**MỘT SỐ NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ GÃY KHUNG CHẬU**

**Ở KHOA CHI DƯỚI**

**BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH**

*Bs. CKII. Đoàn Văn Chuyên*

*Bs. Ths. Hoàng Khắc Xuân*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Gãy khung chậu là một chấn thương nặng, thường kèm theo đa thương, mất máu nhiều, là một thách thức trong điều trị cho các bác sĩ chấn thương chỉnh hình. Để có cái nhìn tổng quan và cập nhật về gãy khung chậu, chúng tôi tiến hành tổng kết và đưa ra nhận xét về những trường hợp gãy khung chậu đã được điều trị tại khoa Chi Dưới Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình. **Phương pháp:** thống kê mô tả các trường hợp gãy khung chậu được điều trị tại khoa Chi Dưới Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình, Tp.HCM trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2015.

**Kết quả:** tổng số trường hợp gãy khung chậu được điều trị là 42 trường hợp, nam chiếm tỷ lệ 57,1%, tuổi trung bình 45,6. Phân loại tổn thương bao gồm: 28,6% loại A1, 30,9% loại A2, 2,4% loại C1, 38,1% loại C3. Nguyên nhân chấn thương đa phần do tai nạn giao thông (38,1%) và tai nạn lao động (23,8%). Cơ chế chấn thương: APC (9,5%), LC (9,5%), VS (38,1%) và CB (42,9%). Trong đó, tỷ lệ điều trị bảo tồn là 73,8% (31/42), điều trị phẫu thuật là 26,2% (11/42). 23,8% số trường hợp có tổn thương kèm theo (gãy xương đùi, xương chày, xương gót, xương đốt sống, xương bàn, xương vai). Không có trường hợp nào bị choáng chấn thương. Kết quả phục hồi chức năng (theo Mejeed) đạt rất tốt và tốt là

90,6%; trung bình 7,1%; xấu 2,3%.

**Kết luận:** các dạng gãy khung chậu được điều trị tại khoa Chi Dưới mặc dù ít tổn thương nặng kèm theo nhưng dạng gãy thường nặng và kèm tổn thương phối hợp. Nguyên nhân thường gặp do tai nạn giao thông và tai nạn lao động với cơ chế phần lớn là cơ chế phối hợp.

**THE MANAGEMENT OF PELVIC FRACTURES**

**AT HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS**

**ABSTRACT**

***Introduction:*** *pelvic fractures are usually a severse injury, associated with multitrauma, blood lost and is a therapeutic challenge for orthopaedic surgeon. In order to have a perspective image and update the situation of pelvic fracture, we review and discuss on pelvic cases treated at lower limb department of Hospital for Traumatology and Orthopaedics.*

***Methods****: Descriptive statistics of pelvic fractures at Lower limb department of Hospital for Traumatology and Orthopaedics in year 2015.*

***Results:*** *the number of cases was 42, including 57,1% of male patients and mean age* *at 45.6. According to Tile’s classification, there were A1 in 28.6%; A2 in 30.9%; C1 in* *2.4% and C3 in 38.1%. The common cause of injuries were traffic accidents (38.1%) and labor accidents (23.8%). The mechanism of injuries were APC (9,5%), LC (9,5%), VS (38,1%) and CM (42,9%). The percentage of conservative and surgical treatment methods were 73.8% (31/42) and 26.2% (11/42) respectively. 23.8% of cases had associated injuries (femur, tibial, calcaneus, vertebra, metatarsal and scapula fractures). There was no any cases suffering traumatic shock. Funtional outcome according to Mejeed was excellent and good in 90.6%, fair in 7.1% and poor in 2.3% of patients.*

***Conclusion:*** *although the pelvic fractures treated at lower limb department of hospital for traumatology and orthopaedics did not have any other organ injuries, the fracture type was usually severse and associated with other bone injuries. The common causes was traffic and labor accidents with combine mechanism.*

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Gãy khung chậu chiếm từ 1-3% tổng số các gãy xương, thường là hệ quả của chấn thương năng lượng cao [5],[9]. Hơn 80% các trường hợp gãy khung chậu không vững xuất hiện trong hoàn cảnh đa chấn thương [9]. Ở Việt nam gãy khung chậu chiếm từ 3 – 5% tổng số các loại gãy xương và nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (theo Ngô Bảo Khang và Nguyễn Đức Phúc). Nhằm cập nhật tình hình điều trị gãy khung chậu tại Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

**ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân bị gãy khung chậu được điều trị tại khoa Chi Dưới, bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2015.

**Phương pháp nghiên cứu:** thống kê mô tả. Các ổ gãy được phân loại theo phân loại của Tile [10] và kết quả được đánh giá theo bảng đánh giá của Majeed [6].

**KẾT QUẢ**

Trong năm 2015, chúng tôi điều trị 42 trường hợp gãy khung chậu, gồm 24 nam và 18 nữ.

**Phân bố theo tuổi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nhóm tuổi** | **N** | **Tỷ lệ %** |
| < 20 | 1 | 2,4 |
| 21 – 30 | 4 | 9,5 |
| 31 – 40 | 16 | 38,1 |
| 41 – 50 | 8 | 19,0 |
| 51 – 60 | 6 | 14,3 |
| >60 | 7 | 16,7 |
| Tổng | 42 | 100 |

Độ tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 89 tuổi, trung bình 45,6 tuổi. Xảy ra nhiều nhất trong nhóm tuổi từ 31 đến 40 tuổi.

**Kiểu gãy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Loại gãy** | **N** | **Tỷ lệ %** |
| A1 | 12 | 28,6 |
| A2 | 13 | 30,9 |
| B1 | 0 | 0 |
| B2 | 0 | 0 |
| B3 | 0 | 0 |
| C1 | 1 | 2,4 |
| C2 | 0 | 0 |
| C3 | 16 | 38,1 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nhóm gãy mất vững chiếm 40,5%. Đa phần các trường gãy mất vững là gãy bờ sau kèm trật khớp háng.

**Nguyên nhân**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **N** | **Tỷ lệ %** |
| Tai nạn giao thông | 20 | 47,6 |
| Tai nạn lao động | 15 | 35,7 |
| Tai nạn sinh hoạt | 7 | 16,7 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nguyên nhân chiếm nhiều nhất là tai nạn giao thông và tai nạn lao động.

**Cơ chế chấn thương**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cơ chế** | **N** | **Tỷ lệ %** |
| Ép trước sau (APC) | 4 | 9,5 |
| Ép bên (LC) | 4 | 9,5 |
| Xé dọc (VS) | 16 | 38,1 |
| Kết hợp (CM) | 18 | 42,9 |

Cơ chế thường gặp nhất là kết hợp và xé dọc, phù hợp với nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông và tai nạn lao động.

**Tổn thương kèm theo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tổn thương****kèm theo** | **N** | **Tỷ lệ****%** |
| Có | 10 | 23,8% |
| Không | 32 | 76,2% |
| Tổng | 42 | 100 |

Số ca có tổn thương xương lớn kèm theo chiếm 23,8% bao gồm gãy cột sống (3TH), gãy xương bả vai (2TH), gãy đầu dưới xương quay (2TH), gãy xương đùi (1TH), gãy xương chày (1TH), gãy xương gót (1TH), không có tổn thương cơ quan quan trọng (đầu, ngực, bụng).

**Phương pháp điều trị:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Điều trị** | **N** | **Tỷ lệ %** |
| Bảo tồn | 31 | 73,8 |
| Phẫu thuật | 11 | 26,2 |
| Tổng | 42 | 100 |

Tất cả các ca mổ đều nằm trong nhóm phân loại gãy C3.

**Truyền máu:**

54,5% số trường hợp có chỉ định mổ cần phải được truyền máu trong quá trình điều trị. Trong đó một trường hợp bị gãy cánh chậu (P) + gãy Malgaigne (T) + gãy xương mu (T) phải truyền tổng cộng 5400ml (truyền hồi sức trước mổ 4700ml).

**Biến chứng trong và sau mổ:**

4 bệnh nhân bị tê thần kinh bì đùi ngoài trong đó 3 bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 1 bệnh nhân hồi phục một phần.

**Số ngày nằm viện:**

Trung bình là 7,4 ngày (trong khoảng 2 ngày đến 24 ngày). Số ngày chờ mổ trung bình là 8,3 ngày (trong khoảng 1 ngày đến 20 ngày).

**Kết quả phục hồi chức năng theo Majeed:**

rất tốt và tốt 90,6%; trung bình 7,1%; xấu 2,3%.

**BÀN LUẬN**

**Đặc điểm dịch tễ học**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ gãy khung chậu xảy ra ở nam nhiều hơn nữ, đa phần ở độ tuổi lao động (80,9%). Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông (47,6%) và tai nạn lao động (35,7%). Theo Melton, nhóm người dưới 35 tuổi, nam thường bị nhiều hơn nữ. Ngược lại, nữ thường bị nhiều hơn nam ở nhóm trên 35 tuổi [8].

**Kiểu gãy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tác giả** | **A1** | **A2** | **B1** | **B2** | **B3** | **C1** | **C2** | **C3** | **Tổng** |
| L.Đ.Hải [1] | 8 | 11 | 16 | 19 | 8 | 15 | 6 | 9 | 92 |
| Bucholz [4] |  |  | 7 | 10 | 1 | 38 | 11 | 13 | 80 |
| Chúng tôi | 12 | 13 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 16 | 42 |

Theo tác giả Nguyễn Vĩnh Thống, loại A chiếm khoảng 50-70% các trường hợp, loại B khoảng 20-30% các trường hợp và loại C khoảng 10–20% các trường hợp [3].

**Tổn thương kèm theo:**

Theo tác giả Nguyễn Vĩnh Thống (2001), tổn thương xương khác trong các trường hợp gãy khung chậu chiếm khoảng 36% [2], tác giả Lê Đình Hải (2015) là 41,3% [1], Mardanpour (2013) là 44,7% [7]. Tổn thương các cơ quan khác trong nghiên cứu của Mardanpour bao gồm: chấn thương đầu (6,2%), chấn thương niệu dục (31,5%), chấn thương bụng kín (15,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có tổn thương xương kèm theo chiếm khoảng 23,8%; không có tổn thương các cơ quan khác.

**Kết quả chung**

Theo bảng đánh giá kết quả của Mejeed (1989), kết quả của nghiên cứu chúng tôi đạt rất tốt và tốt 90,6%, trung bình 7,1%, xấu 2,3%. Tác giả Mandanpour tốt và rất tốt đạt 81% với gãy khung chậu loại B, và 73% với gãy khung chậu loại C [7], tác giả Lê Đình Hải 88,5% [1]. Sự khác biệt trong kết quả của nghiên cứu chúng tôi so với các tác giả khác có thể do các trường hợp gãy khung chậu trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có tổn thương các cơ quan khác kèm theo.

**KẾT LUẬN**

Gãy khung chậu là một tổn thương nặng, thường có các tổn thương khác đi kèm. Do đó, các bệnh nhân bị gãy khung chậu cần được thăm khám và theo dõi tỉ mỉ để tránh các bỏ sót và đạt kết quả điều trị tốt.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1 Lê Đình Hải và cộng sự (2015), "Điều trị gãy khung chậu tại Bệnh viện Chợ

Rẫy". *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam,* số đặc biệt, pp.258-261.

2 Nguyễn Vĩnh Thống (2001), "Cố định xương bên trong các gãy khung chậu vỡ ổ chảo". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược thanh phố Hồ Chí Minh*.

3 Nguyễn Vĩnh Thống. (2010). Phác đồ điều trị gãy khung chậu có tổn thương phối hợp tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Hội chấn thương chỉnh hình, TPHCM.

4 Bucholz, R. W. (1981), "The pathological anatomy of Malgaigne fracture- dislocations of the pelvis". *J Bone Joint Surg Am,* 63(3), pp.400-404.

5 Halawi, M. J. (2016), "Pelvic ring injuries: Surgical management and long-term outcomes". *J Clin Orthop Trauma,* 7(1), pp.1-6.

6 Majeed, S. A. (1989), "Grading the outcome of pelvic fractures". *J Bone Joint*

*Surg Br,* 71(2), pp.304-306.

7 Mardanpour, K., Rahbar, M. (2013), "The outcome of surgically treated traumatic unstable pelvic fractures by open reduction and internal fixation". *J Inj Violence Res,* 5(2), pp.77-83.

8 Melton, L. J., 3rd, Sampson, J. M., Morrey, B. F., Ilstrup, D. M. (1981), "Epidemiologic features of pelvic fractures". *Clin Orthop Relat Res*(155), pp.43-47.

9 Papakostidis, C., Giannoudis, P. V. (2009), "Pelvic ring injuries with

haemodynamic instability: efficacy of pelvic packing, a systematic review". *Injury,* 40

Suppl 4, pp.S53-61.

10 Tile, M. (1988), "Pelvic ring fractures: should they be fixed?". *J Bone Joint Surg*

*Br,* 70(1), pp.1-12.