

# ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

*Bs. Nguyễn Tiến Linh*

## I/ DỊCH TỄ HỌC

- Điều trị gãy cổ xương đùi là phẫu thuật được các bác sỹ chỉnh hình thực hiện nhiều nhất. Tần suất gãy cổ xương đùi tỷ lệ thuận với sự gia tăng tuổi thọ là một thách thức lớn với ngành y tế.
- Dù cho thay khớp đóng vai trò quan trọng, mổ KHX vẫn là chọn lựa hàng đầu. quyết định trong sự liền xương và tránh biến chứng.

## II/ CHỈ ĐỊNH

- Quyết định mổ KHX trong gãy cổ xương đùi tùy thuộc tuổi, tổng trạng, chất lượng xương, mức độ gãy và di lệch. Hầu hết gãy không di lệch hay gãy gài đều phải được
- Mổ khx. Điều trị bảo tồn thường dẫn đến di lệch thứ phát và không liền xương. Ngay cả Bn già yếu có loãng xương, gãy không di lệch, hoặc di lệch ít thì xuyên đinh qua, cũng có tỉ lệ thành công cao.
- Với gãy di lệch cần cân nhắc kỹ. Bn < 60 tuổi, phải nắn sửa tối đa và KHX vững chắc. BN 60 -80 tuổi, chọn lựa xuyên đinh qua da và thay khớp là tùy thuộc vào sinh hoạt, tổng trạng của từng Bn.
- Bn > 80 tuổi, loãng xương, di lệch nhiều ( Garden III, IV) nên chọn phương pháp thay khớp, không nên xuyên đinh qua da.
- Phải bảo tồn chỏm xương đùi cho BN < 60. Vì thế gãy cổ xương đùi di lệch phải được mổ càng sớm càng tốt. Mổ sớm làm giảm tỉ lệ hoại tử chỏm.
- Khi bắt buộc phải trì hoãn cuộc mổ, cần cân nhắc việc chọc hút dịch bao khớp để giải áp.

## III/ KỸ THUẬT BAET VIS

- Sau khi nắn sửa xương, phải cố định xương thật vững chắc.
- Rạch da đường nhỏ dài 1cm nếu xuyên qua da. Số lượng và vị trí vis cũng là đề tài của nhiều nghiên cứu. Độ vững tăng khi tăng từ 2 đến 3 vis, trên 3 vis không thấy sự khác biệt rõ ràng về mức độ vững.
- Trong kiểu bắt 3 vis, mỗi vis có 1 chức năng cơ học riêng tùy thuộc vào vị trí bắt vis.
- Phải có 2 vis nằm dọc theo vỏ của cổ xương đùi. Hai vis này tạo được bất động 3 điểm tì với đầu vis tì lên vỏ ngoài, thân vis theo chiều dọc của cổ xương đùi và răng vis cắm vào vùng xương xốp của cổ xương đùi.

- Con vis đầu tiên phải nằm dọc theo vỏ dưới của cổ xương đùi theo bình diện trước sau và nằm ở trung tâm theo bình diện nghiêng, chống lại di lệch xuống dưới và xoay ngoài( varus) khi chỏm xương đùi chịu lực ở tư thế đứng. Con vis thứ 2 song song con vis thứ 1, dọc theo vỏ sau và ở trung tâm theo bình diện trước sau nhằm chống lại di lệch ra sau và gập góc xuống dưới khi bệnh nhân chuyển tư thế từ ngồi sang đứng .
- Con vis cuối cùng phải đặt ra phía trước theo bình diện nghiêng và ở trung tâm theo bình diện trước sau. Con vis này bắt vào vùng xương chắc của trung tâm chỏm cho phép nén ép mặt gãy tối đa.
- Đường kính vis là 6.5mm là được. Nhiều tác giả thích dùng vis rỗng vì dễ đặt hơn.
- Thả tạ kéo và xiết chặt vis để nén ép. Chiều dài vis phù hợp để không vượt qua chỏm và tạo nén ép tốt. Đầu vis hình cầu được ưa chuộng vì không tuột qua vỏ xương cứng. Kiểm tra C-arm lúc xoay ngoài và xoay trong( ở 2 bình diện trước sau và bình diện nghiêng) giúp định hướng chính xác.

## IV/ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

### 1/ Bệnh nhân trẻ tuổi

- Bn < 60 tuổi, còn hoạt động thể lực nhiều thì phải cân nhắc kỹ. Thay khớp không phải là lựa chọn tối ưu vì vấn đề tuổi thọ của vật liệu. Nấn chỉnh hoàn hảo là chìa khoá thành công của xuyên đinh qua da. Điều này không dễ vì mặt gãy thường nham nhỡ và vỏ xương chắc. Nếu nấn kín thất bại, nên chỉ định mổ nắn.

### 2/ Gãy Pauwels III

- Pauwels ghi nhận rằng gãy cổ xương đùi có độ chệch trên 50 độ(Pauwels III) thường bị tác động của lực xé nhiều hơn. Vì thế Gãy Pauwels III là gãy có di lệch xuống dưới và bị varus thứ phát, khó lành xương. Đây là loại gãy hay gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh như tai nạn ô tô hoặc té cao. Vấn đề quan tâm là khó đạt được độ vững sau khi xuyên nhiều đinh qua da. Với loại gãy này, fixed-angle hip screw hoặc xuyên đinh qua da với 1 đinh vuông góc với đường gãy sẽ vững hơn.

### 3/ Gãy lỏng

- Mặc dù gãy lỏng tự nó đã có độ vững, vẫn cần phải KHX vì khi Điều trị bảo tồn tỉ lệ không liền xương lên đến 39%.

### 4/ Gãy chân cổ xương đùi

- Gãy chân cổ xương đùi khó giữ vững bằng xuyên đinh qua da. Dùng vis nén ép động ( D.H.S) tốt cho loại gãy này.