhân (3,45%) liên không tốt.

- Góc cổ thân xương đùi so với sau mỏ: 21 bệnh nhân (72,4%) giữ nguyên; 6 bệnh nhân (20,7%) bị hẹp 120-125°; 2 bệnh nhân (6,9%) bị hẹp dưới 120°.
- Chức năng đi lại: 19 bệnh nhân (65,5%) đi lại bình thường không đau; 6 bệnh nhân (20,7%) đau nhẹ khi đi bộ; 4 bệnh nhân (13,8%) đau nhiều khi đi bộ.
- Chức năng vận động khớp háng: 23 bệnh nhân (79,3%) đạt biên độ vận động khớp háng bình thường; 6 bệnh nhân (20,7%) có hạn chế gấp khớp háng từ 10-20°.
- Độ dài chi: 6 bệnh nhân (20,7%) bị ngắn chiều dài tương đối chi so với bên lành, trong đó 2 bệnh nhân ngắn dưới 2 cm, 3 bệnh nhân ngắn 2-3 cm và 1 bệnh nhân ngắn 3-4 cm.

Đánh giá kết quả chung: Theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh:



Biểu đồ 3.4 Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh (n=29)

Kết quả phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, loại gãy, chất lượng cuộc mổ, phương tiện kết hợp xương, tập vận động sau mổ, tình trạng loãng xương của bệnh nhân...

Với kết quả rất tốt và tốt đạt 89,6%, trung bình 6,9%, kém 3,4% cho thấy kết quả điều trị của chúng tôi rất khả quan. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bửu Hoa (2010) điều trị 54 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi cũng bằng phương pháp kết hợp xương nẹp DHS, đạt kết quả rất tốt và tốt 75,93%, trung bình 12,96% và kém là 11,11% [2]. So với tác giả trên, kết quả của chúng tôi cao hơn do có đủ phương tiện, bộ nẹp vít đặt đúng vị trí nên tác dụng cố định ổ gãy tốt, thuận lợi cho quá trình tập vận động sau mổ của bệnh nhân.

So sánh với kết quả của Nguyễn Việt Nam (2013) có sử dụng bàn chỉnh hình và màn hình tăng sáng nắn chỉnh kín, kết hợp xương nẹp DHS cho 47 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi đạt rất tốt và tốt 84,62%, trung bình 15,38%, không có kết quả xấu [3] thì kết quả của chúng tôi tương đương. Điều này chứng tỏ trong điều kiện đầy đủ phương tiện có bàn kéo nắn chỉnh hình và kiểm soát dưới màn tăng sáng khi thực hiện phẫu thuật thì sẽ cho kết quả tốt nhất.

Trong kết quả của chúng tôi liền xương tốt 96,6%, nhưng với 6/29 bệnh nhân (20,7%) có góc cổ - thân xương đùi hẹp so với kết quả X quang thời điểm sau kết hợp xương là do trong đó có 1 bệnh nhân gãy loại A1 có chất lượng xương kém mà tổng trạng béo mập và 5 bệnh nhân gãy loại A2.2 kèm theo loãng xương và là loại gãy không vững nên khi tập đi đã có hiện tượng này xảy ra. Với tỉ lệ 20,7% di lệch muộn này của chúng tôi nằm trong giới hạn cho phép. Các tác giả khác cũng đã ghi nhận sự di lệch muộn này khi sử dụng nẹp DHS. Putz và cộng sự thông báo tỉ lệ di lệch thứ phát tới 34,1%, trong đó có 6,7% di lệch nhiều [6]. Nhiều tác giả cho rằng với gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững, nhất là loại đường gãy kéo dài xuống dưới mấu chuyển thì nẹp DHS tỏ ra có kết quả kém hơn do sự di lệch thứ phát này [6].

3.5 Biến chứng và tai biến:

Tai biến trong mổ: Có 1 bệnh nhân bị vỡ máu chuyển lớn do khi dùi điếm vào không đủ rộng. Chúng tôi mở rộng vết mổ và làm rộng lại điếm vào, máu chuyển lớn vỡ không xử trí gì thêm, kết quả kết hợp xương lành tốt.

Biến chứng sau mổ: có 1 bệnh nhân biến chứng vít cổ chỏm cán vào bờ ổ cối, sau 5 tháng bệnh nhân vẫn đi tập tễnh và đau, sau đó được mổ lại thay chỏm do chất lượng xương loãng.

3.6 Kết hợp xương trong gãy liên máu chuyển xương đùi: Nẹp DHS và so sánh với các dụng cụ kết hợp xương khác

3.6.1 Nẹp DHS

Nẹp DHS được phát triển từ năm 1980 đã nhanh chóng phát triển rộng rãi và được coi như tiêu chuẩn vàng trong kết hợp xương vùng máu chuyển. Chỉ định cho kết hợp xương gãy liên máu chuyển xương đùi. Với ưu điểm cố định vững chắc ổ gãy, nhất là các gãy vững, cho phép bệnh nhân tập vận động sớm đã đem lại kết quả tốt.

Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp DHS có hỗ trợ nắn chỉnh kín bằng bàn chỉnh hình dưới sự kiểm soát của màn tăng sáng có ưu điểm: Giảm thời gian mổ do đã được nắn chỉnh kín, vị trí của vít cổ chỏm được xác định chính xác, bộc lộ phần mềm tối thiểu, không phải mở bao khớp do quá trình mổ được kiểm soát bằng C-arm.

Hệ thống nẹp DHS chắc, khỏe, cố định vững chắc ổ gãy, cho phép tập vận động sớm, nhất là các ổ gãy vững và tương đối vững, giữ được góc cổ - thân xương đùi, hạn chế biến chứng gập góc sau mổ, nhất là ở giai đoạn tập đi nên đứng đi.

Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là khi kết hợp xương bằng nẹp DHS đối với ổ gãy không vững (có mảnh rời ở thành trong hoặc vỡ máu chuyển lớn) và nhất là khi đường gãy chạy xuống vùng dưới máu chuyển thì nẹp DHS không đủ vững. Các trường hợp gãy loại A3 đường gãy nằm ngang, khi khoan vít cổ chỏm, lỗ vào đúng ngay hoặc sát cạnh đường gãy nên khi bắt vít nẹp kéo cổ chỏm ra ngoài, ổ gãy không được cố định tốt. Hơn nữa, phương pháp này đòi hỏi phải có đầy đủ dụng cụ (màn hình tăng sáng, bàn chỉnh hình, bộ trợ cụ chuyên dụng) thì kết quả mới hoàn hảo.

3.6.2 So sánh với các phương pháp kết hợp xương khác

Nẹp lưới (lame plaque): Thường dùng cho gãy dưới máu chuyển xương đùi. Không có tác dụng nẹp ép giữa 2 mặt gãy. Kỹ thuật đòi hỏi chính xác, khó làm, phải mổ mở hoàn toàn gây tổn thương phần mềm nhiều.

Nẹp khóa: Sử dụng nẹp khóa trong gãy liên máu chuyển xương đùi cho phép nắn chỉnh dễ, kết hợp xương dễ dàng nhưng sự giữ vững góc cổ thân xương đùi rất kém, mổ mở hoàn toàn gây tổn thương mô mềm nhiều. Khó giữ được góc cổ - thân xương đùi. Cho tập chịu đi nên đứng đi muộn.

Đinh nội tủy gamma: Đinh gamma có hiệu quả trong gãy không vững với ổ gãy có một hay nhiều mảnh rời thành sau trong (loại A2) hay đường gãy chạy dài dài xuống vùng dưới máu chuyển, thân xương (loại A3) [5]. Có thể khắc phục được nhược điểm của nẹp DHS. Nhưng kỹ thuật mổ đòi hỏi cao. Chỉ định dùng trong gãy dưới máu chuyển xương đùi là chủ yếu.

Qua đề tài nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy chọn lựa dụng cụ kết hợp xương cho các loại gãy theo phân loại AO như sau:

- Nẹp DHS có hiệu quả tốt khi sử dụng kết hợp xương cho loại gãy A1, A2.1 và A2.2.
- Đinh gamma có hiệu quả nhất khi sử dụng kết hợp xương cho loại gãy A3
- Nẹp lưới có hiệu quả khi sử dụng kết hợp xương cho loại gãy A3.1 và A3.3
- Nẹp khóa nên sử dụng trong loại gãy A2.3

Như vậy, kết hợp xương bằng nẹp DHS là phương pháp cho áp dụng rộng rãi nhờ tác dụng cố định ổ gãy vững chắc và có lực ép trên ổ gãy. Tốt hơn là khi được thực hiện trên bàn chỉnh hình với sự kiểm soát của màn hình tăng sáng sẽ giúp cho cuộc mổ thuận lợi: giảm thời gian phẫu thuật, ít gây tổn thương mô mềm, đặt phương tiện kết hợp xương đúng vị trí với kích thước phù hợp, giảm lượng máu mất và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn...

Ca lâm sàng: BN B.T.B 78 tuổi Gãy LMC đùi trái loại A2, theo dõi 16 tháng



XQuang trước mổ



Xquang sau KHX nẹp DHS



XQuang sau mổ 16 tháng

IV. KẾT LUẬN.

Đánh giá kết quả điều trị 29 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phương pháp phẫu thuật kết xương nẹp DHS, nắn chỉnh kín bằng bàn chỉnh hình và màn hình tăng sáng tại Bệnh viện Bà Rịa, chúng tôi rút ra kết luận:

- Kết quả điều trị: Vết mổ liền kỳ đầu 100%. Ổ gãy được nắn chỉnh hết di lệch, góc cổ - thân xương đùi bình thường 100%. Kết quả đạt 96,6% liền xương tốt, trong đó 89,6% rất tốt và tốt, 6,9% trung bình, kém 3,4%.

- Chỉ định kết xương bằng nẹp DHS cho gãy liên mấu chuyển xương đùi là phù hợp tốt nhất cho loại gãy A1 và A2.2. Tuy nhiên, cần đánh giá tình trạng ổ gãy, chất lượng cuộc mổ, tình trạng loãng xương để đưa ra tiến trình tập vận động phù hợp, hạn chế tình trạng di lệch thứ phát. Phương pháp điều trị này đòi hỏi phải có đủ trang bị cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Năng Giới (2013) , “Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển bằng nẹp DHS tại BV Trung Ương Quân Đội 108”- Tạp chí CTCH Việt Nam 2013, 159-166.
2. Nguyễn Bửu Hoa (2010), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng dụng cụ DHS ở người cao tuổi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.
3. Nguyễn Việt Nam và CS (2013), “Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, *Tạp chí Chấn thương chỉnh hình*, số đặc biệt, tr. 159-166.
4. Nguyễn Trung Sinh (1999), “Kết quả phục hồi chức năng sau gãy cổ xương đùi ở người già”, *Tạp chí Ngoại khoa*, tập 10, tr. 118-121.
5. Trần Đình Chiến (2015), “Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi bằng đinh gamma”, *Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam*, số đặc biệt, tr. 228-232.
6. Vincent Pibarot, Jacques Bejui-Hugues (2001), “Fractures massive trochantérienne (prothèse fémoral exceptée)”, *Techniques chirurgicales - Orthopédie - Traumatologie*, 44-620, 13p.