

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ Ỗ CỐI, SAI KHỚP HÁNG THỂ TRUNG TÂM

Vũ Anh Dũng^{1}, Phạm Ngọc Thắng¹, Phạm Tiến Thành¹, Vũ Nhất Định¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm do chấn thương ở người trưởng thành. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, điều trị phẫu thuật kết xương bên trong bằng nẹp vít cho 12 trường hợp (TH) bị gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm do chấn thương tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2021 - 01/2024. **Kết quả:** Đối tượng từ 44 - 70 tuổi gồm 8 bệnh nhân (BN) nam và 4 BN nữ. 11/12 TH tổn thương do tai nạn giao thông, 1/12 TH do ngã cao. 3/12 TH gãy loại 62B, 9/12 TH gãy loại 62C. 3/12 TH bị tổn thương trực tràng, 1/12 TH tổn thương bàng quang. Kết quả sớm: 9/12 TH vị trí của chỏm xương đùi cân đối với bên đối diện, 3/12 TH còn bị di lệch lên trên và vào trong. Kết quả xa: 8/12 TH đạt kết quả tốt và rất tốt, 1/12 TH đạt kết quả trung bình, 3/12 TH đạt kết quả kém. **Kết luận:** Phẫu thuật đưa chỏm xương đùi về vị trí giải phẫu, nắn chỉnh phục hồi giải phẫu ổ cối, kết xương cố định ổ gãy bằng nẹp vít với đường chậu bẹn là lựa chọn an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: Gãy ổ cối; Sai khớp háng thể trung tâm; Kết hợp xương.

SURGICAL OUTCOMES IN THE TREATMENT OF ACETABULAR FRACTURES WITH CENTRAL HIP DISLOCATION

Abstract

Objectives: To evaluate surgical outcomes in the treatment of acetabular fractures and central hip dislocation due to trauma in adult patients. **Methods:** A prospective study and surgical treatment of internal osteosynthesis was conducted on 12 cases of acetabular fractures - central hip dislocation due to trauma at Military Hospital 103 from January 2021 to January 2024. **Results:** Patients' ages ranged from 44 - 70 years; 8 patients were male, and 4 patients were female.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Vũ Anh Dũng (surgeonvuanhdung@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/9/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 15/12/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i2.1025>

Of the 12 cases, 11 were caused by traffic accidents and 1 by a high fall. There were 3 cases of type 62B fractures and 9 cases of type 62C fractures. Rectal injuries occurred in 3 cases, and bladder injury occurred in 1 case. 8 patients were able to return to their previous jobs. 1 case required a cementless total hip replacement. 8 patients achieved good or very good outcomes, 1 patient had a fair outcome, and 3 patients had poor outcomes. **Conclusion:** Surgical repositioning of the femoral head to its anatomical location, along with anatomical restoration of the acetabulum and fracture fixation using plates and screws through the ilioinguinal approach, represents a safe and effective treatment option for acetabular fractures with central hip dislocation.

Keywords: Acetabular fracture; Central hip dislocation; Osteosynthesis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm được mô tả là tổn thương gãy xương ổ cối, chỏm xương đùi bị sai khớp vào trong chậu hông bé. Đây là tổn thương hiếm gặp, phức tạp, điều trị khó khăn [1]. Chưa có nhiều nghiên cứu báo cáo về kết quả điều trị và tiên lượng đối với loại tổn thương này. Gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm thường đi kèm các tổn thương kết hợp ở cánh chậu, sọ não, ngực, hệ tiết niệu, các tạng trong ổ bụng, chi thể,... Chẩn đoán, phát hiện kịp thời, không bỏ sót các tổn thương, hướng can thiệp phù hợp xử trí các tổn thương góp phần giảm tỷ lệ tử vong và di chứng sau chấn thương. Tổn thương gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm nếu không được điều trị tốt sẽ dẫn tới tử vong, các biến chứng toàn thân và tại chỗ (đau, hạn chế vận động khớp háng, hoại tử chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng) [2]. Nghiên cứu

này được tiến hành nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm do chấn thương ở nhóm người trưởng thành.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

12 TH gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm do chấn thương, được phẫu thuật kết xương bên trong bằng nẹp vít tại Bệnh viện Quân y 103, thời gian từ tháng 01/2021 - 01/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN ≥ 17 tuổi, gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm do chấn thương.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Gãy xương sai khớp háng bên đối diện kết hợp, gãy xương hở, gãy nhiều xương (chi trên, chi dưới), chi dưới bị dị tật, di chứng hoặc có bệnh lý trước đó ảnh hưởng đến chức năng chi thể.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiền cứu.

* *Các bước tiến hành*:

Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật cùng phẫu thuật viên có kinh nghiệm, theo quy trình thống nhất.

Quy trình chẩn đoán và điều trị: Chụp X-quang quy ước khung chậu, chụp cắt lớp vi tính khung chậu. Kéo liên tục chi bên tổn thương khi vào khoa điều trị cho đến khi phẫu thuật. Khám đánh giá tổn thương kết hợp, xử trí tổn thương kết hợp ổn định mới tiến hành can thiệp tổn thương gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm.

Quy trình phẫu thuật: Gây mê nội khí quản, đặt sonde bàng quang. Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, chi bên tổn thương được kéo giãn để đưa chỏm ra khỏi chậu hông nhỏ. Đường mổ là đường bẹn. Sau khi bộc lộ ổ gãy, đánh giá tổn thương thì tiến hành nắn chỉnh các mảnh xương gãy, phục hồi vùng ổ cối và kết xương bằng nẹp mắt xích, vít 3,5mm. Sau mổ, tập vận động khớp háng, không tỳ nén trong 6 tuần. Bắt đầu tỳ nén 1 phần trọng lực cho đến khi đủ 8 tuần thì bắt đầu tỳ nén hoàn toàn lên chân phẫu thuật.

Kết quả gần: Đánh giá 3 tuần đầu sau phẫu thuật: Đánh giá tình trạng vết mổ, chụp X-quang khung chậu đánh giá hình thể chậu hông, ổ cối, vị trí chỏm

xương đùi so với bên đối diện, biến chứng sớm sau phẫu thuật. Kết quả xa: Đánh giá 6 tháng sau phẫu thuật: Chụp X-quang đánh giá liên xương, thay đổi so với kết quả gần, vị trí chỏm xương đùi so với bên đối diện, thời điểm đi tỳ nén trở lại, chức năng khớp háng theo thang điểm Harris [10], biến chứng xa sau phẫu thuật, khả năng quay lại công việc cũ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học được Bệnh viện Quân y 103 ban hành. Thông tin bệnh nhân được mã hóa, đảm bảo tính bảo mật. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Bộ môn - Trung tâm Chấn thương Chỉnh hình. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Kết quả nghiên cứu có thể sử dụng để nâng cao chất lượng điều trị. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

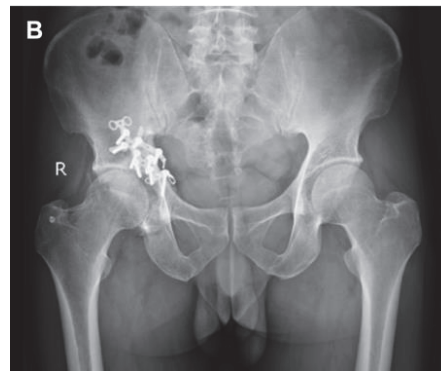
Nghiên cứu 12 TH được phẫu thuật kết xương điều trị gãy xương ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm, tuổi từ 44 - 70, có 11/12 TH trong độ tuổi 40 - 50; gồm 8 BN nam, 4 BN nữ; 10 TH tổn thương bên phải, 2 TH bên trái. Nguyên nhân chấn thương: Có 11/12 TH do tai nạn giao thông, 1/12 TH do ngã cao (là TH

70 tuổi, ngã cao từ mái nhà xuống mặt đất). Phân loại gãy xương theo AO/OTA [7]: Có 3/12 TH gãy loại 62B (đường gãy ngang qua đáy ổ cối), 9/12 TH gãy loại 62C (gãy ổ cối kết hợp với gãy cả 2 cột trụ trước và sau). Các tổn thương phối hợp: Có 3/12 TH bị tổn thương trực tràng, 1/12 TH tổn thương bàng quang. Thời điểm phẫu thuật điều trị gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm từ khi bị chấn thương là 5 - 15 ngày.

Kết quả sớm: 11/12 TH liền sẹo kỳ đầu, 1/12 TH có máu tụ vết mổ do dẫn lưu bị tắc phải đặt lại dẫn lưu và hút liên tục, không có TH nào bị nhiễm khuẩn. Hình ảnh X-quang: Tất cả 12/12 TH viên chậu hông nhỏ cân đối với bên đối diện.

Có 8/12 TH hình ổ cối tròn, đều, cân đối với bên đối diện, 4/12 TH hình ổ cối rộng hơn so với bên đối diện. Có 9/12 TH vị trí của chỏm xương đùi cân đối với bên đối diện, 3/12 TH vị trí chỏm xương đùi còn bị di lệch lên trên và vào trong chậu hông so với bên đối diện. Biến chứng sớm: Không có TH nào tử vong hoặc bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, không phát hiện thấy biến chứng nào khác.

Kết quả xa: Thời gian theo dõi sau phẫu thuật: 8 - 36 tháng; trong đó, có 10/12 TH được theo dõi trên 24 tháng. Hình ảnh X-quang: Không TH nào có thay đổi so với hình ảnh chụp X-quang ở thời điểm kiểm tra gần.



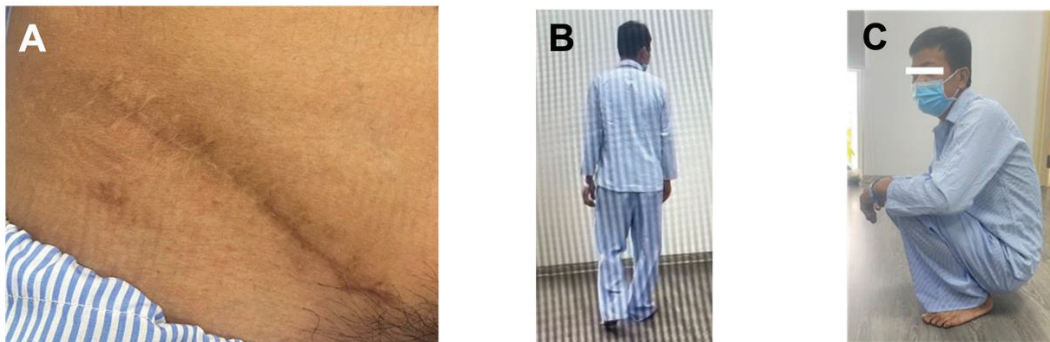
Hình 1. Hình ảnh X-quang khung chậu trước phẫu thuật (A) và sau 48 tháng phẫu thuật (B).

Có 8/12 TH đã quay lại công việc cũ, có 3/12 TH bị hạn chế vận động khớp háng không thể quay lại công việc cũ, 1/12 TH đau và hạn chế vận động khớp háng đã chỉ định thay khớp

háng toàn phần, đây là 3 TH chỏm xương đùi còn di lệch lên trên và vào trong chậu hông sau kết xương và 1 TH bị thoái hóa, hẹp khe khớp ở thời điểm kiểm tra xa. Có 9/12 TH vị trí

của chỏm xương đùi cân đối với bên đối diện, 3/12 TH vị trí chỏm xương đùi vẫn còn bị di lệch lên trên và vào trong chậu hông so với bên đối diện. Chức năng theo thang điểm Harris: Có 8/12 TH đạt kết quả tốt và rất tốt

(> 80 điểm, cao nhất là 95 điểm), có 1/12 TH đạt kết quả trung bình (75 điểm) và 3/12 TH đạt kết quả kém (< 70 điểm, thấp nhất là 60 điểm). Chúng tôi chưa gặp biến chứng nào khác ngoài 4 TH như đã trình bày ở trên.



Hình 2. Hình ảnh sẹo mổ (A) và kết quả phục hồi chức năng khớp háng (B, C) sau 48 tháng phẫu thuật.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tổn thương

Gãy xương chậu chiếm tỷ lệ 3/10.000 ca chấn thương, trong đó > 60% là do tai nạn giao thông, đặc biệt là tai nạn xe máy với tốc độ cao. Tuy nhiên, gãy xương chậu có sai khớp háng (ra trước, ra sau hoặc sai khớp háng trung tâm) hiếm gặp. Chen [4] báo cáo 50 TH gãy xương chậu, sai khớp háng thể trung tâm. Tỷ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ (54% và 46%), tuổi trung bình là 54,5. Có 60% gãy loại 62B và 40% gãy loại 62C. Có 14% (7/50) TH có tổn thương bàng quang và 8% (4/50) TH tổn thương thần kinh hông to. Ahmad Radaideh [9] báo cáo 16 TH gãy ổ cối,

sai khớp háng thể trung tâm, có 12 BN nam và 4 BN nữ, tuổi trung bình là 35 (15 - 53 tuổi). Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (13/16 TH), có 3/16 TH do ngã cao. Tổn thương ở bên phải có 11/16 TH, bên trái có 5/16 TH.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm khá phù hợp với các nghiên cứu trên về độ tuổi, giới tính, cơ chế chấn thương và bên bị tổn thương: Thường gặp ở nam giới, độ tuổi 40 - 50, chủ yếu do tai nạn giao thông và ở bên phải. Tuy nhiên, phân loại gãy có nhiều TH tổn thương nặng nề hơn: Loại gãy 62C nhiều hơn loại gãy 62B, 4/12 TH tổn thương đại tràng hoặc bàng quang, làm hậu môn nhân tạo hoặc dẫn lưu

bằng quang trên xương mu. Do vậy, thời điểm phẫu thuật điều trị gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm bị chậm hơn các nghiên cứu trên (5 - 15 ngày sau khi bị chấn thương).

2. Lựa chọn phương pháp điều trị

Nắn chỉnh kín, 1 thì, không mở ổ gãy dưới gây mê hoặc kéo liên tục có thể đưa chỏm xương đùi về vị trí giải phẫu nhưng các mảnh xương ổ cối khó được phục hồi tốt về vị trí giải phẫu, chỏm xương đùi có nguy cơ sai khớp trở lại trong chậu hông khi không duy trì lực kéo phù hợp hoặc phải bất động tại giường, duy trì kéo nhiều tuần gây khó khăn trong chăm sóc. Nareshkumar S Dhaniwala [3] đã điều trị bảo tồn bằng kéo liên tục cho TH 26 tuổi và 45 tuổi, là 2 TH không đồng ý phẫu thuật. Kéo liên tục nắn chỉnh và duy trì lực kéo liên tục trong 3 tháng. Sau 3 tháng bắt đầu tập đi, sau 12 tháng đi và tỳ nén không đau. Cả 2 TH này đều hài lòng với kết quả điều trị, tuy nhiên báo cáo không cho thấy kết quả nắn chỉnh ổ gãy ổ cối, vị trí của chỏm xương đùi và khe khớp háng. Thời gian điều trị dài, thời gian theo dõi đến thời điểm 12 tháng sau điều trị.

Các TH được theo dõi trong thời gian dài bị thoái hóa khớp sau phẫu thuật kết xương ổ cối là các TH vẫn còn sự không phù hợp về giải phẫu. Bởi vậy, điều trị bảo tồn được chỉ định cho TH:

Không thể phẫu thuật do liên quan đến chức năng sinh tồn, tình trạng toàn thân còn yếu, vấn đề liên quan tổn thương phần mềm tại chỗ, người cao tuổi, thừa loãng xương hoặc không đồng ý phẫu thuật. Theo nhiều nghiên cứu, phẫu thuật vẫn là ưu tiên đối với TH gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm, với mục đích: Đưa chỏm xương đùi về vị trí giải phẫu (tâm xoay của khớp háng), nắn chỉnh lại các mảnh gãy, khôi phục diện khớp, làm vững ổ cối. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật lớn, kỹ thuật khó, nguy cơ tai biến và biến chứng, nhiều cơ sở y tế chưa thực hiện được. Mặc dù thời gian đến thời điểm tỳ nén chưa rút ngắn rõ rệt nhưng người bệnh có thể di chuyển bằng nạng để đáp ứng nhu cầu cá nhân cũng là ưu điểm so với điều trị bảo tồn.

Nghiên cứu của chúng tôi có 8/12 TH được phẫu thuật kết xương bên trong cho kết quả tốt và rất tốt. Chức năng khớp háng phục hồi bình thường, chưa thấy tiêu chỏm xương đùi (thời điểm 24 tháng sau phẫu thuật). Đây là các TH ổ gãy được nắn chỉnh tốt, chỏm xương đùi về vị trí giải phẫu, ổ cối tròn đều như bên đối diện, ổ gãy được cố định tốt. 1 TH chỏm xương đùi đã được nắn chỉnh về giải phẫu nhưng ổ cối còn đoãng rộng, thời điểm kiểm tra xa có biểu hiện thoái hóa khớp háng, đau ít, thay đổi dáng đi, vẫn có thể sinh hoạt, lao động theo nhu cầu của BN.

Rickman [2] phẫu thuật kết xương và thay khớp háng 1 thì cho 24 TH gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm, độ tuổi từ 63 - 90 với mục đích người bệnh sớm vận động tỳ nén, đi lại. Michael CW [8] tổng hợp một số nghiên cứu thay khớp háng toàn phần sớm có hoặc không có kết hợp kết xương. Nghiên cứu lựa chọn BN > 60 tuổi với lý do đây là độ tuổi có thể xuất hiện tình trạng thoái hoá khớp háng ngay cả khi không có chấn thương, kết quả phẫu thuật kết xương chưa thuyết phục do tỷ lệ hoại tử chỏm xương đùi, thoái hóa khớp sau phẫu thuật. Tuy nhiên, phải phẫu thuật với nhiều đường vào, sử dụng ổ cối nhân tạo có quai, với nhiều lỗ bắt vít. Các biến chứng được thống kê: Lồng ổ cối và chuôi, sai khớp nhân tạo, nhiễm khuẩn, cốt hóa lạc chỗ, sớm thay lại khớp nhân tạo sau phẫu thuật.

Các TH trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 40 - 50 chiếm 11/12 TH, lựa chọn phẫu thuật kết xương bên trong. Trong TH kết quả phẫu thuật kết xương không tốt thì phẫu thuật thay khớp háng khi ổ cối đã liền thành khối sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật thay khớp háng về sau.

3. Chuẩn bị trước phẫu thuật

Bên cạnh việc chuẩn bị phẫu thuật đối với phẫu thuật lớn, TH gãy ổ cối có sai khớp háng trung tâm cần đánh giá đầy đủ tránh bỏ sót tổn thương.

Tổn thương trong ổ bụng, lồng ngực, sọ não cần xử trí phải được ưu tiên.

Ngoài ra, chỏm xương đùi di chuyển vào trong chậu hông nên cũng cần phải sớm đưa về vị trí ổ khớp, tạo điều kiện thuận lợi khi mổ kết xương ổ cối. Các nghiên cứu đều thống nhất: Nắn từ từ chỏm ra khỏi chậu hông bằng kéo liên tục. Wong [5] kéo nắn chỏm xương đùi ra khỏi chậu hông bằng cách xuyên 1 đinh Kirschner qua đầu dưới xương đùi kéo theo trục chi, kết hợp xuyên 1 đinh Schantz qua vùng dưới mấu chuyển qua mấu chuyển bé kéo ra ngoài. Sau đó, BN được kết xương bằng nẹp vít. Chúng tôi đồng thuận và thực hiện điều trị ổn định tình trạng toàn thân của BN, khi ổn định tình trạng toàn thân có thể tiến hành phẫu thuật kết xương ổ cối. Trong thời gian đó, tiến hành kéo liên tục qua đầu dưới xương đùi. Trong phẫu thuật, ổ gãy được nắn chỉnh bằng bàn chỉnh hình để giữ chỏm không bị di chuyển vào trong chậu hông, tạo điều kiện thuận lợi trong thời gian kết xương.

4. Kết quả điều trị

Mục tiêu là nắn chỉnh chỏm xương đùi về vị trí tâm xoay của khớp háng, sắp xếp lại các mảnh gãy và cố định vững chắc ổ gãy. Đây là kỹ thuật khó, có nguy cơ tai biến và biến chứng, BN có tổn thương kết hợp khác nặng nên đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nắm vững giải phẫu liên quan.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật của Matta [6] dựa vào mức độ di lệch của mảnh gãy ổ cối chia ra 3 mức độ: Tốt (0 - 1mm), trung bình (2 - 3mm) và kém (> 3mm). Thực tế, khó xác định chính xác mức độ di lệch trên X-quang quy ước, phim cắt lớp vi tính sau phẫu thuật cũng khó xác định bởi độ nhiễu ảnh của phương tiện kết xương và chỉ có các lát cắt ngang qua tổn thương mà không có các lát cắt dọc. Do đó, chúng tôi sử dụng vị trí tâm chỏm xương đùi, hình dáng của ổ cối sau phẫu thuật so sánh với bên đối diện để gián tiếp đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy.

Trong nghiên cứu, có 9/12 TH tâm chỏm xương đùi về đúng vị trí. Có 3/12 TH chỏm xương đùi chưa về đúng vị trí (lên cao, vào trong nhưng không có TH nào bị lệch ra ngoài). Có 8/12 TH hình ảnh (X-quang và cắt lớp vi tính khung chậu) ổ cối sau phẫu thuật đều như bên đối diện, 3/12 TH chỏm xương đùi còn di lệch nên ổ cối chưa được phục hồi tốt, 1 TH chỏm về vị trí giải phẫu nhưng ổ cối còn đoãng rộng. Nguyên nhân do tổn thương phức tạp, nhiều mảnh ở ổ cối, khó tiếp cận, chỏm xương đùi di lệch sâu trong chậu hông, đây là những TH đầu tiên chúng tôi thực hiện kỹ thuật này, kinh nghiệm chưa phong phú; còn thận trọng do lo ngại làm tổn thương các thành phần lân cận (động mạch, tĩnh mạch bên, thần kinh hông, thừng tinh,...). Trong 3 TH chỏm xương đùi

còn di lệch, BN đã thay khớp háng. Tuy nhiên, không đòi hỏi kỹ thuật đặc biệt. 2 TH còn lại có tình trạng ngắn chi so với bên lành, hạn chế vận động khớp háng nhưng BN vẫn có thể sinh hoạt theo nhu cầu. Gulija [1] phẫu thuật kết xương cho 2 TH gãy ổ cối, sai khớp háng thể trung tâm sử dụng nẹp tứ giác. Sau 3 tháng phẫu thuật, người bệnh bắt đầu tập đi tỳ nén tăng dần và sau 12 tháng đi lại bình thường, không đau, không cần nạng, điểm Harris là 93 điểm. Kết quả phẫu thuật kết xương và thay khớp háng đồng thời của Rickman [2] ở các TH > 63 tuổi: Tất cả 24 TH đều đi tỳ nén hoàn toàn sau 7 ngày phẫu thuật, 17/24 (71%) liền xương sau 12 tuần, tất cả liền xương sau 6 tháng. 1 TH nhiễm khuẩn nông và 1 TH huyết khối tĩnh mạch sâu. Radaideh [9] dùng nẹp định hình giải phẫu đặt ở viền trong của chậu hông nhỏ, có nhánh đỡ mặt trong chậu hông của ổ cối, hỗ trợ làm vững ổ cối sau nắn chỉnh, kết xương. Chúng tôi dùng nẹp mắt xích cố định ở mặt trong chậu hông, uốn nẹp đỡ ở mặt trong chậu hông của ổ cối. Ưu điểm là nẹp có nhiều lỗ, uốn định hình dễ dàng, nhưng nhược điểm là không định hình theo giải phẫu, chịu lực yếu. Bởi vậy, thời điểm tập tỳ nén muộn hơn (6 tuần bắt đầu tập tỳ nén, 8 tuần bắt đầu tập tỳ nén hoàn toàn). Chúng tôi không gặp TH nào bị di lệch thứ phát.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật đưa chỏm xương đùi về vị trí giải phẫu, nắn chỉnh phục hồi giải phẫu ổ cối, kết xương cố định ổ gãy bằng nẹp vít với đường chậu bẹn là lựa chọn hiệu quả. BN sớm tự phục vụ bản thân trong các sinh hoạt, nhiều TH chỏm xương đùi, ổ cối phục hồi tốt về giải phẫu, chức năng khớp háng được phục hồi. Một số TH chưa phục hồi tốt về giải phẫu ổ cối, vị trí chỏm xương đùi nhưng sau khi liền xương thì thuận lợi cho phẫu thuật thay khớp nhân tạo khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gulija J, Žigman T, et al. Isolated quadrilateral plate fracture with central hip dislocation after epileptic seizure in a postpartum patient: A case report. *Chin J Traumatol*. 2023 Aug; 25:S1008-1275(23)00088-3.
2. Rickman M, Young J, et al. Managing acetabular fractures in the elderly with fixation and primary arthroplasty: Aiming for early weightbearing. *Clin Orthop Relat Res*. 2014 Nov; 472(11):3375-3382.
3. Nareshkumar S. Dhaniwala, et al. Conservative management of acetabular fractures: case reports. *MOJ Orthop Rheumatol*. 2018; 10(3):329-331.
4. Chen CY, Hsu CJ, et al. Acetabular Fractures with central hip dislocation: A retrospective consecutive 50 case series study based on AO/OTA 2018 classification in midterm follow-up. *Biomed Res Int*. 2021 Sep 17; 2021:6659640.
5. Wong R, Lim SM, Pang G. Reduction of displaced acetabular fracture with central hip dislocation using vector traction: A case report. *Malays Orthop J*. 2023 Mar; 17(1):184-187.
6. Matta JM, Anderson LM, et al. Fractures of the acetabulum. A retrospective analysis. *Clin Orthop Relat Res*. 1986 Apr; 205:230-240.
7. Meinberg EG, Agel J, et al. Fracture and dislocation classification compendium-2018. *J Orthop Trauma*. 2018 Jan; 32(1):S1-S170.
8. Michael CW, Elizabeth S, J Lawrence M. Early total hip arthroplasty for the treatment of acetabular fractures. *J Hip Surg*. 2019; 3:161-170.
9. Radaideh A, Alansari Abu Tabar, et al. Clinical outcome of surgically treated displaced acetabular fractures with central dislocation using combined anterior and medial plating. *Medicinski Glasnik*. 2024; 21(2):385-390.
10. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am*. 1969 Jun; 51(4):737-755.