

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KHUNG CHẬU KHÔNG VỮNG BẰNG KHUNG CỐ ĐỊNH NGOÀI TẠI BỆNH VIỆN 103

Phạm Đăng Ninh; Nguyễn Bá Ngọc*; Nguyễn Văn Ninh**

TÓM TẮT

Các tác giả báo cáo kết quả ứng dụng ph-ơng pháp cố định ngoài một bên bằng cọc ép ren ng-ợc chiều (CERNC) để điều trị cấp cứu cho 35 bệnh nhân (BN) gãy khung chậu không vững tại Khoa Chấn th-ơng Chính hình, Bệnh viện 103 từ tháng 5 - 2003 đến 2 - 2011. Kết quả thu đ-ợc rất khả quan: ngay sau khi đ-ợc cố định, BN đỡ đau nhiều, nhanh chóng ổn định, có thể trở mình và tập ngồi dậy sớm, tránh đ-ợc các biến chứng do nằm bất động lâu ngày. Đặc biệt, thuận lợi cho công tác săn sóc hộ lý và điều trị các th-ơng tổn kết hợp nh- chấn th-ơng bụng, chấn th-ơng vỡ bàng quang, các th-ơng tổn vùng khớp háng và tầng sinh môn...

* Từ khóa: Gãy khung chậu không vững; Khung cố định ngoài.

REMARKS ON TREATMENT RESULTS OF UNSTABLE FRACTURES OF THE PELVIC RING BY EXTERNAL FIXATION AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

35 patients with unstable fractures of the pelvic ring were treated by external fixation in Traumatic and Orthopedic Department at 103 Hospital from May, 2003 to April, 2009. The results were good. After fixation, patients had less pain and could recover quickly. Therefore, they could avoid the complications of unconscious lying for long time. Especially, it was very convenient for taking care and treating patients with combined lesions such as loss soft-tissue, abdominal trauma, vesical break...

* *Key words: Unstable fractures of the pelvic ring; External fixation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy khung chậu là một tổn th-ơng nặng nề, có tỷ lệ tử vong cao (chỉ sau chấn th-ơng sọ não), trong đó nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông.

BN gãy khung chậu có thể bị các th-ơng tổn kết hợp khác nh- chấn th-ơng bụng kín, chấn th-ơng bàng quang, gãy nhiều x-ơng,

rách tầng sinh môn... nên rất dễ sốc, có nguy cơ tử vong cao.

Ph-ơng pháp điều trị kinh điển là phòng chống sốc tích cực, để BN nằm bất động, gác chân trên giá Braun trong 5 - 6 tuần. Một số tác giả cho BN điều trị treo vớng để ép, cố định hoặc kéo khung chậu liên tục. Tuy nhiên, các biện pháp này không thuận lợi trong điều trị cấp cứu với những BN có nhiều th-ơng tổn kết hợp khác.

* *Bệnh viện 103*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Trần Đình Chiến

Gãy khung chậu thường chảy nhiều máu và đau, để phòng chống sốc có hiệu quả cần phải cố định chắc ổ gãy và ép 2 mặt gãy với nhau để cầm máu. Do đó, nhiều phẫu thuật viên trong nước và quốc tế nghiên cứu sử dụng khung cố định ngoài điều trị cấp cứu gãy khung chậu nhằm phòng chống sốc, tạo thuận lợi cho xử trí các tổn thương kết hợp và dự phòng biến chứng do nằm lâu. Nhiều năm qua, Bộ môn Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện 103 đã ứng dụng phương pháp cố định ngoài một bên bằng bộ CERNIC của Nguyễn Văn Nhân để điều trị gãy khung chậu với kết quả bước đầu rất khả quan. Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp trên các mặt phòng chống sốc, làm liền xương và phục hồi chức năng, đồng thời đưa ra một số nhận xét về chỉ định và biến chứng.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

35 BN gãy khung chậu (25 nam; 10 nữ); tuổi từ 13 - 54, trung bình 31,75 tuổi, được cấp cứu điều trị bằng khung cố định ngoài tại Bệnh viện 103 từ tháng 5 - 2003 đến 3 - 2011.

* *Nguyên nhân gây xương:* tai nạn giao thông: 29 BN; tai nạn lao động: 6 BN.

* *Phân loại gãy khung chậu:* theo bảng phân loại của Tile (1988): tất cả đều gãy khung chậu mất vững: 12 BN (loại B) và 23 BN (loại C: gồm C1, C2, không có gãy loại C3). Tổn thương kết hợp: 18 BN. Chấn thương bụng kín: 6 BN; vỡ bàng quang, đứt niệu đạo: 4 BN; rách tầng sinh môn: 4 BN; gãy hở xương đùi: 2 BN; gãy kín 2 xương cẳng chân: 1 BN; sai khớp háng bên phải thể chậu, lóc da rộng vùng mông và đùi bên phải: 1 BN; bỏng lửa độ 2 và độ 3 nông toàn bộ vùng lưng và 2 mông: 1 BN; gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay, gãy xương sườn, tràn khí tràn máu khoang màng phổi: 1 BN. 1 BN vừa chấn thương bụng kín vừa gãy xương đùi và 1 BN vừa chấn thương bụng kín vừa vỡ bàng quang.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu 20 BN, hồi cứu 15 BN.

* *Dụng cụ:*

- Bộ CERNIC của Nguyễn Văn Nhân loại dài 35 cm.

- Đinh Schanz có đường kính 4,5 mm, dài 125 mm. Khoan điện, khoan tay và mũi khoan dẫn đường có đường kính 3,0 mm. Hai đoạn đinh Steinmann đường kính 5 mm, dài 60 mm để liên kết 2 cọc với nhau.

* *Phương pháp vô cảm:* nếu làm tại giường, chỉ cần gây tê tại vị trí bắt các đinh Schanz bằng dung dịch lidocain 1% + 0,3 ml adrenalin 0,001; kết hợp với thuốc giảm đau toàn thân.

* *Kỹ thuật xuyên đinh lắp khung cố định ngoài:* thực hiện tại giường bệnh, Khoa Hồi sức Cấp cứu hoặc sau khi đóng xong vết mổ cấp cứu giải quyết các tổn thương ổ bụng. BN nằm ngửa, 2 đùi gác trên 2 giá Braun thể con ếch.

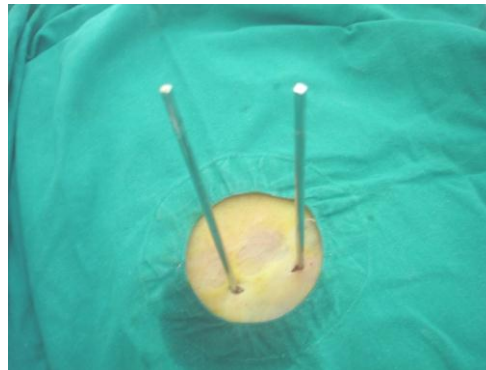
+ Xác định vị trí xuyên đinh: 2 đinh đầu tiên đặt ở mào chậu 2 bên, cách gai chậu trước trên từ 1,0 - 1,5 cm. Gây tê tại chỗ, sau đó rạch dài 5 mm tại các vị trí bắt đinh Schanz. Dùng mũi khoan 3,5 mm khoan theo hướng từ trước ra sau, từ ngoài chệch vào trong. Dùng khoan tay để bắt 2 đinh Schanz theo lỗ vừa khoan, sau đó lắp CERNIC thứ nhất kết nối 2 đinh này, dùng cờ lê 10 để vặn dần dần, ép khung chậu, nhằm thu hẹp khoảng cách 2 gai chậu trước trên trước khi khoan và bắt 2 đinh sau.

+ Khoan và bắt 2 đinh Schanz tiếp theo cách đinh đầu từ 5 - 6 cm, hướng đi song song với 2 đinh đầu. Lắp tiếp CERNIC thứ 2, sau đó liên kết 2 cọc với nhau bằng 2 đoạn đinh Steinmann. Căn cứ vào mức độ di lệch mất vững của khung chậu, tình trạng doãng của khớp mu trên phim Xquang để vặn ép cho 2 mặt gãy áp với nhau và làm cho khung chậu vững hơn. Chụp lại Xquang sớm khi toàn thân BN ổn định, để vặn chỉnh tiếp ép cho khung chậu trở về bình thường.

6 BN gãy khung chậu (loại C2), 1/2 khung chậu bị kéo lên trên, chúng tôi xuyên đinh kéo liên tục để 2 cánh chậu về vị trí bình thường rồi mới thực hiện cố định ngoài.



Hình 1: Hình ảnh gãy khung chậu.



Hình 2: Xuyên đinh cố định vào mào chậu.



Hình 3: Khung cố định ngoài bằng bộ CERNIC.

* Thời điểm thực hiện kỹ thuật:

+ Ngay sau khi mổ cấp cứu: 4 BN (2 BN mổ chấn thương bụng kín và 2 BN vỡ bàng quang).

+ Từ ngày thứ 2 - ngày thứ 4: 20 BN.

+ Ngày thứ 5: 11 BN, do chuyển muộn từ nơi khác đến.

Thời gian mang khung: từ 5 - 6 tuần.

* *Đánh giá kết quả:* dựa theo tiêu chuẩn về tác dụng giảm đau, phòng chống sốc, kết quả liền xương và biến chứng, xây dựng một bảng phân loại kết quả gồm 4 mức tốt, khá, trung bình và kém.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả gần.

27/35 BN đều đỡ đau ở khung chậu ngay sau khi xuyên đinh và lắp khung cố định ngoài. 8 BN mổ bụng kết hợp phải đợi khi tỉnh lại mới thấy khung chậu đỡ đau.

Kiểm tra X quang thấy tất cả BN đều đ- ợc nắn chỉnh phục hồi về hình thể giải phẫu từ mức khá trở lên. Đinh Schanz đ- ợc bắt đúng vị trí, nằm trong x- ơng mào chậu. Không có BN nào bị xuyên đinh tr- ợt ra ngoài.

* *Biến chứng nhiễm khuẩn chân đinh*: 10 BN (28,57%). Các BN có th- ơng tổn kết hợp:

+ 6 BN chấn th- ơng bụng kín tr- ớc khi cố định ngoài ổ gãy khung chậu đều đ- ợc xử trí bụng ổn định, trong đó, 4 BN mổ bụng cấp cứu và 2 BN máu tụ sau phúc mạc không phải mổ, không BN nào bị bỏ sót th- ơng tổn.

+ 2 BN tổn th- ơng bàng quang và 2 BN đứt niệu đạo tầng sinh môn đ- ợc mổ cấp cứu từ giờ thứ 4 - giờ thứ 6, đặt sonde niệu đạo và dẫn l- u bàng quang trên x- ơng mu. Diễn biến sau mổ tốt.

+ 4 BN rách tầng sinh môn đều đ- ợc xử trí cắt lọc vết th- ơng, thay băng, kết quả liền vết mổ kỳ 2.

+ 2 BN gãy x- ơng đùi hở: mổ 1 BN kết x- ơng nẹp vít ngày thứ 10, vết mổ liền kỳ đầu; kết x- ơng đùi bằng khung cố định ngoài cho 1 BN, hiện nay BN đã liền x- ơng và tháo khung.

+ BN sai khớp háng bên phải đ- ợc kéo liên tục nắn chỉnh kết hợp cố định ngoài ổ gãy khung chậu. Kết quả: BN đ- ợc nắn chỉnh hết sai khớp háng và điều trị liền vết th- ơng lóc da ở đùi.

+ BN gãy kín 1/3 giữa 2 x- ơng cẳng chân, sau khi toàn thân ổn định, mổ đóng đinh SIGN kín.

+ BN gãy cổ phẫu thuật x- ơng cánh tay, gãy x- ơng s- ờn, tràn khí tràn máu khoang màng phổi xử trí cấp cứu, dẫn l- u dịch máu khoang màng phổi và cố định x- ơng sườn gãy + cố định ngoài khung chậu. Sau 10 ngày, khi toàn thân ổn định đã mổ kết x- ơng cổ phẫu thuật x- ơng cánh tay.

2. Kết quả xa.

- Kiểm tra xa cho 28 BN (80%), theo dõi từ 7 tháng - 5 năm, trung bình: 16,4 tháng.

- 2 BN không đ- ợc theo dõi do thất lạc địa chỉ và 5 BN ch- a đủ thời gian theo dõi > 6 tháng.

- Kết quả tốt: 22 BN (78,57%), khá: 4 BN (14,28%), trung bình: 2 BN (7,14%). Không có kết quả kém.

1 BN biến chứng nhiễm khuẩn chân đinh, rò mủ kéo dài tới 3 tháng. Xử trí gây tê tại chỗ, nạo hết phần x- ơng viêm, kết quả hết viêm rò. BN đạt kết quả trung bình do gãy khung chậu phức tạp, ngắn chi 3 cm.

BÀN LUẬN

Với những kết quả điều trị thu đ- ợc, chúng tôi đ- a ra một số nhận xét nh- sau:

1. Về chỉ định của ph- ơng pháp cố định ngoài trong điều trị gãy khung chậu.

Theo Tile, Letournel, Judet và Muller, việc chọn một ph- ơng pháp điều trị cho BN gãy khung chậu tr- ớc hết phải căn cứ vào tình trạng toàn thân của BN, phân loại gãy khung chậu. 2 bảng phân loại của Muller và Tile hiện đang đ- ợc nhiều phẫu thuật viên áp dụng. Đối với gãy loại A: gãy khung chậu nh- ng là gãy vững, nếu không có th- ơng tổn kết hợp, chỉ cần cho BN nằm bất động gác chân t- thế đùi ếch trong 4 tuần. Với gãy loại B và C (gãy không vững, nghĩa là vòng chậu mất vững, cả cung tr- ớc và cung sau): cần chủ tr- ơng phẫu thuật kết x- ơng làm vững khung chậu.

Chúng tôi chọn ph- ơng pháp cố định ngoài vì:

- Tr- ớc hết, đây là ph- ơng pháp cố định ổ gãy vững chắc.

- Thao tác kỹ thuật đơn giản, chấn thương phẫu thuật không lớn, độ an toàn rất cao. Vì thế, có thể làm ngay tại phòng hồi sức và làm sớm trong ngày đầu sau khi đã loại trừ tình trạng bụng ngoại khoa.

- Việc cố định ổ gãy vững chắc vừa có tác dụng giảm đau, vừa có tác dụng cầm máu đối với ổ gãy x-ơng chậu, tiện lợi cho việc thực hiện công tác chăm sóc hộ lý cho BN sớm, an toàn hơn.

Kết quả điều trị 24 BN với những th-ơng tổn nặng nề và phức tạp đều thoát sức, liền x-ơng và phục hồi chức năng tốt, chứng tỏ sự lựa chọn của chúng tôi là đúng.

2. Về kỹ thuật kết x-ơng.

- Thời điểm tiến hành: chúng tôi cho rằng nên làm sớm, càng sớm càng tốt, vì mục tiêu quan trọng là giảm đau và cầm máu để phòng chống sốc. Do đó, nếu BN có th-ơng tổn kết hợp cần phải mổ, nên để BN lên nhà mổ và cố định khung chậu sau khi đóng vết mổ bụng. Nếu BN không có th-ơng tổn kết hợp trong ổ bụng, nên làm ngay tại gi-ờng bệnh và cần làm sớm khi loại trừ cấp cứu bụng ngoại khoa.

Theo Letournel, Ruedi, Murphy, Nguyễn Vĩnh Thống, Nguyễn Ngọc Toàn [1, 2]: khi gãy khung chậu, mục đích cố định ổ gãy và khung chậu là để giảm đau, cầm máu và tạo điều kiện thuận tiện cho việc di chuyển BN khi cần thiết và do chấn th-ơng phẫu thuật không nhiều nên chủ tr-ơng làm sớm hơn. Có BN khi vào cấp cứu, sau khi thực hiện biện pháp chống sốc cơ bản nh- tiêm giảm đau, truyền đủ dịch và máu mà vẫn ch- a thoát sức, chúng tôi đã thực hiện cố định ngoài ngay, kết quả: BN ổn định. Ruedi cho rằng khung cố định ngoài có tác dụng ép chặt 2 mặt gãy x-ơng chậu nên có tác dụng cầm máu ở x-ơng khi đang chảy máu.

- Vị trí xuyên đinh: chúng tôi chọn mào chậu là vị trí xuyên đinh. Vị trí này sờ thấy ngay d-ới da, dễ làm và không sợ có tổn th-ơng mạch máu, tổn th-ơng tạng trong ổ bụng. Một số tác giả còn xuyên cả 2 đinh vào ngành chậu - mu, làm nh- vậy lực ép dàn đều hơn, nh- ng cần phải để phòng biến chứng tổn th-ơng tạng ở phía d-ới.

- Phải khoan tr-ớc bằng mũi khoan có đ-ờng kính 3,5 mm qua 2 vỏ x-ơng chậu, sau đó dùng khoan tay để bắt các đinh có ren. Làm nh- vậy để bắt đinh chính xác và chắc vào thành x-ơng chậu. Khi dùng đinh Schanz có đầu nhọn, có thể lắp trực tiếp đinh và khoan rất chậm mà không cần khoan tr-ớc bằng mũi khoan. Làm thế nào để bắt các đinh nằm gọn chính giữa x-ơng cánh chậu, không bị tr-ợt sang bên, vì nếu khoan tr-ợt sang bên phải, khoan lại thì đinh không còn cầm chắc vào x-ơng nữa. Thông th-ờng sau khi rạch da, chúng tôi dùng ngay đầu đinh để thăm dò bề dày của x-ơng cánh chậu tr-ớc khi khoan và đặt đầu đinh ở chính giữa.

- Khi lắp cọc ép nên để cọc cách da thành bụng 4 - 5 cm là đủ để thay băng các vết mổ bụng nếu có.

Tại sao chọn bộ CERNIC: đây là bộ khung mà các bác sỹ quân y quen sử dụng, thao tác đơn giản, cố định chắc. Đây cũng là loại khung đang có sẵn ở các bệnh viện quân y. CERNIC có thể sử dụng cho nhiều vị trí gãy x-ơng, tiện cho việc bảo quản, sử dụng ở tuyến tr-ớc trong điều kiện chiến đấu hoặc cứu chữa hàng loạt.

KẾT LUẬN

- Điều trị gãy khung chậu không vững (loại B và C theo phân loại của Tile) bằng ph-ơng pháp cố định ngoài với bộ CERNIC cho kết quả khả quan. Nhờ tác dụng cố định vững chắc ổ gãy, cầm máu kịp thời, góp phần chống sốc tốt.

- Đây là ph-ơng pháp an toàn, tiện lợi cho việc chăm sóc BN có th-ơng tổn kết hợp, nhờ đó BN có thể trở mình sớm, tập vận động sớm, tránh các biến chứng do nằm lâu.

Kết quả xa về liên x-ơng và phục hồi chức năng: 78,57% tốt, khá: 14,28% và trung bình: 7,14%.
Biến chứng nhiễm khuẩn chân đinh: 28,57%.

- Chỉ định của ph-ơng pháp là gãy khung chậu mất vững loại B, C (theo phân loại của Tile).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Nguyễn Ngọc Toàn*. Đánh giá kết quả điều trị gãy khung chậu không vững bằng khung cố định ngoài. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2005.

2. *Ruedi T.P, Murphy W.M*. Pelvic ring injuries: assessment and concepts of surgical management. AO Principles of Fracture Management. 2001, pp.395-417.

3. *Larry D.I, Marc F.S*. Fracture of the pelvis, sarum and coccyx. Manual of Acute Orthopeadic Therapeutic 4 th. 1994, pp.2007-2220.