

+ Những kết quả tốt bước đầu tạo sự hứng khởi cho toàn bộ chương trình

+ Số lượng bệnh nhân cần phẫu thuật tim tăng dần cùng với sự phát triển của chương trình phẫu thuật tim

+ Cơ sở hạ tầng mới cùng với thiết bị, máy móc y tế hiện đại và sẵn có.

Tuy nhiên bên cạnh những thuận lợi, chúng tôi vẫn phải đương đầu với những trở ngại trong quá trình triển khai chương trình, những khó khăn có thể kể đến như:

+ Thu nhập ở bệnh viện công vẫn thấp hơn khi so sánh với bệnh viện tư nhân. Điều này là một trong những trở ngại lớn nhất: những nhân viên được đào tạo với trình độ cao có thể nghỉ việc và chuyển sang công tác cho các cơ sở tư nhân để tìm kiếm mức lương cao hơn.

+ Khoảng cách địa lý giữa thành phố Biên Hòa (tỉnh Đồng Nai) và những bệnh viện ở trung tâm thành phố Hồ Chí Minh khá gần, vì vậy khó để thuyết phục bệnh nhân ở lại phẫu thuật tạo bệnh viện Đồng Nai. Kết quả là lượng bệnh ở giai đoạn đầu khá ít, danh tiếng về phẫu thuật tim ở địa phương sẽ tăng dần theo thời gian, trong điều kiện chương trình phải phát triển đủ tốt.

+ Nguồn cung cấp vật tư tiêu hao khó tìm kiếm

+ Mức chi trả của bảo hiểm thấp khiến giá phẫu thuật cao, điều này ngăn cản bệnh nhân nghèo tiếp cận phẫu thuật tim ở thời điểm cần thiết, vì vậy những bệnh nhân này thường có tình trạng bệnh nặng hơn.

Kết quả của chúng tôi cho thấy một kết quả ngắn hạn và trung hạn thuận lợi, với tỷ lệ tử vong thấp và tỷ lệ biến chứng có thể chấp nhận được. Các biến chứng không để lại di chứng kéo dài, tất cả các bệnh nhân đều bình phục sau khi giải quyết xong. Những kết quả này đáng khích

lệ để nhóm của chúng tôi tiếp tục củng cố chương trình và mang lại lợi ích cho bệnh nhân của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Việc triển khai chương trình phẫu thuật tim tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai được chứng minh là an toàn và hiệu quả về mặt kết quả trong thời gian ngắn hạn và trung hạn. Quá trình thực hiện triển khai bước đầu gặp nhiều khó khăn với cả thuận lợi và bất lợi, nhưng chương trình phát triển dần theo thời gian và những vấn đề ngày càng được cải thiện. Sự thành công của chương trình này sẽ khuyến khích các bệnh viện địa phương khác triển khai các kĩ thuật mới nhằm nâng cao và phát triển năng lực của hệ thống y tế địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Akomea-Agyin C., Galukande M., Mwambu T., et al.** (2008), "Pioneer human open heart surgery using cardiopulmonary bypass in Uganda". African health sciences, 8 (4), pp. 259-260.
2. **Sandoval Nestor, Kreutzer Christian, Jatene Marcelo, et al.** (2010), "Pediatric cardiovascular surgery in South America: current status and regional differences". World journal for pediatric & congenital heart surgery, 1 (3), pp. 321-327.
3. **Mocumbi Ana O. H.** (2012), "The challenges of cardiac surgery for African children". Cardiovascular journal of Africa, 23 (3), pp. 165-167.
4. **Saxena Anita** (2012), "Strategies for the improvement of cardiac care services in developing countries: what does the future hold?". Future cardiology, 8 (1), pp. 29-38.
5. **Hoffman Julien Ie** (2013), "The global burden of congenital heart disease". Cardiovascular journal of Africa, 24 (4), pp. 141-145.
6. **Reichert Hannah A., Rath Thomas E.** (2017), "Cardiac Surgery in Developing Countries". The journal of extra-corporeal technology, 49 (2), pp. 98-106.

ĐIỀU TRỊ GÃY TRẬT CHỖM XƯƠNG ĐÙI (PIPKIN IV) BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG

Nguyễn Đình Chương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng (Pipkin IV) là một chấn thương nặng, hiếm gặp

¹Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Chương

Email: drchuong220877@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 8.8.2023

và thường kèm theo gãy bờ sau ổ cối, cần phải phẫu thuật kết hợp xương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 25 trường hợp gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng ra sau từ tháng 6/2019 đến nay. Điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng đường mổ Kocher – Langenbeck. Theo dõi, đánh giá chức năng khớp háng dựa trên chỉ số Merle d'Aubigne. **Kết quả:** trong 25 trường hợp có 2 trường hợp mảnh gãy nhỏ được xử trí lấy bỏ mảnh gãy; 22 trong 25 trường hợp có gãy bờ sau ổ cối kèm theo. Hầu hết bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ, chỉ số Merle d'Aubigne đạt trên 12 điểm sau 6 tháng. Có 4 trường

hợp bị hoại tử chỏm xương đùi sau 8 tháng theo dõi, điều trị bằng thay khớp háng toàn phần. **Kết luận:** Gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng (Pipkin IV) nên điều trị phẫu thuật kết hợp xương chỏm xương đùi và bờ sau ổ cối, phục hồi giải phẫu và độ vững khớp háng.

SUMMARY

TREATMENT OF FRACTURE – DISLOCATION OF THE FEMORAL HEAD (PIPKIN IV) WITH INTERNAL FIXATION TECHNIQUE

Introduction: Fractures of the femoral head combined with hip dislocation (Pipkin IV) are relatively rare and often associated with acetabular wall fractures (usually posterior wall), are indications for surgical intervention. **Material and Methods:** A prospective study in 25 patients with fractures of the femoral head combined with hip posterior dislocation from 6/2019. They are under surgery via Kocher – Langenbeck approach. Functional outcome was evaluated with the Merle d'Aubigne score. **Results:** 2 of 25 cases had small fragment, was removed fragment; 22 of them combined with acetabular posterior wall fractures. Several patients have had good outcome after 6 months, Merle d'Aubigne score got over 12 point. There were 4 patients had avascular necrosis (AVN) after 8 months, were treated with THR. **Conclusion:** Type IV Pipkin fractures should be treated surgically by ORIF of the acetabular fractures and fixation or excision of the femoral head fragments, reduce the anatomy and stability of the hip.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy chỏm xương đùi là một chấn thương tương đối hiếm gặp, Keely và Lipscomb báo cáo gãy chỏm xương đùi chiếm tỷ lệ khoảng 2:1.000.000 ca chấn thương trong 1 năm và chiếm tỷ lệ từ 6 – 16% trong tất cả các trường hợp gãy trật khớp háng ra sau. Hầu hết các trường hợp gãy chỏm xương đùi có kèm trật khớp háng là trật khớp háng ra sau, chiếm hơn 90% trường hợp [6], thông thường kết hợp với gãy bờ sau ổ cối. Nguyên nhân chấn thương là do tai nạn giao thông hoặc do té cao.

Chẩn đoán gãy chỏm xương đùi dựa vào khám lâm sàng, X. quang AP khung chậu, X. quang chếch kiểu chậu và kiểu bịt, CT scan khung chậu tái tạo 3 chiều... Dựa vào các kết quả hình ảnh học có thể phân loại gãy chỏm xương đùi để có hướng điều trị thích hợp. Phân loại gãy chỏm xương đùi được Garrett Pipkin mô tả lần đầu tiên vào năm 1957, sau đó trở thành bảng phân loại phổ biến nhất hiện nay, chia thành 4 loại: Pipkin I, II, III, IV.

Tùy theo loại gãy mà có những chỉ định điều trị khác nhau, đối với gãy mảnh nhỏ (Pipkin I) có thể điều trị bảo tồn hoặc nội soi lấy bỏ mảnh gãy, nhưng đối với gãy loại II, III, IV thì phải phẫu thuật kết hợp xương phục hồi giải phẫu.

Jame R. Ross [4] đã đưa ra mục tiêu trong phẫu thuật kết hợp xương chỏm xương đùi là: phục hồi hoàn toàn giải phẫu chỏm xương đùi, phục hồi độ vững khớp háng, loại bỏ những mảnh gãy nhỏ gây kẹt khớp nếu cần thiết.

Biến chứng thường gặp trong gãy chỏm xương đùi bao gồm: Hoại tử chỏm xương đùi, Viêm xương khớp mạn tính, cốt hóa lạc chỗ, tổn thương thần kinh Toa...

Gãy chỏm xương đùi loại Pipkin IV là loại gãy nặng, phức tạp, cần phải phẫu thuật phục hồi giải phẫu và phục hồi độ vững khớp háng càng sớm càng tốt để giảm bớt nguy cơ hoại tử chỏm xương đùi và thoái hóa khớp sau này. Có nhiều đường mổ dùng để phẫu thuật kết hợp xương loại Pipkin IV, trong bài báo cáo này chúng tôi sử dụng đường mổ Kocher – Langenbeck để phẫu thuật điều trị gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng ra sau. **Mục tiêu nghiên cứu:**

- Điều trị gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng (Pipkin IV) bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương sử dụng đường mổ Kocher – Langenbeck

- Theo dõi liền xương, đánh giá chức năng khớp háng bằng chỉ số Merle d'Aubigne

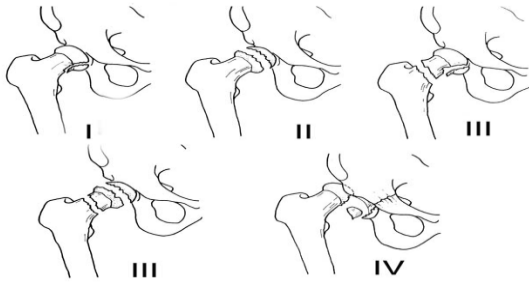
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

Trong khoảng thời gian từ tháng 6/2019 đến nay có 25 trường hợp gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng (Pipkin IV) được điều trị tại Khoa Chi dưới Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình Tp.HCM, tất cả bệnh nhân đều bị trật khớp háng ra sau.

Bệnh nhân sau khi bị tai nạn được đưa đến Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình, khám tại phòng Cấp cứu Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình. Tại đây, bệnh nhân được khám tổng quát đánh giá tình trạng tổn thương kết hợp như: chấn thương ngực, chấn thương bụng..., chụp X.quang AP khung chậu và X. quang những vùng nghi ngờ tổn thương, siêu âm bụng, chụp CT scan..., nhập viện vào Khoa Cấp cứu. Tất cả các bệnh nhân được xử trí cấp cứu: truyền dịch, giảm đau, nâng cao tổng trạng, nắn trật khớp háng, bất động tạm bằng phương pháp kéo tạ hoặc mang nẹp. Sau đó, bệnh nhân được chuyển lên Khoa Chi dưới lên lịch mổ kết hợp xương, thời gian mổ khoảng từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 sau chấn thương.

Dựa vào kết quả X.quang AP khung chậu và CT scan khung chậu tái tạo 3 chiều. chúng tôi chẩn đoán gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng ra sau loại Pipkin IV



Hình 1: Phân loại gãy chỏm xương đùi theo Pipkin

- Loại I: Đường gãy ở dưới hõm chỏm đùi, không bao gồm phần chịu lực của chỏm xương đùi
- Loại II: Đường gãy lên trên hõm chỏm đùi, bao gồm phần chịu lực của chỏm xương đùi
- Loại III: Loại I hoặc loại II kết hợp với gãy cổ xương đùi
- Loại IV: Loại I hoặc loại II kết hợp với gãy bờ ổ cối, trật khớp háng

Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương, sử dụng đường mổ Kocher – Langenbeck tư thế nằm nghiêng: Kết hợp xương chỏm xương đùi bằng vít xoắn nén ép, nếu có gãy bờ sau ổ cối thì kết hợp xương bờ sau bằng nẹp vít. Chúng tôi sử dụng đường mổ này vì đây là đường mổ chuẩn dùng để kiểm soát mảnh gãy vùng bờ sau và cột sau ổ cối. Thông qua đường mổ này chúng tôi có thể trật khớp háng ra sau, dễ dàng kết hợp xương mảnh gãy chỏm xương đùi phía sau, đồng thời cũng thuận lợi để kết hợp xương bờ sau ổ cối. Nếu mảnh gãy chỏm xương đùi nằm phía trước chúng tôi dùng thủ thuật cắt mấu chuyển lớn và bao khớp trước để trật khớp háng ra trước kết hợp xương chỏm xương đùi, sau đó sẽ ra phía sau để kết hợp xương bờ sau ổ cối.

Sau mổ, bệnh nhân nằm viện khoảng 3 – 5 ngày sau đó xuất viện, tập VLTL vận động khớp háng, tập đi với 2 nạng không chịu sức nặng trong 4 – 6 tuần đầu, sau đó chịu sức nặng tăng dần, sau 3 - 4 tháng có thể bỏ nạng. Đánh giá chức năng khớp háng dựa vào chỉ số Merle d'Aubigne, theo dõi liền xương dựa vào phim X.quang và CT scan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

25 bệnh nhân, trong đó có 18 Nam và 7 Nữ có độ tuổi từ 21 đến 65 tuổi, được chẩn đoán gãy chỏm xương đùi Pipkin IV kèm trật khớp háng ra sau, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Trong 25 trường hợp này có 22 trường hợp gãy bờ sau ổ cối kèm theo, 3 trường hợp còn lại chỉ bị rách sụn viền ổ cối. Có 2 trường hợp đa chấn thương (gãy trật khớp háng kèm theo gãy liên lồi cầu xương đùi, gãy xương

bánh chè, gãy mâm chày...), nguyên nhân do chấn thương năng lượng cao và được điều trị phẫu thuật kết hợp xương các tổn thương.

Tất cả bệnh nhân được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng đường mổ Kocher – Langenbeck tư thế nằm nghiêng. Thông qua đường mổ này chúng tôi kết hợp xương phục hồi giải phẫu mảnh gãy chỏm xương đùi và ổ gãy bờ sau ổ cối bằng lổ sau cho 19 bệnh nhân có mảnh gãy chỏm xương đùi nằm phía sau; có 6 trường hợp mảnh gãy chỏm xương đùi mảnh gãy ở phía trước nên phải dùng phương pháp cắt mấu chuyển lớn, trật khớp háng ra trước kết hợp xương chỏm xương đùi xong sau đó nắn trật khớp háng và ra phía sau kết hợp xương bờ sau ổ cối hoặc khâu sụn viền. 2 trường hợp gãy chỏm xương đùi mảnh gãy nhỏ ở dưới hõm xương đùi gây kẹt khớp nên đã lấy bỏ mảnh xương; 23 trường hợp còn lại đều gãy trên hõm xương đùi và được nắn chỉnh phục hồi giải phẫu tốt; 22 trường hợp có kèm gãy bờ sau ổ cối cũng được nắn chỉnh và kết hợp xương nẹp vít, phục hồi độ vững khớp háng tốt, không có trường hợp nào bị trật lại khớp háng sau khi kết hợp xương.

Các bệnh nhân được theo dõi trung bình là 10 tháng (ngắn nhất 2 tháng và dài nhất là 24 tháng), chụp X.quang và CT scan đánh giá sự nắn chỉnh phục hồi giải phẫu và sự liền xương, đánh giá sự phục hồi chức năng khớp háng bằng chỉ số Merle d'Aubigne. Tất cả bệnh nhân đều đi bỏ nạng từ tháng thứ 3 sau mổ, chỉ số Merle d'Aubigne lúc đó là 9-10 điểm, sau đó hầu hết bệnh nhân phục hồi dần và đạt trên 12 điểm vào tháng thứ 6. Tuy nhiên có 4 trường hợp bị hoại tử vô trùng chỏm xương đùi sau 8 tháng theo dõi (khoảng 26,6%) và đã được điều trị bằng thay khớp háng toàn phần, chỉ số Merle có d'Aubigne lúc chỉ định thay khớp ≤ 7 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Gãy chỏm xương đùi là một chấn thương hiếm gặp, chiếm khoảng 6% - 16% trong tất cả các trường hợp trật khớp háng ra sau. Từ tháng 6/2019 đến nay chỉ có 25 trường hợp gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng ra sau (Pipkin IV) được khám và điều trị tại Khoa Chi dưới Bệnh Viện Chấn Thương Chính Hình Tp.HCM, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông. Tác giả Robert F. Ostrum [2] cũng cho rằng nguyên nhân gây gãy chỏm xương đùi và gãy bờ sau ổ cối, trật khớp háng ra sau là chấn thương năng lượng cao, do tai nạn giao thông hoặc do té cao.

Đây là chấn thương nặng nên tất cả các bệnh nhân đều được khám tổng quát để tìm

soát những tổn thương kết hợp gây nguy hiểm tính mạng như: chấn thương sọ não, chấn thương ngực, chấn thương bụng, gãy xương nhiều nơi.... Chẩn đoán gãy trật khớp háng dựa vào: khám lâm sàng, X.quang AP khung chậu, X.quang tư thế chếch kiểu chậu và kiểu bít, CT scan.... Trong đó CT scan tái tạo 3 chiều rất hữu ích trong chẩn đoán gãy chỏm xương đùi, giúp xác định rõ ràng mảnh gãy và các tổn thương kết hợp, đồng thời cũng xác định được các mảnh gãy nhỏ, gãy lún mặt sụn chỏm xương đùi hoặc gãy bong tróc sụn mà trên X. quang khó chẩn đoán được. Trong bài báo cáo của mình, tác giả Susanna C. Spence [5] cũng nhận định rằng đối với những trường hợp gãy lún mặt sụn chỏm xương đùi rất dễ bị bỏ sót nếu không có sự giúp đỡ của CT hoặc MRI.

Hầu hết các tác giả đều sử dụng Bảng phân loại của Pipkin để phân loại gãy chỏm xương đùi, Bảng phân loại này được Garrett Pipkin mô tả lần đầu tiên vào năm 1957, chia thành 4 loại: I, II, III, IV. Tùy theo loại gãy mà có những chỉ định điều trị khác nhau, đối với gãy mảnh nhỏ (Pipkin I) có thể điều trị bảo tồn hoặc nội soi lấy bỏ mảnh gãy, nhưng đối với gãy loại II, III, IV thì phải phẫu thuật kết hợp xương phục hồi giải phẫu. Một số tác giả như Fernando Serra [1], Vincenzo Giordano [7] đề nghị rằng đối với gãy Pipkin II và Pipkin III nếu bệnh nhân trên 50 tuổi có thể thay khớp háng toàn phần thì đầu, nhưng đối với gãy loại Pipkin IV thì phải phẫu thuật kết hợp xương phục hồi giải phẫu. Jame R. Ross [4] đã đưa ra mục tiêu trong phẫu thuật kết hợp xương chỏm xương đùi là: phục hồi hoàn toàn giải phẫu chỏm xương đùi, phục hồi độ vững khớp háng, loại bỏ những mảnh gãy nhỏ gây kẹt khớp nếu cần thiết.

Gãy chỏm xương đùi Pipkin IV là loại gãy nặng và phức tạp bao gồm vừa gãy chỏm xương đùi vừa trật khớp háng ra sau, có thể kết hợp gãy bờ sau ổ cối, vì vậy nên tiến hành phẫu thuật kết hợp xương càng sớm càng tốt nhằm giảm biến chứng hoại tử vô trùng chỏm xương đùi, thời gian vàng là trong khoảng 6 giờ sau chấn thương. Các phẫu thuật viên trên thế giới khuyên dùng đường mổ Kocher – Langenbeck tư thế nằm nghiêng để kết hợp xương cho các trường hợp gãy chỏm xương đùi Pipkin IV. Michael S. H. Kain [1], Robert F. Ostrum [2], Fernando Serra [3] cho rằng đường mổ Kocher – Langenbeck là đường mổ thuận lợi nhất để điều trị các trường hợp gãy trật khớp háng ra sau. Alessandro Masse [13] báo cáo đã sử dụng đường mổ Kocher – Langenbeck tư thế nằm

nghiêng kết hợp với cắt xương mẫu chuyển lớn mở bao khớp trước để điều trị phẫu thuật cho tất cả các loại gãy Pipkin.

Biến chứng thường gặp nhất sau khi gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng là hoại tử vô trùng chỏm xương đùi, nguyên nhân là do chỏm xương đùi bị thiếu máu nuôi. Theo Susanna C. Spence [5] thì tỷ lệ bệnh nhân bị hoại tử chỏm xương đùi sau gãy chỏm xương đùi và trật khớp háng ra sau từ 5% - 15%, nhưng tỷ lệ có thể tăng cao hơn; H. Dortaj [6] sau khi theo dõi trong thời gian dài các trường hợp gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng ra sau ghi nhận tỷ lệ hoại tử chỏm xương đùi khoảng từ 6% đến 40%; J. Tonetti [9] theo dõi đánh giá biến chứng các trường hợp gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng với thời gian trung bình khoảng 24 tháng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân bị hoại tử chỏm xương đùi cần phải thay khớp háng toàn phần là 35%. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp bị hoại tử vô trùng chỏm xương đùi sau 8 tháng theo dõi và đã được thay khớp háng toàn phần (chiếm tỷ lệ 26,6%). Nghiên cứu này với cỡ mẫu ít và thời gian theo dõi chưa lâu dài nên cũng chưa đánh giá chính xác các biến chứng, chúng tôi cần phải tiếp tục nghiên cứu thêm.

V. KẾT LUẬN

Gãy chỏm xương đùi kèm trật khớp háng (Pipkin IV) là một loại gãy nặng và phức tạp, nguyên nhân là do chấn thương năng lượng cao, gặp trong tai nạn giao thông hoặc té cao. Chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng, X.quang và CT scan tái tạo 3 chiều. Tổn thương này cần phải phẫu thuật càng sớm càng tốt để giảm nguy cơ hoại tử chỏm xương đùi sau này. Sử dụng đường mổ Kocher – Langenbeck để phẫu thuật có thể đồng thời kết hợp xương phục hồi giải phẫu chỏm xương đùi và bờ sau ổ cối dễ dàng.

VI. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nam, 25 tuổi. Nguyên nhân đi xe máy bị té

Chẩn đoán: Gãy chỏm xương đùi (T) Pipkin IV + trật khớp háng ra sau





TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michael S. H. Kain and Paul Tornetta**, "Hip Dislocations and Fractures of The Femoral Head", Rockwood and Green's Fractures in Adults, 1524 – 1557.
2. **Robert F. Ostrum**, "Hip Dislocations and Femoral Head Fractures", AAOS Comprehensive Orthopaedic Review, 591 – 609.
3. **Fernando Serra, MD and John T. Gorczyca, MD**, "Dislocations and Femoral Head Fractures", University of Rochester Medical Center, 2009.
4. **James R. Ross and Michael J. Gardner**, "Femoral Head Fractures", Curr Rev Musculoskele Med, 2012, 199 – 205.
5. **H. Dortaj and A. Emanifar**, "Traumatic Hip Dislocation with Associated Femoral head Fractures", Case Reports In Orthopaedics Volume 25, Article ID 865786.
6. **Vincenzo Giordano et al**, "General principles for treatment of femoral head fractures", Journal of Clinical Orthopaedic and Trauma, 2019, 155 – 160.
7. **J. Tonetti et al**, "Is femoral head fracture – dislocation management improvable: A retrospective study in 110 cases", Orthopaedic & Traumatology: Surgery and Research, 2010, 632 – 631.
8. **Yi-Hsun Yu et al**, "Surgical Treatment for Pipkin IV femoral head fracture: An alternative surgical approach via a modified Gibson approach in nine patients", Journal of Orthopaedic Surgery Volume 25, 2017, 1 – 6.

ĐẶC ĐIỂM Sẹo TRÊN BỆNH NHÂN KHE HỞ MÔI BẨM SINH ĐÃ PHẪU THUẬT

Võ Thị Thuý Hồng¹, Dương Trần Trung¹, Nguyễn Hồng Nhung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả các đặc điểm sẹo môi trên các bệnh nhân khe hở môi bẩm sinh đã phẫu thuật trước điều trị laser YAG. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân có sẹo khe hở môi vòm miệng đã được phẫu thuật thì đầu. **Kết quả:** 100% trường hợp là sẹo dính co kéo, biến dạng và làm dày làn môi đó. 94,3% có sẹo dính và xơ, 97,1% sẹo có chiều cao 1-2mm, 100% sẹo có tính chất mạch máu hồng 82,9% sẹo có sắc tố hỗn hợp theo thang điểm Vancouver cải tiến. **Kết luận:** đặc điểm sẹo ở các bệnh nhân khe hở môi vòm miệng đã phẫu thuật thì đầu được điều trị bằng Laser YAG là sẹo co kéo, dính, lồi nhe, có tính chất mạch máu hồng và có sắc tố hỗn hợp.

Từ khóa: Sẹo, khe hở môi vòm miệng, Laser YAG

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SCAR IN CLEFT LIP

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thuý Hồng

Email: vothuyhong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023

AND PALATE PATIENTS BEFORE TREATMENT WITH YAG LASER

Objectives: to describe the lip scar characteristics of the scar in cleft lip and palate patients treated with YAG laser. **Methods:** clinical trial. Subjects were 35 cleft lip and palate patients who had surgery, then they were treated scars with YAG laser. **Results:** 100% of cases are sticky scars that stretch, deform and thicken red lips. 94.3% had sticky and fibrous scars, 97.1% of scars were 1-2mm in height, 100% of scars had pink vascular properties 82.9% had mixed pigmented scars according to the improved Vancouver scale. **Conclusion:** Scar characteristics in cleft palate patients who had surgery and treating with YAG laser was a stretchy, sticky, slightly convex scar with pink vascular nature and mixed pigmentation.

Keywords: Scar, cleft lip and palate, Laser YAG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng là dị tật bẩm sinh hay gặp, bệnh chiếm khoảng 2% trong tổng số trẻ sơ sinh tại Việt Nam. [1] Phương pháp điều trị ban đầu là phẫu thuật đóng các khe hở bẩm sinh. Sau phẫu thuật khe hở môi vòm miệng,